

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2621 del 18 dicembre 2012

L. 7 agosto 2012, n. 135 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" (c.d. spending review): ulteriori determinazioni per l'anno 2012 e seguenti.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Il presente provvedimento approva ulteriori iniziative da porre in essere a decorrere dall'anno 2012 in vari ambiti della sanità regionale al fine di assicurare gli obiettivi di risparmio previsti nel D-L 95/2012 e nella relativa legge di conversione, L. 135/2012.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Il 7 luglio u.s. è entrato in vigore il D.L. n. 95/2012 "Disposizioni urgenti per la riduzione della spesa pubblica a servizi invariati" (c.d. *spending review*), che è stato successivamente convertito, con modificazioni, con la L. 7 agosto 2012, n. 135. In tale norma sono ricompresi importanti interventi strutturali rivolti a migliorare la produttività delle diverse articolazioni della P.A. L'insieme dei provvedimenti riguarda ambiti molto vasti: dall'attività negoziale delle Pubbliche Amministrazioni, alle dotazioni organiche delle PP.AA., alla razionalizzazione del patrimonio pubblico e alla riduzione dei costi delle locazioni della P.A., alla riduzione delle società pubbliche in house, alla riduzione dell'ammontare dei contributi erogati a fondi e agenzie da parte di Ministeri ed Enti statali, alla diminuzione dei trasferimenti dello Stato a Regioni, Province e Comuni e alla riduzione e all'accorpamento delle Province. Infine, sono oggetto di specifiche previsioni la pubblica istruzione, l'Università e gli Enti di ricerca ed il settore della Sanità.

La Giunta Regionale, con DGR n. 1670 del 7 agosto 2012, ha già assunto quale prima determinazione da porre in atto per l'anno 2012 la riduzione del 5 per cento dei limiti di costo per i Direttori Generali delle Aziende ULSS ed Ospedaliere e dell'IRCCS "IOV" in conseguenza a quanto contenuto/disposto nel comma 13 dell'art. 15 del D-L 95/2012, poi convertito dalla citata L. 135/2012.

Nel ricordare che gli ambiti operativi sui quali interviene la citata L. 135 riguardano, in particolare, il personale del SSR, l'assistenza specialistica ambulatoriale ed ospedaliera acquistata da soggetti privati accreditati, la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri, la Medicina Convenzionata e la spesa farmaceutica, appare utile fornire ulteriori indicazioni operative, ai fini dell'attuazione di quanto contenuto nel medesimo provvedimento legislativo, con l'obiettivo sia del perseguimento dell'equilibrio economico e finanziario del sistema sanitario per l'anno 2012 e seguenti, sia della piena realizzazione dei risparmi previsti dalla normativa in argomento.

Disposizioni in materia di personale del SSR

L'articolo 15, comma 21, del D-L 95/2012, come convertito dalla citata L. 135/2012, prevede, ai sensi dei commi 71, 72 e 73 dell'articolo 2 della L. 23 dicembre 2009, n. 191, di estendere la disciplina sui vincoli alla spesa per il personale degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale anche alle Regioni che assicurano l'equilibrio economico, introducendo un percorso di graduale raggiungimento del tetto di spesa previsto dalla suddetta Legge n. 191/2009 per gli anni 2013 e 2014.

Al fine di conseguire tale obiettivo di contenimento della spesa per il personale, a livello di sistema regionale, le Aziende e gli Istituti del SSR dovranno attenersi alle indicazioni riportate dettagliatamente nell'**Allegato A** alla presente deliberazione.

Soggetti privati accreditati: assistenza specialistica ambulatoriale

Il comma 14 dell'articolo 15 del D-L 95/2012, come convertito dalla citata L. 135/2012, dispone che "A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012.....".

Inoltre si evidenzia che il comma 15 dell'art. 15 della medesima norma dispone che "in materia di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale a carico del servizio sanitario nazionale, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto, entro il 15 settembre 2012, determina le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate.....", vale a dire il Nuovo Nomenclatore Tariffario Nazionale - NNTN.

Va rilevato che la DGR 848/2010 ha stabilito che, qualora sia adottato nel corso del triennio il Nuovo Nomenclatore Tariffario Nazionale, non vengano più corrisposti, all'entrata in vigore del relativo provvedimento regionale di recepimento, gli incrementi finanziari ivi previsti. Non essendo stato adottato il Nuovo Nomenclatore Tariffario Nazionale entro l'1 novembre 2012, a partire da tale data non sono più corrisposti gli incrementi finanziari sopra citati.

Le disposizioni sopra illustrate consentiranno pertanto al SSR di raggiungere l'obiettivo di riduzione della spesa annua dello 0,5% per l'anno 2012, come previsto nell'art. 15, comma 14, del D-L 95/2012, convertito con la citata L. 135/2012.

Si dà inoltre mandato al Segretario regionale per la Sanità, all'entrata in vigore del Decreto Ministeriale di determinazione del citato Nuovo Nomenclatore Tariffario Nazionale, di proporre alla Giunta Regionale entro il 31 dicembre 2012 i relativi provvedimenti regionali di recepimento, al fine di dar loro decorrenza dall'1 gennaio 2013. Inoltre la DGR 2088/2011 prevede che, a partire dal 2013, le Aziende ULSS siano assegnatarie di un budget unico da utilizzare per le strutture private accreditate ambulatoriali, che deve essere approvato dalla Giunta Regionale secondo un percorso che prevede quanto segue:

- ogni Direttore Generale elabora una proposta motivata di programma di acquisizioni di prestazioni ambulatoriali dai soggetti privati accreditati;
- il Segretario regionale per la Sanità provvede alla verifica della coerenza - anche sotto il profilo economico - delle suddette proposte sia con la programmazione regionale, sia con i principi di valorizzazione della territorialità e della qualità, e a sentire le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del settore a livello regionale (AIOP, ANISAP, ARIS, Confindustria).

Tale percorso si è realizzato mediante l'acquisizione delle proposte dei Direttori Generali delle Aziende ULSS depositate agli atti della competente Direzione regionale, la verifica di competenza del Segretario regionale per la Sanità, gli incontri con le suddette organizzazioni sindacali in data 11/10/2012 e 12/11/2012. In tali incontri è stato comunicato, tra l'altro, che i singoli budget aziendali 2013 e 2014 potranno subire delle variazioni, sia in aumento che in diminuzione, sulla base dei fabbisogni aziendali e delle verifiche regionali. Si è evidenziato che, tenuto conto della necessità di contenimento della spesa, il budget regionale destinato agli erogatori privati dell'assistenza specialistica ambulatoriale sarà in diminuzione ed è prevista una riduzione del 10% del budget lordo programmato 2011, cioè del budget programmato 2011 comprendente il corrispondente ticket incassato.

Sulla base di quanto sopra esposto, ed in coerenza con gli obiettivi di contenimento della spesa, vengono determinati per gli anni 2013 e 2014 i budget per l'attività specialistica esclusivamente ambulatoriale come riportato dalla tabella in **Allegato C** alla presente deliberazione.

Tali budget 2013 e 2014, considerati a livello aziendale, costituiscono la disponibilità massima assegnata, per ciascuna annualità, ai Direttori Generali per il pagamento degli erogatori privati accreditati, espressi al lordo del ticket. Essi, infatti, includono anche la quota di partecipazione alla spesa che costituisce un anticipo di pagamento. Si specifica che tali budget sono al netto degli introiti derivanti dalle quote fisse per ricetta di cui all'art. 17, comma 6, del D.L. 98 del 6 luglio 2011, come convertito dalla L. 111 del 15 luglio 2011.

Come previsto dalla DGR 2088/2011, i budget dei singoli erogatori saranno assegnati da ciascuna Azienda ULSS sulla base delle esigenze locali, tenendo conto anche della mobilità storica tra ULSS, secondo valutazione delle necessità, nel rispetto delle disposizioni della Giunta Regionale ed applicando quanto previsto dalla DGR 1765/2012 in tema di accordi contrattuali.

Tali accordi contrattuali devono prevedere, in applicazione dell'art. 1 dell'Allegato A alla citata DGR 1765 del 28 agosto 2012, una calendarizzazione delle prestazioni a budget articolata in dodicesimi nell'anno solare e, in applicazione dell'art. 2 del medesimo Allegato A, l'obbligo di gestire tutte le agende dell'erogatore unicamente attraverso il Centro Unico di Prenotazione (CUP) dell'Azienda ULSS di riferimento mediante agende informatizzate e, in applicazione della DGR 863 del 21/6/2011 - che ha recepito il Piano Nazionale di Governo delle liste d'attesa -, con una calendarizzazione distinta per classi di priorità dove sono previste prestazioni "traccianti", cioè soggette al monitoraggio regionale dei tempi d'attesa.

Tali singoli budget costituiranno il limite massimo invalicabile per ciascun erogatore anche nel caso sia contrattata una quota di abbattimento tariffario e dovranno essere assegnati entro il 28.2.2013.

Si dispone altresì che, anche in coerenza con le clausole pattizie di cui al "Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture" sottoscritto il 9/1/2012 da Regione del Veneto, ANCI Veneto, Unione Regionale delle Province del Veneto e Uffici Territoriali del Governo del Veneto, approvate con DGR n. 537 del 3 aprile 2012, le Aziende ULSS acquisiscano idonea certificazione antimafia al momento della stipulazione degli accordi contrattuali sopra citati.

Il programma di ogni singola ULSS con i sopracitati budget dei singoli erogatori, e complessivo regionale, come previsto dalla DGR 2088/2011, saranno sottoposti alla Quinta Commissione del Consiglio Regionale per l'acquisizione del relativo parere. Eventuali quote extra budget potranno essere autorizzate solamente con provvedimento della Giunta Regionale.

Assistenza ospedaliera ed ambulatoriale degli erogatori ospedalieri privati accreditati

In applicazione dell'art. 15, comma 14, del D-L 95/2012, come convertito dalla citata L. 135/2012, viene previsto che la spesa consuntivata per l'anno 2011 per l'acquisto di prestazioni sanitarie da strutture ospedaliere private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera debba essere ridotta dello 0,5% per l'anno 2012.

La DGR 832/2012, come integrata con DGR n. 2096/2012, relativa alla determinazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività degli erogatori ospedalieri privati accreditati, prevedeva un tetto di spesa massimo pari ad € 464.416.000,00, dei quali € 4.000.000,00 per l'acquisto di "pacchetti di prestazioni".

Con il medesimo atto la Segreteria regionale per la Sanità è stata incaricata di definire i "pacchetti di prestazioni" e di proporre alla Giunta Regionale l'acquisto degli stessi dai singoli erogatori privati.

Al fine di conseguire i risparmi di spesa previsti dal citato comma 14 dell'art. 15 della legge in oggetto, si dispone di ridurre la spesa complessiva annua per tali attività, portandola a quanto definito nell'art. 15, comma 14, del D.L. 95/2012, come convertito dalla citata L. 135/2012, vale a dire ad un importo

inferiore dello 0,5% all'importo della spesa consuntivata per l'anno 2011 e di disporre per il 2013 una diminuzione pari all'1% dell'importo della spesa consuntivata per l'anno 2011, utilizzando a tal fine le disponibilità previste per gli acquisti dei "pacchetti di prestazioni" citati nella DGR 832/2012.

Si dispone che i budget per l'assistenza ospedaliera e per l'assistenza specialistica ambulatoriale, assegnati agli erogatori ospedalieri privati accreditati nell'anno 2012, siano confermati per gli anni 2013 e 2014. Si ribadisce l'obbligo dell'integrazione, tramite il Centro Unico di Prenotazione (CUP) dell'Azienda ULSS di ubicazione territoriale, delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, della predisposizione di liste di attesa dei ricoveri per pazienti in elezione e della tracciabilità del percorso programmato.

Farmaceutica

Il D.L. 95/2012, come convertito dalla citata L. 135/2012, all'articolo 15 ha definito, in materia di razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria, anche misure di governo della spesa farmaceutica, sia per l'anno 2012 che per i successivi.

Alla luce di tali nuove disposizioni, e tenuto conto che nel corso dell'anno 2012 hanno perso la copertura brevettuale alcuni farmaci a forte impatto sulla prescrizione, si dispone di modificare i contenuti della DGR 715/2012, relativa all'individuazione dei limiti di costo per l'anno 2012 per le Aziende ULSS in applicazione del 'Patto per la Salute', e più specificatamente gli importi allavoce B.2.A.2 "Acquisti servizi sanitari per farmaceutica". I nuovi importi sono indicati in **Allegato B** alla presente deliberazione.

Assistenza integrativa (AIR)

All'interno della voce di spesa B.2.A.5 "Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa", una quota rilevante è rappresentata dalla spesa per dispositivi per l'autocontrollo e l'autosomministrazione a favore di soggetti diabetici. L'analisi del costo pro capite ottenuto sulla base della popolazione assistibile pesata nel I semestre del 2012 ha evidenziato una grande variabilità tra le Aziende ULSS, non giustificata da una diversa epidemiologia della malattia.

In considerazione degli obiettivi di riduzione della spesa pubblica introdotti dal D-L 95/2012, convertito nella L. 135/2012, si ritiene necessario che le Aziende ULSS provvedano a monitorare l'uso dei suddetti dispositivi, evidenziandone le aree di inappropriata, e procedano a definire programmi condivisi con i prescrittori del proprio territorio, finalizzati a razionalizzare la prescrizione.

Si dispone, intanto, di assegnare per i mesi rimanenti dell'anno 2012 e per tutto l'anno 2013, relativamente ai dispositivi per l'autocontrollo e l'autosomministrazione a favore di soggetti diabetici, un limite di costo mensile per assistibile pesato non

superiore a euro 0,65.

Tariffe e quote di rilievo sanitario relative alla residenzialità extraospedaliera

Al fine di conseguire gli obiettivi di riduzione della spesa pubblica introdotti dal citato D-L 95/2012, convertito nella L. 135/2012, si precisa che, per gli interventi riguardanti l'erogazione di servizi a carattere residenziale e semiresidenziale rivolti alla prima infanzia ed all'età evolutiva, ai disabili, alle persone anziane, ai soggetti affetti da problematiche di dipendenza da sostanze d'abuso e a persone in percorsi terapeutici psichiatrici, e più in generale per tutti gli interventi riconducibili all'ambito socio-sanitario, si farà riferimento a quanto specificamente definito con apposita Legge Regionale.

Con la finalità di assicurare gli obiettivi di risparmio previsti nel D-L 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla L. 135/2012, e di garantire l'equilibrio economico-finanziario del SSR assicurando un elevato livello di efficienza e di qualità dei servizi resi, gli importi relativi alle fattispecie di residenzialità extraospedaliera sono rimodulati a partire dall'1 gennaio 2013 secondo la tabella riportata nell'**Allegato D** alla presente deliberazione.

In ogni caso, con l'esclusione degli *hospices*, l'importo per prestazioni di residenzialità extraospedaliera non potrà superare il tetto di Euro 157,58, indicato per la tariffa giornaliera di ricovero in reparto di lungodegenza ospedaliera dalla DGR n. 1805/2011, come integrata dalla DGR 437/2012.

Per quanto attiene, infine, l'adeguamento allo standard dei posti letto ospedalieri accreditati al livello di 3,7 per mille abitanti, come disposto dal comma 13, lett. c) dell'art. 15 della norma in oggetto, si provvederà con successivi provvedimenti.

Tutto ciò premesso, il relatore sottopone 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. 53, 4° 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 legislazione regionale e statale;

Visto l'art. 1, c. 796, lettera "O" della L. 27 dicembre 1996, n. 296;

Vista la L. 8 gennaio 2002, n. 1;

Vista la L. 27 dicembre 2002, n. 289;

Vista la L. 23 dicembre 2009, n. 191;

Vista la L. 15 luglio 2011, n. 111;

Visto il D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con L. 7 agosto 2012, n.135;

Vista la L.R. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali";

Vista la L.R. 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016";

Viste le D.D.G.R. n. 2464 del 2006, n. 3093 del 2006, n. 84 del 2007, n. 2067 del 2007, n. 848 del 2010, n. 1284 del 2011, n. 1529 del 2011, n. 1666 del 2011, n. 1805 del 2011, n. 2088 del 2011, n. 437 del 2012, n. 715 del 2012, n. 832 del 2012, n. 1303 del 2012, n. 1670 del 2012, n. 2038/2012, n. 2096/2012;

Sentite le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medica e Veterinaria, della Dirigenza SPTA e del Comparto Sanità;

delibera

1. di prendere atto di quanto esposto nelle premesse, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di incaricare la Segreteria regionale per la Sanità di fornire alle Aziende ULSS ed Ospedaliere e all'IRCSS "Istituto Oncologico Veneto", ai fini dell'attuazione del D-L 95/2012, come convertito dalla L. 135/2012, le indicazioni operative riportate in premessa, ovvero negli allegati indicati, alle voci:

- *Disposizioni in materia di personale del SSR (Allegato A alla presente deliberazione, della quale costituisce parte integrante e sostanziale);*

- *Farmaceutica (Allegato B alla presente deliberazione, della quale costituisce parte integrante e sostanziale);*

- *Soggettivati accreditati: assistenza specialistica esclusivamente ambulatoriale (Allegato C alla presente deliberazione, della quale costituisce parte integrante e sostanziale);*

- *Tariffe e quote di rilievo sanitario relative alla residenzialità extraospedaliera (Allegato D alla presente deliberazione, della quale costituisce parte integrante e sostanziale);*

- *Assistenza integrativa (AIR);*

- *Assistenza ospedaliera ed ambulatoriale degli erogatori ospedalieri privati accreditati;*

3. di dare incarico al Segretario regionale per la Sanità di recepire con propri atti i contenuti del Nuovo Nomenclatore Tariffario Nazionale della specialistica ambulatoriale, di prossima emanazione;

4. di prendere atto che le indicazioni operative riportate in premessa costituiscono azioni fondamentali per il conseguimento dell'equilibrio economico e finanziario del Sistema sanitario per il 2012, nonché per la piena realizzazione degli obiettivi di risparmio previsti dal D.L. 95/2012, come convertito dalla L. 135/2012, ed incaricando la Segreteria regionale per la Sanità di svolgere un monitoraggio sul conseguimento degli obiettivi collegati alle azioni illustrate nelle premesse e negli allegati della presente deliberazione;

5. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;

6. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione.