

## Bur n. 31 del 13/04/2010

Sanità e igiene pubblica

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 848 del 15 marzo 2010

D. Lgs. 30.12.1992, n. 502 e L.R. 16.8.2002, n. 22. Assistenza specialistica ambulatoriale: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il triennio 2010/2012 degli erogatori privati provvisoriamente/definitivamente accreditati ambulatoriali.

**(La parte di testo racchiusa fra parentesi quadre, che si riporta per completezza di informazione, non compare nel Bur cartaceo, ndr)**

[L'Assessore alle Politiche Sanitarie, Ing. Sandro Sandri, riferisce quanto segue.

Il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, prevede che le Regioni programmino l'erogazione, da parte dei soggetti pubblici e privati accreditati, delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza e definiscano l'insieme di regole e criteri relativi al meccanismo di remunerazione tariffaria delle prestazioni stesse.

La Legge Regionale 16 agosto 2002, n. 22, all'articolo 17, attribuisce alla Giunta Regionale il compito di determinare, sentite le associazioni di categoria maggiormente rappresentative dei soggetti accreditati pubblici o equiparati e privati non equiparati di cui all'art. 4, comma 12 del D.Lgs 502/1992, i piani annuali preventivi di attività, indicanti la quantità e tipologia di prestazioni da erogare, nell'ambito del livello di spesa annualmente definito.

Il presente provvedimento riguarda esclusivamente i soggetti privati provvisoriamente/definitivamente accreditati che erogano prestazioni ambulatoriali, diversi dalle strutture di ricovero, vale a dire singoli professionisti e strutture ambulatoriali; a differenza dei due anni precedenti, una distinta deliberazione disciplina i tetti di spesa ed i volumi di attività con riguardo alle prestazioni ambulatoriali erogate da strutture di ricovero private provvisoriamente accreditate non equiparate a quelle pubbliche.

Tale novità nasce dalle diverse peculiarità ed esigenze, evidenziate in particolare nel confronto con le associazioni di categoria, delle strutture che erogano anche attività di ricovero, rispetto a quelle che forniscono esclusivamente prestazioni ambulatoriali, tanto da suggerire scelte, anche programmatiche, in parte differenti. Infine, conformemente all'impostazione adottata fin dal 2008 (DGR n. 2604/2008) un terzo e diverso provvedimento stabilisce i tetti di spesa ed i volumi di attività della specialistica ambulatoriale per gli erogatori pubblici ed equiparati (aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sia pubblici che privati, ospedali classificati, istituti sanitari privati qualificati presidio ULSS ex DGR n. 860 del 27.2.1987).

Il sistema di determinazione dei tetti di spesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali oggetto del presente provvedimento, riprende alcuni principi introdotti dalle precedenti deliberazioni di pari oggetto, ed in particolare:

- l'esigenza che tutti gli erogatori concorrano all'ottimizzazione dell'offerta complessiva dell'Azienda ULSS nella quale insistono e delle Aziende ULSS limitrofe, orientando la propria attività in relazione agli indirizzi della programmazione regionale e agli effettivi bisogni dell'utente;
- l'esigenza del rispetto del patto di stabilità e, conseguentemente, l'abbandono della logica del tetto dinamico e la determinazione dei budget entro un ammontare predefinito che consenta di non superare il limite massimo di spesa sostenibile per l'assistenza specialistica.

In considerazione delle necessità rappresentate dalle associazioni di categoria si ritiene opportuno attribuire al presente provvedimento validità triennale – dall'1.1.2010 al 31.12.2012 –. Ciò consente, da un lato, all'erogatore provvisoriamente/definitivamente accreditato ambulatoriale di organizzare e programmare la propria attività, sia nei volumi che nella tipologia di prestazioni; dall'altro lato, consente alla Regione e alle Aziende ULSS di regolamentare l'offerta complessiva di prestazioni sanitarie, mantenendo il limite massimo di spesa sostenibile, in modo da realizzare, nel medio periodo, non solo il miglioramento dei tempi di attesa ma anche il consolidamento dei risultati sino ad ora raggiunti.

La deliberazione in oggetto viene approvata in data successiva al 31.12.2009. Ciò ha determinato per l'anno in corso, fino a questo momento, per tutte le macroaree/branche specialistiche, l'applicazione del "meccanismo del budget provvisorio", secondo quanto disposto dalla DGR n. 1672 del 9.6.2009 e dalla circolare regionale della Direzione per i Servizi Sanitari prot. n. 723352 del 30.12.2009.

Considerato che i criteri e le modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il triennio 2010/2012 sono uguali o migliorativi rispetto a quelli relativi all'anno 2009 e, comunque, sono stati condivisi con le associazioni maggiormente rappresentative degli erogatori privati provvisoriamente/definitivamente accreditati ambulatoriali, il presente provvedimento è adottato nel pieno rispetto dell'affidamento degli erogatori stessi.

I Direttori Generali provvederanno, quindi, a rideterminare per ogni erogatore il budget per l'intero anno 2010 secondo quanto di seguito stabilito.

E' funzionale al sistema, come già previsto sia dal Piano Nazionale Contenimento Tempi di Attesa di cui all'Intesa Stato – Regioni del 28.3.2006, che dalla DGR n. 600 del 13.3.2007, di adozione del relativo piano regionale, che le prestazioni erogate con oneri a carico del SSR da tutti gli erogatori privati provvisoriamente/definitivamente accreditati ambulatoriali siano gestite tramite il Centro Unico di Prenotazione – CUP – dell'Azienda ULSS di ubicazione territoriale.

Tale progetto, già previsto dalla DGR n. 3097/2008, ha incontrato nella sua attuazione una serie di oggettive problematiche di tipo prevalentemente informatico. In ogni caso nel 2010, come previsto dalla DGR 1672/2009, l'obiettivo dell'Amministrazione Regionale è quello di inserire a CUP il 100% delle prestazioni fornite per conto del Servizio Sanitario Regionale dagli erogatori privati provvisoriamente/definitivamente accreditati ambulatoriali, applicando i criteri e le modalità operative in corso di definizione da parte del tavolo tecnico istituito con la DGR n. 3097/2008.

Si ribadisce, in ogni caso, che la fornitura, l'installazione e l'aggiornamento del software specifico e l'attivazione del collegamento dei sistemi informatici dell'Azienda di riferimento con quelli degli erogatori privati provvisoriamente/definitivamente accreditati ambulatoriali sono a carico della Regione Veneto nella misura del 100% dei costi sostenuti. Le spese di gestione sono invece a totale carico dell'erogatore.

Gli erogatori privati provvisoriamente/definitivamente accreditati ambulatoriali possono essere inoltre riconosciuti dall'Azienda ULSS di appartenenza, per ciascuna branca specialistica, punto di erogazione nel quale l'Azienda stessa si impegna a garantire il rispetto dei tempi di attesa, ai sensi della DGR n. 600/2007; il rispetto dei tempi massimi di attesa potrà essere ottenuto anche attraverso l'acquisto di pacchetti di prestazioni aggiuntive.

Il budget per ciascuno degli anni del triennio 2010/2012 degli erogatori privati provvisoriamente/definitivamente accreditati ambulatoriali per le macroaree di radiologia/diagnostica per immagini, medicina fisica e riabilitazione e branche a visita, è costituito dal budget assegnato nell'anno 2009 maggiorato di una percentuale del 5% calcolata sul budget 2009.

Il budget deve intendersi al netto delle quote di partecipazione alla spesa, dedotte altresì le prestazioni erogate in regime di Pronto Soccorso urgenti e indifferibili nonché le prestazioni rese agli assistiti di altre regioni; queste ultime, oggetto di compensazione interregionale, sono da remunerarsi a tariffa piena salvo quanto definito in materia da accordi interregionali, in ordine ai quali la Regione per il futuro si confronterà

preliminarmente con le associazioni di categoria.

Ad ogni erogatore privato provvisoriamente/definitivamente accreditato ambulatoriale, con riferimento a ciascuna delle suindicate macroaree/branche specialistiche, è riconosciuto:

- per l'anno 2010 un incremento finanziario pari al 2%, oltre alla percentuale di incremento finanziario già riconosciuta nell'anno 2009 con DGR 1672/2009, entrambi da calcolarsi sul budget 2009;
- per l'anno 2011 un incremento finanziario dell'1%, oltre alle percentuali di incremento finanziario già riconosciute nell'anno 2010, da calcolarsi sempre sul budget 2009;
- per l'anno 2012 un incremento finanziario dell'1%, oltre alle percentuali di incremento finanziario già riconosciute nell'anno 2011, da calcolarsi sempre sul budget 2009.

Tale incremento, che non costituisce budget, andrà liquidato in dodici rate mensili salvo conguaglio.

Tuttavia, si precisa che, qualora venisse adottato nel corso del triennio il nuovo nomenclatore tariffario nazionale, gli incrementi finanziari, in considerazione della loro natura, non troverebbero più giustificazione e non verrebbero più corrisposti dall'entrata in vigore del relativo provvedimento regionale di recepimento; anche il budget annuale, determinato in base al presente provvedimento, potrebbe di conseguenza variare proporzionalmente alle nuove tariffe.

Viene mantenuta, per il triennio 2010/2012, la remunerazione delle prestazioni erogate in supero al budget.

Restano ferme, per le macroaree di medicina fisica e riabilitazione e branche a visita, le fasce e le percentuali di regressione previste per il 2009. Pertanto il meccanismo sarà il seguente:

- prestazioni erogate in supero al budget fino al raggiungimento dell'importo corrispondente al 10% dello stesso: abbattimento tariffario pari al 30%;
- prestazioni erogate in supero all'importo corrispondente al budget maggiorato della percentuale del 10% e fino al raggiungimento dell'importo del budget maggiorato della percentuale del 15%: abbattimento tariffario pari al 60%;
- prestazioni erogate in supero all'importo corrispondente al budget maggiorato della percentuale del 15%: abbattimento tariffario pari all'85%.

Per la macroarea di radiologia/diagnostica per immagini, in considerazione della particolare situazione di criticità che emerge dalle liste di attesa rilevate in detta macroarea, le prestazioni erogate in supero al budget fino al raggiungimento dell'importo corrispondente al 10% dello stesso, saranno assoggettate ad un abbattimento tariffario pari al 25%; restano ferme le regressioni previste per le ulteriori due fasce.

La remunerazione in regressione non concorrerà a costituire il budget relativo agli anni successivi.

Gli erogatori privati provvisoriamente/definitivamente accreditati ambulatoriali hanno facoltà di ricorrere al meccanismo di assestamento dei budget assegnati per ciascuna macroarea/brancha specialistica (radiologia/diagnostica per immagini, medicina fisica e riabilitazione e branche a visita), al fine di ricalibrarli in rapporto all'effettivo andamento della domanda assistenziale.

L'assestamento di budget deve essere concordato con il Direttore Generale ed è finalizzato a soddisfare i reali bisogni di salute dei cittadini del territorio di riferimento.

L'assestamento del budget può attuarsi una sola volta nell'arco di ciascun anno, entro e non oltre il mese di settembre, e deve essere comunicato dall'ULSS competente alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari.

Il budget risultante dall'assestamento costituirà il nuovo budget di riferimento dell'erogatore.

Possono usufruire di tale meccanismo sia gli erogatori privati provvisoriamente/definitivamente accreditati per più di una macroarea (aventi cioè codice unico di accreditamento) sia gli erogatori titolari di più rapporti di provvisorio/definitivo accreditamento (aventi cioè codici diversi di accreditamento) per la stessa o per diverse macroaree/branche specialistiche, purché le rispettive sedi di erogazione siano ubicate nel territorio della stessa Azienda ULSS.

Si conferma anche per il triennio 2010/2012 l'applicazione del meccanismo del budget contrattato. Pertanto è auspicabile che l'Azienda ULSS e l'erogatore concordino la tipologia e il numero di prestazioni, ed eventualmente la relativa tempistica, secondo quanto previsto dalla DGR n. 1672/2009.

L'accordo sulla contrattazione del budget deve essere comunicato dall'ULSS competente alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari.

Della contrattazione di budget possono avvalersi anche i Direttori Generali delle Aziende ULSS limitrofe, preferibilmente della Provincia, a favore dei propri assistiti. In tale caso l'Azienda ULSS deputata a intrattenere i rapporti economici con l'erogatore privato è sempre quella di ubicazione territoriale dell'erogatore stesso, fatto salvo il raccordo tra le Aziende interessate nella definizione e ripartizione delle prestazioni oggetto della contrattazione.

Si precisa che nella contrattazione deve essere tenuto conto dell'attività normalmente erogata dalla struttura interessata e della potenzialità erogativa della stessa in considerazione, in particolare, dei tempi di attesa rilevati.

Per quanto riguarda le macroaree di radiologia/diagnostica per immagini, medicina fisica e riabilitazione e branche a visita, al fine di soddisfare particolari necessità assistenziali esistenti nel proprio territorio, dovute a carenze della rete erogativa, che danno luogo a tempi di attesa elevati o a problematiche nell'assicurare la continuità assistenziale, e/o al fine di ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici, i Direttori Generali hanno la possibilità, con l'utilizzo di risorse proprie, di sviluppare accordi aziendali con gli erogatori privati provvisoriamente/definitivamente accreditati ambulatoriali, preferibilmente insistenti nel territorio di competenza.

Essi potranno consistere sia nell'acquisto extra budget di pacchetti di prestazioni per determinati archi temporali, con una riduzione tariffaria, già comprensiva dello "sconto" da applicare in base alla legge finanziaria 2007, inferiore di almeno il 20% rispetto alla tariffa del nomenclatore tariffario regionale, sia nel riconoscimento di un annuale aumento di budget nelle rispettive macroaree/branche specialistiche.

Tali accordi dovranno essere comunicati per conoscenza alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari.

Solamente nel caso in cui almeno il 30% del budget complessivo dell'erogatore sia stato oggetto di contrattazione con l'Azienda/e ULSS, l'erogatore potrà usufruire dell'assestamento di budget e i Direttori Generali potranno avvalersi degli accordi aziendali (acquisto di pacchetti extra budget e annuale aumento di budget).

Il budget per ciascuno degli anni del triennio 2010/2012 di ogni erogatore privato provvisoriamente/definitivamente accreditato ambulatoriale per la macroarea di diagnostica di laboratorio è costituito dal budget assegnato nell'anno 2009.

Il budget deve intendersi al netto delle quote di partecipazione alla spesa, dedotte altresì le prestazioni erogate in regime di Pronto Soccorso urgenti e indifferibili, nonché le prestazioni rese agli assistiti di altre regioni; queste ultime, oggetto di compensazione interregionale, sono da remunerarsi a tariffa piena salvo quanto verrà definito in materia da eventuali futuri accordi interregionali, in ordine ai quali la Regione si confronterà preliminarmente con le associazioni di categoria.

A ogni erogatore privato provvisoriamente/definitivamente accreditato ambulatoriale, con riferimento alla macroarea di diagnostica di laboratorio, è riconosciuta per ciascuno degli anni del triennio 2010/2012 la stessa percentuale di incremento finanziario già prevista dalla DGR n. 1672/2009 da calcolarsi sul budget 2009. L'incremento finanziario, che non costituisce budget, andrà liquidato in dodici rate mensili salvo conguaglio.

Tuttavia, si precisa che, qualora venisse adottato nel corso del triennio il nuovo nomenclatore tariffario nazionale, gli incrementi finanziari, in considerazione della loro natura, non troverebbero più giustificazione e non verrebbero più corrisposti dall'entrata in vigore del relativo provvedimento regionale di recepimento; anche il budget annuale, determinato in base al presente provvedimento, potrebbe di conseguenza variare proporzionalmente alle nuove tariffe.

In merito alle prestazioni erogate in supero al budget assegnato, per il triennio 2010/2012, sarà applicato il meccanismo della regressione tariffaria con un abbattimento pari al 75%.

Gli erogatori, anche per la macroarea di laboratorio, sono tenuti prioritariamente ad effettuare un'adeguata programmazione della propria offerta di servizi da erogare con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, distribuendola, senza soluzione di continuità, nell'arco dell'intero anno.

Si conferma, in considerazione della particolarità della macroarea di laboratorio, che qualora l'erogatore, nonostante la programmazione effettuata, superi il budget assegnato, non trova applicazione il meccanismo della regressione tariffaria per le prestazioni erogate in supero al budget a favore delle seguenti categorie di soggetti:

- pazienti oncologici (cod. es. 048);
- pazienti diabetici (cod. es. 013);
- pazienti sottoposti a terapia anticoagulante (cod. es. A02–B02–C02);
- donne in stato di gravidanza (cod. es. 401–441);
- donne in stato di gravidanza a rischio (cod. es. 450).

In aggiunta alle suddette categorie, dal 2010, nell'ambito di una medesima ratio della tutela della maternità, non sarà applicata la regressione tariffaria alle prestazioni rese in supero al budget a favore di pazienti con codice di esenzione 400– epoca preconcezionale.

Tali prestazioni continuano pertanto ad essere remunerate a tariffa piena, anche una volta raggiunto il budget assegnato.

A tal proposito, si sottolinea che l'erogazione delle prestazioni, anche una volta superato il budget, deve avvenire senza discriminazione alcuna tra esenti/non esenti e tra prestazioni soggette a regressione e quelle non soggette.

La remunerazione in regressione non concorrerà a costituire il budget relativo agli anni successivi.

Per la macroarea di diagnostica di laboratorio, il meccanismo di assestamento del budget può essere effettuato esclusivamente in diminuzione del budget stesso.

Anche per il triennio 2010/2012, la Regione promuove la riorganizzazione dell'attività di laboratorio secondo i modelli di rete definiti dalla DGR n. 4052/2007 e favorisce, entro i limiti del tetto di spesa assegnato, la riconversione/cessione della medesima attività verso altre branche/macroaree già provvisoriamente/definitivamente accreditate.

La volontà di cedere il budget dovrà essere manifestata entro e non oltre 30 giorni dall'assegnazione del budget per il 2010 ed entro il mese di marzo per gli anni 2011 e 2012; il soggetto cessionario dovrà concordare con il Direttore Generale dell'Azienda ULSS di riferimento la diversa destinazione del budget e la tipologia di prestazioni.

Si precisa, ad ogni buon conto, che il budget risultante dalle riconversioni/cessioni costituirà il nuovo budget di riferimento per l'anno in cui viene attuato tale meccanismo.

Va precisato che alla remunerazione delle prestazioni di attività specialistica per tutte le macroaree continua ad essere applicato (salvo nuove disposizioni normative) quanto disposto dalla legge finanziaria 2007 (art. 1, comma 796 lettera "O", L. 27.12.2006, n. 296) relativamente al c.d. "sconto", secondo le indicazioni delle note regionali applicative e della sentenza della Corte Costituzionale n. 94/09.

Le prestazioni per la macroarea di diagnostica di laboratorio remunerate con l'abbattimento tariffario del 75% non sono soggette a detto sconto.

A conferma di quanto già previsto dalla DGR n. 1672/2009, nel caso in cui un erogatore privato provvisoriamente/definitivamente accreditato ambulatoriale realizzi, per due anni consecutivi, un fatturato inferiore al proprio budget annuale, si prevede che l'anno successivo il budget sia ridimensionato sulla base delle indicazioni fornite con la circolare della Direzione Regionale per i Servizi Sanitari prot. n. 723352 del 30.12.2009.

Inoltre, qualora un erogatore non esegua alcuna prestazione o rimanga al di sotto della soglia minima di budget annuale per branca specialistica per due anni consecutivi, l'Amministrazione regionale decreta la decadenza del soggetto dal rapporto di accreditamento provvisorio/definitivo per tale branca; l'erogatore in questione non avrà pertanto più titolo per svolgere attività a carico del servizio sanitario, sulla base delle motivazioni espresse dalla DGR n. 452/2007. A partire dall'anno 2010 la soglia minima di budget annuale per branca specialistica è stabilita in 10.000,00 euro. Al fine di verificare il raggiungimento o meno della soglia minima per il biennio di riferimento, si fa presente che per l'anno 2009 resta ferma la soglia minima di budget di 15.000,00 euro, già prevista dalla DGR n. 1672/2009.

Per gli erogatori che operano in territori con carenze assistenziali oggettivamente dimostrate, il Direttore Generale può proporre, indicandone le motivazioni alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari, di mantenere comunque il rapporto di accreditamento provvisorio/definitivo o di non provvedere al ridimensionamento del budget.

I Direttori Generali delle Aziende ULSS sono tenuti ad assegnare, in applicazione dei criteri sopra descritti, per ciascuna macroarea/branca specialistica, il budget ad ogni erogatore privato provvisoriamente/definitivamente accreditato ambulatoriale del proprio territorio entro il 15.5.2010 per l'anno 2010 ed entro il mese di febbraio per gli anni 2011 e 2012.

Al fine di assicurare agli erogatori privati provvisoriamente/definitivamente accreditati ambulatoriali la possibilità di programmare la propria attività senza soluzione di continuità, nell'ipotesi di non approvazione, entro il 31.12.2012, della delibera della Giunta Regionale per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il periodo successivo, si intende provvisoriamente prorogato il presente provvedimento fino all'adozione della nuova deliberazione. Il budget per ogni mese di "vacatio" sarà pari ad un dodicesimo del budget assegnato all'erogatore nel 2012.

Al termine di ciascun anno del triennio 2010/2012, le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative dei privati provvisoriamente/definitivamente accreditati ambulatoriali e l'amministrazione regionale potranno richiedere la convocazione di un incontro ai fini della verifica dell'andamento del modello proposto con la presente deliberazione o per ogni altra problematica sollevata dalle parti.

In ordine al presente provvedimento, che rappresenta dunque il sistema dei tetti di spesa e di remunerazione tariffaria delle prestazioni specialistiche ambulatoriali valido per il triennio 2010/2012, nei confronti degli erogatori privati provvisoriamente/definitivamente accreditati ambulatoriali, sono state sentite, con consultazioni avvenute in più incontri e, da ultimo, il 2.3.2010, le associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori, che ne hanno condiviso il contenuto.

Il Relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

#### LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione, ai sensi dell'art. 33, 2° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

VISTO il D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la Legge del 27.12.2006, n. 296 – Finanziaria 2007;

VISTA la Legge regionale del 16.8.2002, n. 22;

VISTA la DGR n. 860 del 27.2.1987;

RICHIAMATE le deliberazioni di determinazione dei tetti di spesa: n. 4776 del 30.12.97; n. 270 del 6.2.2004; n. 3292 del 22.10.2004; n. 4302 del 29.12.2004; n. 70 del 17.1.2006; n. 4449 del 28.12.2006; n. 452 del 27.2.2007; n. 2604 del 16.9.2008; n. 3097 del 21.10.2008; n. 1672 del 9.6.2009;

VISTA l'Intesa Stato – Regioni del 28.3.2006 – Piano Nazionale Contenimento Tempi di Attesa;

VISTA la DGR n. 600 del 13.3.2007;

VISTA la DGR n. 4052 dell'11.12.2007;

VISTA la circolare regionale prot. n. 723352 del 30.12.2009;

VISTA la sentenza della Corte Costituzionale n. 94/09.]

delibera

1. di approvare, secondo quanto in premessa esposto e sulla base delle motivazioni in essa esplicitate, i criteri per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il triennio 2010/2012 per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dai singoli professionisti e dalle strutture ambulatoriali provvisoriamente/definitivamente accreditati;

2. di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende ULSS di notificare a ciascun erogatore privato provvisoriamente/definitivamente accreditato ambulatoriale, del proprio territorio, non appena ne avranno a disposizione il testo, il contenuto del presente provvedimento;
3. di impegnare i Direttori Generali delle Aziende ULSS ad adottare i provvedimenti applicativi conseguenti alla presente deliberazione entro la data del 15 maggio per l'anno 2010 ed entro il mese di febbraio per gli anni 2011 e 2012, e a trasmetterli alla Direzione Regionale per i Servizi Sanitari, evidenziando le procedure di calcolo effettuate;
4. di stabilire che, qualora venisse adottato nel corso del triennio il nuovo nomenclatore tariffario nazionale, gli incrementi finanziari, secondo quanto evidenziato in premessa, non verrebbero più corrisposti dall'entrata in vigore del relativo provvedimento regionale di recepimento ed anche il budget annuale, determinato in base al presente provvedimento, potrebbe di conseguenza variare proporzionalmente alle nuove tariffe.
5. di stabilire che, qualora entro il 31.12.2012 non venga approvata la delibera della Giunta Regionale per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il periodo successivo, si intende provvisoriamente prorogato il presente provvedimento fino all'adozione della nuova deliberazione;
6. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo.