

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2718 del 29 dicembre 2014

Direttive alle Aziende ULSS ed Ospedaliere e all'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" per la predisposizione del Bilancio Preventivo Economico Annuale 2015, ex art. 25 D.Lgs. 118/2011: assegnazione provvisoria delle risorse per l'erogazione dei livelli di assistenza e determinazione dei limiti di costo anno 2015.

[Unità locali socio sanitarie e aziende ospedaliere]

Note per la trasparenza:

Il presente provvedimento determina, per l'anno 2015, il finanziamento provvisorio da trasferire alle Aziende Sanitarie del Veneto ai fini dell'erogazione dei livelli di assistenza e fissa i limiti di costo in vari ambiti della sanità regionale al fine di assicurare l'equilibrio di bilancio delle stesse Aziende del SSR.

L'Assessore Luca Coletto di concerto con l'Assessore Davide Bendinelli, riferisce quanto segue.

Il D.Lgs. 118/2011 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42.", al Titolo II "Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario", ha introdotto numerose innovazioni che stanno inducendo importanti cambiamenti anche dal punto di vista organizzativo. In particolare all'art. 25 introduce il Bilancio Preventivo Economico Annuale per le Aziende ULSS ed Ospedaliere e per gli I.R.C.C.S. pubblici, il quale va predisposto in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della Regione.

Come previsto al comma 2 del sopracitato articolo, "Il bilancio preventivo economico annuale include un conto economico preventivo e un piano dei flussi di cassa prospettici ...(omissis).... Al conto economico preventivo e' allegato il conto economico dettagliato, secondo lo schema CE ...(omissis)...": tali documenti devono essere redatti secondo gli schemi di conto economico e di rendiconto finanziario previsti, in allegato al D.Lgs. 118/2011 e nei successivi D.M.

Inoltre, come disposto dal comma 3 sempre dell'art. 25, "il bilancio preventivo economico annuale e' corredato da una nota illustrativa, dal piano degli investimenti e da una relazione redatta dal direttore generale ...(omissis)..... La nota illustrativa esplicita i criteri impiegati nell'elaborazione del bilancio preventivo economico annuale; la relazione del direttore generale ...(omissis)..... evidenzia i collegamenti con gli altri atti di programmazione aziendali e regionali; il piano degli investimenti definisce gli investimenti da effettuare nel triennio e le relative modalita' di finanziamento. Il bilancio preventivo economico annuale ...(omissis)..... deve essere corredato dalla relazione del collegio sindacale".

Con la presente deliberazione si intendono dare, alle Aziende ULSS ed Ospedaliere ed all'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" (di seguito "Aziende del SSR"), direttive suddivise per aree di attività e di bilancio, al fine di orientare la predisposizione del Bilancio Preventivo Economico Annuale 2015 (di seguito "Preventivo"): esso infatti, oltre che un adempimento di legge, rappresenta uno degli strumenti più importanti per la corretta conduzione, sia dei singoli Enti, che del SSR nel suo complesso.

Le principali aree di attività, per cui si danno indicazioni operative e/o limiti di costo da rispettare, sono le seguenti:

1. Riparto provvisorio delle risorse finanziarie;
2. Limiti di costo in materia di spesa farmaceutica, dispositivi medici, assistenza integrativa e assistenza protesica, medicina convenzionata, assistenza specialistica ambulatoriale ed ospedaliera degli erogatori privati accreditati.

1. Riparto provvisorio delle risorse finanziarie

Con DGR 24/12/2012 n.154/CR la Giunta regionale ha effettuato il riparto provvisorio delle risorse finanziarie alle Aziende Sanitarie del Veneto rispettivamente per gli esercizi 2013, 2014 e 2015 per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, definendo altresì i provvisori livelli-obiettivo delle perdite di esercizio.

In data 1 febbraio 2013, la Quinta Commissione Consiliare ha esaminato la proposta di DGR sopra citata, esprimendo parere favorevole a maggioranza, condizionatamente ad una serie di requisiti, al rispetto dei quali è stato dato atto con DGR 16

dicembre 2013, n. 2358 (assegnazione definitiva per l'anno 2013).

In attesa della deliberazione CIPE di ripartizione delle risorse statali per il finanziamento dei servizi sanitari regionali per l'esercizio 2015, con il presente provvedimento si propone il riparto provvisorio delle risorse regionali disponibili nei capitoli del bilancio regionale, coerentemente con i seguenti criteri:

1. l'allocazione del Finanziamento Regionale per le Attività Trasfusionali (FRAT) direttamente alle Aziende del SSR, in corrispondenza dei costi da queste sostenuti per le attività trasfusionali nell'ambito dei rispettivi Dipartimenti Interaziendali di Medicina Trasfusionale (DIMIT).
2. l'inclusione, nel riparto, del costo relativo alle funzioni dei privati accreditati di cui alla DGRV n. 2038/2012.
Si precisa, inoltre, che per tutte le funzioni assicurate dagli erogatori accreditati, come per l'anno 2014, si propone di mantenere la competenza della liquidazione, trimestrale, degli importi a carico delle Aziende Ulss di riferimento, previa verifica dell'allestimento e dell'effettiva operatività dei servizi accreditati all'uopo finanziati e di dettagliata evidenza dell'attività erogata, da fornire alle Ulss medesime a cura delle strutture accreditate, con la medesima periodicità. La relazione delle strutture private accreditate, corredata dalle corrispondenti verifiche operate dall'Azienda Ulss di riferimento, sono trasmesse trimestralmente alla Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria ai fini di monitoraggio e manutenzione del finanziamento.
3. l'inclusione, nelle risorse ripartite, del Fondo regionale per la Non Autosufficienza (FRNA);
4. il finanziamento dei piani pluriennali di rientro di cui alla DGRV n.910 del 10 giugno 2014 per gli anni 2015 e 2016;

Ciò premesso, al fine di garantire alle Aziende Sanitarie regionali la piena operatività e l'efficace ed efficiente perseguimento degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi, nelle more della conclusione delle procedure di definizione del riparto nazionale delle risorse per l'erogazione dei LEA per l'anno 2015, risulta indispensabile individuare l'ammontare delle risorse disponibili per l'anno corrente per ciascuna Azienda Sanitaria.

L'attuale indeterminatezza del fondo sanitario nazionale per il 2015 non consente ancora di valutare, con ragionevole certezza, la stima di disponibilità finanziarie per il Veneto. A livello previsionale nel bilancio finanziario della Regione del Veneto il complesso delle entrate stimate per il finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza per l'esercizio 2015 è pari ad euro 8.413.163.000.

Conseguentemente la stima delle risorse disponibili per il 2015 è la seguente (milioni di euro):

dati in milioni di euro	STIMA FSR 2015
Stima totale Fondo Sanitario Regionale 2015	8.413,2
- Stima saldo mobilità interregionale ed internazionale 2015	82,0
=TOTALE FSR 2015 con esclusa la mobilità	8.331,2
- ACCENTRATA REGIONALE 2015 (al netto f.do investimenti)	301,2
=TOTALE DA RIPARTIRE ALLE AZIENDE 2015	8.030,0
di cui FONDO INVESTIMENTI	70,0
di cui FINANZIAMENTO LIVELLI DI ASSISTENZA	7.948,1
di cui FINANZIAMENTO PIANI DI RIENTRO 2015-2016 (DGR N. 910/2014)	11,9

Escludendo la mobilità sanitaria e la spesa accentrata, il totale ripartibile alle Aziende Sanitarie ammonta a 8.030 milioni di euro.

Di questi sono oggetto del presente provvedimento 8.018,1 milioni di euro, dei quali 70,0 milioni di euro per il finanziamento degli investimenti e 7.948,1 milioni di euro per il finanziamento indistinto dei livelli di assistenza.

Spesa sanitaria ripartita

Il riparto alle Aziende Sanitarie avviene in tre modalità:

1. Riparto per quota capitaria;
2. Finanziamenti a funzione;
3. Finanziamento degli investimenti.

Si dà evidenza che le linee di finanziamento di cui ai punti 2 (finanziamenti a funzione) e 3 (finanziamento degli investimenti) non rappresentano ulteriori fabbisogni finanziari, bensì meri trasferimenti di somme precedentemente afferenti alla gestione sanitaria accentrata.

Riparto per quota capitaria

L'ammontare ripartito per quota capitaria somma 7.835 milioni di euro, di cui:

- 7.831,7 milioni per il finanziamento dei livelli di assistenza, incluso il fondo regionale per la non autosufficienza, in linea con quanto stabilito dalle DGR/CR 154/2012 per l'anno 2015;
- 0,5 milioni per il finanziamento dell'attività di monitoraggio e piani di risanamento allevamenti da TBC, brucellosi bovina e leucosi bovina enzootica (Decreti ministeriali: n.592 del 15/12/95, n.651 del 27/08/94, n.358 del 02/05/96, n.453 del 2/7/92), ripartiti in base ai capi di bovini ed alle aziende controllabili;
- 1 milione per il finanziamento delle attività dei servizi vaccinali;
- 0,5 milioni per il finanziamento dello sviluppo delle azioni specifiche per la prevenzione delle malattie non trasmissibili;
- 0,15 milioni per il finanziamento delle azioni regionali per la sorveglianza sui lavoratori esposti ed ex esposti all'amianto (Art. 21, L.R. 25/02/2005, n. 9);
- 0,03 milioni per il finanziamento delle azioni regionali di prevenzione e contrasto dei fenomeni di mobbing (L.R. 8/2010);
- 0,125 milioni per il finanziamento della prosecuzione pluriennale del "Progetto di informatizzazione del Sistema di Prevenzione per il triennio 2012-2014";
- 0,6 milioni per il finanziamento dell'area salute e sicurezza sul lavoro nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018 (Accordo Conferenza Stato, Regioni e Province Autonome del 07.02.2013, punto 5 che avvia i lavori per il Nuovo Piano Nazionale di Prevenzione per il quinquennio 2014-2018);
- 0,4 milioni per il finanziamento dell'area igiene ambientale nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018 (Accordo Conferenza Stato, Regioni e Province Autonome del 07.02.2013, punto 5 che avvia i lavori per il Nuovo Piano Nazionale di Prevenzione per il quinquennio 2014-2018).

Gli importi di questi finanziamenti sono riportati nell'**Allegato A**.

A differenza di quanto avvenuto per l'esercizio 2014, le somme riportate nella colonna 1 dell'Allegato A non includono il finanziamento annuale delle attività di formazione della Legge 135/90 (corsi di formazione ed aggiornamento professionale rivolti al personale dei reparti di ricovero di malattie infettive - L. 5.6.1990, n.135, DM 30.10.1990 modificato ed integrato dal DM 25.7.1995): l'attività formativa sarà assicurata, a partire dal 2015, dalla Fondazione Scuola di sanità pubblica, management delle Aziende socio sanitarie e per l'incremento dei trapianti d'organo e tessuti.

Nell'importo di cui alla colonna 1 sono altresì inclusi il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza ed il finanziamento a funzione dei privati accreditati cui alla DGR n. 2038/2012 (colonne 1 e 2 dell'Allegato B).

Finanziamenti a funzione

Il finanziamento a funzione è stato costruito secondo i seguenti criteri.

L'**Allegato B** si riferisce al costo relativo alle funzioni dei privati accreditati di cui alle DGR n. 2038/2012, 2095/2012, 2616/2012 e 2620/2012, confermate con il presente provvedimento. L'ammontare dei finanziamenti a funzione assegnati agli erogatori privati accreditati è pari a 23,7 milioni di euro. Fatta eccezione per le funzioni di cui alla DGR n.2038/2012, i costi delle restanti trovano specifica copertura finanziaria con il presente provvedimento (14,0 milioni di euro).

Nell'**Allegato C colonna 1** è riportato il finanziamento per il progetto di screening neonatale allargato (DGR 23 luglio 2013 n. 1308). Le Aziende Ospedaliere di Padova e Universitaria Integrata di Verona, in quanto strutture di riferimento regionali, ricevono un finanziamento in ragione del bacino di utenza servito, con corrispondente riduzione dei trasferimenti a carico delle Aziende ULSS di residenza del neonato.

Nell'**Allegato C colonna 2** invece, è riportato il finanziamento del FRAT, per complessivi 80,5 milioni di euro, distribuito ai vari dipartimenti interaziendali di medicina trasfusionale (DIMIT) secondo la proposta elaborata dal Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali (CRAT) sulla base dei costi consuntivi 2013. L'assegnazione a ciascun DIMIT è stata poi ricondotta direttamente alle singole Aziende Sanitarie sulla base dei costi da queste sostenuti nell'ambito dei rispettivi dipartimenti

nell'anno 2013.

Resta salvo che il finanziamento non pregiudica l'eventuale conguaglio intra DIMT delle quote aziendali in sede di rendiconto consuntivo dei costi, a saldi invariati.

Nell'**Allegato C colonna 3** è riportato il finanziamento delle funzioni di acquisto dei farmaci per la distribuzione per conto (c.d. DPC) e di distribuzione diretta dei farmaci che alcune Aziende Sanitarie della Regione svolgono a favore di altre Aziende Sanitarie della Regione stessa. L'importo totale corrisponde alla somma di 830 mila euro.

Nell'**Allegato C colonna 4** è riportato il finanziamento dei progetti e delle attività in collaborazione con le Aziende Sanitarie del SSR, corrispondenti a programmi di rilievo regionale. L'importo totale corrisponde alla somma di 2 milioni di euro

Nell'**Allegato C colonna 5** sono riportati per ciascuna azienda gli altri finanziamenti a funzione con il relativo importo. Il totale assegnato a questi finanziamenti a funzione ammonta a 15,7 milioni di euro. Il dettaglio dell'importo assegnato per ciascun finanziamento a funzione è riportato nell'Allegato D.

Finanziamento degli investimenti

Nell'**Allegato E** è riportata la ripartizione a ciascuna azienda del finanziamento degli investimenti per complessivi 70 milioni di euro. I criteri utilizzati sono quelli descritti nella DGR n. 1171 del 8 luglio 2014, ovvero: il totale delle immobilizzazioni lorde, il tasso di obsolescenza delle immobilizzazioni, il costo della produzione rettificato e il valore degli ammortamenti dell'ultimo bilancio disponibile. E' stata altresì tenuta in considerazione la presenza di contratti di project financing.

Si ritiene che i criteri proposti siano adeguatamente rappresentativi della necessità di investimento di ciascuna Azienda Sanitaria, ragionevolmente collegata alla dimensione aziendale, al tasso globale di obsolescenza del patrimonio e all'intensità del capitale utilizzato.

Riepilogo

La **colonna 5 dell'Allegato F**, pertanto, rappresenta la totalità delle risorse finanziarie provvisoriamente ripartibili alle Aziende Sanitarie del SSR. Essa rappresenta il finanziamento indistinto per ciascuna azienda, volto all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, il cui utilizzo rientra nell'ambito di responsabilità dei singoli Direttori Generali.

Eventuali ulteriori risorse finanziarie per il 2015 che emergeranno a seguito del riparto nazionale delle risorse del FSN 2015, tenuto conto degli stanziamenti di spesa che saranno previsti in sede di approvazione del bilancio di previsione regionale, quando dimensionate con certezza al completamento delle procedure ministeriali, si propone siano destinate:

- alla copertura dei costi che sosterranno le Aziende del SSR a seguito dell'immissione in commercio dei nuovi farmaci per la cura dell'Epatite C, il cui costo complessivo, per l'anno 2015, si stima essere prossimo ai 100 milioni di euro;
- al finanziamento a) delle Aziende Ospedaliere in ragione dei mancati ricavi derivanti dalle revisioni tariffarie operate negli ultimi esercizi (stimabili in ca. 10 milioni di euro cadauna) e, b) dello IOV al fine di sostenere lo sviluppo dell'attività oncologica che, essendo prevalentemente in regime diurno e ambulatoriale, genera margini economici non sufficienti rispetto ai fabbisogni (ca. 2 milioni di euro);
- alle Aziende Sanitarie che presentano i maggiori disavanzi e particolarmente esposte verso i propri fornitori, secondo quote da definire successivo provvedimento del Responsabile della GSA, su proposta della Sezione Programmazione Risorse Finanziarie SSR.;
- all'ulteriore finanziamento dei piani investimenti;
- al completo finanziamento dei piani di rientro.

2. Limiti di costo per l'anno 2015

La vigente normativa in materia di spesa sanitaria pubblica fissa rigide norme finalizzate al perseguimento del pareggio di bilancio delle Aziende/Istituti del SSR durante l'esercizio annuale imponendo, fra l'altro, alle Regioni l'effettuazione di un monitoraggio trimestrale (articolo 1, comma 174, della L. 311/2004).

L'articolo 1, comma 274, della L. 23 dicembre 2005, n. 266, stabilisce, inoltre, che, nell'ambito del settore sanitario, al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, restano fermi "gli obblighi posti a carico delle regioni, nel settore sanitario, con l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, finalizzati a garantire l'equilibrio economico-finanziario, a mantenere i livelli essenziali di assistenza, a rispettare gli ulteriori adempimenti di carattere sanitario previsti dalla medesima intesa e a prevedere, ove si prospettassero situazioni di squilibrio nelle singole aziende sanitarie, la contestuale presentazione di piani di rientro pena la dichiarazione di decadenza dei rispettivi direttori generali".

La necessità, sempre più stringente, di conseguire l'equilibrio economico-finanziario della gestione delle Aziende/Istituti del Servizio Sanitario Nazionale in condizioni di efficienza ed appropriatezza è stata ripetutamente sottolineata a livello normativo anche successivamente a tali norme, in particolare dall'art. 1, c. 1, dell'Intesa sul Patto per la Salute 2010 - 2012, sottoscritta tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano il 3 dicembre 2009 e dal D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla L. 7 agosto 2012, n. 135.

Al fine di perseguire l'equilibrio economico - finanziario delle varie Aziende/Istituti del SSR si ritiene opportuno determinare i limiti di costo per l'anno 2015 negli ambiti di seguito illustrati.

2.1. Personale

Gli obiettivi di costo per il personale dipendente relativi all'anno 2015, riportati nell'**Allegato G**, costituiscono il limite invalicabile della relativa spesa per singola Azienda del SSR.

Tali obiettivi sono il risultato di un'elaborazione che tiene conto di alcuni indici, quali, in particolare, l'andamento del costo del personale nell'ultimo triennio, il rispetto dell'obiettivo di costo relativo al personale dipendente fissato annualmente dalla programmazione regionale, il rispetto dell'obiettivo previsto per ogni Azienda dall'art. 2, comma 71, della L. n. 191/2009 (confermato per il triennio 2013-2015 dall'articolo 15, comma 21 del D.L. 95/2012, convertito nella L. 135/2012), la numerosità e la composizione del personale in servizio e le autorizzazioni rilasciate in corso del 2014. Inoltre sono stati tenuti in considerazione eventuali costi derivanti dall'assunzione di personale dotato di specifico finanziamento e i costi relativi a personale comandato o distaccato presso altro ente.

Il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale è autorizzato, nell'ambito del tetto complessivo di spesa e sussistendone la necessità in rapporto alla salvaguardia dei LEA e/o al funzionamento dei servizi aziendali, a modificare gli obiettivi di costo attribuiti alle singole Aziende.

2.2. Assistenza farmaceutica

Il D.L. 95/2012 ha rideterminato, a decorrere dal 2013, l'onere a carico del SSN per l'assistenza Farmaceutica Territoriale (comprensiva della farmaceutica convenzionata e della Distribuzione Diretta e Distribuzione per Conto di classe A) e per l'assistenza Farmaceutica Ospedaliera rispettivamente nella misura dell'11,35% e del 3,5% del FSN.

Al fine di rispettare il tetto fissato a livello nazionale si ritiene, quindi, opportuno, determinare i limiti di costo per l'anno 2015 nelle varie Aziende/Istituti del SSR nell'ambito della spesa farmaceutica così come di seguito illustrato.

2.2.1. Farmaceutica territoriale

A seguito della definizione dei tetti a livello nazionale, si conferma la necessità di assegnare limiti di costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata e si dispone per l'anno 2015 il costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro capite ottenuto sulla base della popolazione residente pesata pari ad € 117,00, comprensiva della mobilità intra ed extra Regione. Tale valore è stato determinato tenendo conto del trend regionale di spesa e del possibile risparmio ottenibile dal raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva che verranno assegnati nel 2015. Il limite di costo per il conto di Conto Economico B.2.A.2.1 "Farmaceutica da convenzione" è riportato nell'**Allegato H** alla presente deliberazione, suddiviso per singola Azienda ULSS.

2.2.2. Farmaceutica Ospedaliera, in Distribuzione Diretta (DD) e Distribuzione per Conto (DPC)

Il limite di costo del conto di Conto Economico B.1.A.1 "Prodotti farmaceutici ed emoderivati" è riportato nell'**Allegato I** alla presente deliberazione, suddiviso per singola Azienda ULSS/Ospedaliera e per l'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto".

Il valore assegnato è il risultato della sommatoria della spesa sostenuta in regime di ricovero, in regime ambulatoriale, in distribuzione diretta (DD) e in distribuzione per conto (c.d. DPC).

I valori riferiti alla spesa sostenuta in ospedale in regime di ricovero sono stati calcolati tenendo conto del trend dei consumi generali e per categoria terapeutica, e dei costi per dimesso pesato rilevati nelle singole strutture, successivamente

standardizzati per cluster di strutture omogenee per case-mix.

Relativamente alla spesa ambulatoriale la previsione 2015 tiene conto del trend regionale dei consumi per categoria terapeutica.

All'interno della spesa per prodotti farmaceutici ed emoderivati, una quota rilevante, pari al 59%, è rappresentata dai farmaci distribuiti in DD e in DPC. Tale spesa comprende sia farmaci di fascia H (37%), non altrimenti reperibili nel canale delle farmacie territoriali, che farmaci delle fasce A e C, che gli ospedali acquistano e distribuiscono in alternativa alla distribuzione convenzionata per contenere la spesa. Il costo medio regionale per assistito per farmaci di fascia A e H erogati in DD e in DPC è di € 70,40, con un'ampia variabilità tra Aziende (da € 53,50 a € 83,00). Per tale motivo si propone di assegnare per il 2015 un limite di costo pro capite pesato per la DD di fascia A e la DPC pari ad € 41 ed un limite di costo pro capite pesato di fascia H pari ad € 31, calcolato per Azienda di residenza del paziente, escludendo la spesa per ossigeno e la spesa per le modalità per cui è possibile la trasmissione in maniera aggregata. La scelta di mantenere suddivisi i due limiti è coerente con la contabilizzazione dei tetti a livello nazionale, a norma del sopra citato D.L. 95/2012 e s.m.i., che ricomprende nella spesa farmaceutica territoriale la spesa della DD e DPC dei farmaci di fascia A e nella spesa farmaceutica ospedaliera la DD dei farmaci di fascia H.

La spesa stimata riferibile alla DD e DPC, tiene conto quindi dei limiti di costo pro capite assegnati, oltre che dei farmaci erogati dalle strutture di ricovero intermedie e nei centri di servizio per anziani e dei farmaci di fascia C erogati dalle farmacie ospedaliere.

L'analisi dei costi per ricovero e per assistito ha evidenziato una grande variabilità tra le Aziende Sanitarie. L'applicazione dei costi standard ha quindi comportato per alcune Aziende Sanitarie una necessaria riduzione rispetto ai costi storici registrati. Ciò al fine di consentire un progressivo avvicinamento ai costi individuati quali ottimali.

I limiti di costo assegnati all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'Azienda ULSS 20 di Verona tengono conto della diversa organizzazione intervenuta a seguito della DGR 1171/2014 che prevede l'acquisto dei farmaci da parte dell'AOUI di Verona prima acquistati dall'ULSS 20.

Tali limiti di costo devono poter recepire rivalutazioni - in incremento o in diminuzione - in ragione delle modifiche che dovessero intervenire a seguito dell'applicazione delle indicazioni riportate all'interno del provvedimento dell'adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera (DGR 19 novembre 2013, n. 2122), nonché di accordi tra Aziende Sanitarie in merito a stipule di convenzioni per l'allestimento centralizzato degli antiblastici (DGR 28 luglio 2014, n. 1335). Qualora si verificassero modifiche organizzative, strutturali tali da richiedere un sensibile ricalcolo dei limiti di costo, il Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale viene incaricato a procedere in tal senso con proprio provvedimento, operando modificazioni in senso compensativo tra Aziende, mantenendo invariato il totale a livello di Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Tali limiti di costo non tengono conto della spesa che deriverà dalla commercializzazione delle nuove terapie per la cura dell'epatite C.

2.2.3. File F

La spesa riferita al File F intra regionale evidenzia un trend in aumento, passando da € 153 milioni nel 2012 ad € 174,5 milioni nel 2013 (+14%), e i dati del primo semestre 2014 confermano un incremento di spesa anche per tale anno. Sulla base dell'andamento storico e della necessità del contenimento della spesa, si stabilisce di assegnare risorse pari all'importo sostenuto nell'anno 2014, con un incremento massimo a livello regionale e per singolo soggetto erogatore (mobilità ATTIVA) del 6%.

Inoltre, si propone che a partire dal 2015 l'ammontare eccedente l'incremento massimo consentito, sia equamente ripartito tra le Aziende ULSS ed Ospedaliere, gli IRCSS, gli Ospedali privati accreditati che hanno generato la prescrizione (per una quota pari al 50 %) - e le Aziende Sanitarie di residenza del paziente che hanno usufruito della prestazione (per il restante 50%).

L'erogazione del farmaco - salvo diverse indicazioni emanate dalla Regione - deve essere effettuata dalla struttura presso la quale il paziente riceve l'approfondimento diagnostico e clinico ed in cui è seguito per il follow up, compreso il monitoraggio dell'efficacia della terapie in corso, gli eventuali aggiustamenti posologici o cambiamenti terapeutici, nella piena applicazione della presa in carico del paziente. La quantità di farmaco consegnato deve di norma coprire un mese di terapia e comunque non può superare i tre mesi. La consegna del farmaco deve coincidere per quanto possibile con la visita di controllo.

A seguito dell'organizzazione dell'assistenza regionale in reti Hub e Spoke, la prescrizione di alcuni farmaci viene riservata ad un numero limitato di centri, individuati in base alla comprovata esperienza e casistica trattata.

E' quindi necessario che le Aziende ULSS ed Ospedaliere, gli IRCSS e gli Ospedali privati accreditati sedi dei Centri prescrittori mettano in atto azioni concertate con le Aziende ULSS di riferimento per area territoriale ζ intendendo per area territoriale di riferimento l'ambito su cui insiste il centro Hub prescrittore ζ finalizzate a governare l'appropriatezza e la spesa farmaceutica.

I Centri prescrittori delle terapie ad alto costo dovranno pianificare attentamente la spesa dell'anno entrante, analizzando la casistica già in atto e i nuovi casi prevedibili sulla base delle informazioni disponibili sui nuovi farmaci, l'epidemiologia attesa della malattia e dei limiti di costo imposti dai provvedimenti regionali. Le previsioni così formulate andranno analizzate congiuntamente tra direzioni aziendali delle Aziende sede dei Centri prescrittori e le direzioni delle Aziende ULSS territoriali che afferiscono al centro Hub prescrittore, al fine di pianificare congiuntamente i volumi e la spesa.

Le Aziende ULSS, in occasione delle verifiche sul File F, evidenzieranno con tempestività eventuali sforamenti rispetto alla spesa preventivata, segnalando alla struttura erogante eventuali usi che appaiano impropri sul piano della appropriatezza clinica e della farmacoconomia.

Qualora le informazioni desumibili dal File F non siano sufficienti per i necessari approfondimenti, l'Azienda ULSS può richiedere ulteriore documentazione clinica.

2.2.4. Dispositivi Medici (DM) e Dispositivi Medici Diagnostici in vitro (IVD)

La Legge 24 dicembre 2012, n. 228 "Legge di Stabilità 2013", ha rideterminato a partire dall'anno 2014 il tetto di costo per l'acquisto di DM nella misura del 4,4% del FSN (art.1, comma 131, lettera b). Nell'anno 2013 la spesa registrata è stata pari a 498 milioni di euro pari al 5,7% del FSN. Considerati il limite di tetto imposto a livello nazionale e l'andamento della spesa relativa all'anno 2014, si ritiene necessario mettere in atto misure finalizzate al governo della spesa. Per quanto riguarda la voce di costo B.1.A.3, con l'esclusione della voce Dispositivi Medico Diagnostici in vitro (IVD), i limiti di costo sono riportati nell'Allegato L alla presente deliberazione, suddivisi per singola Azienda/Istituto del SSR. Il valore assegnato è il risultato della sommatoria della spesa sostenuta in ospedale e di quella relativa all'assistenza territoriale.

Per la spesa sostenuta in ospedale, il limite è stato calcolato utilizzando i costi rilevati per dimesso pesato di ogni struttura, successivamente standardizzati per cluster di strutture omogenee per case-mix, oltre che i costi rilevati per specifici categorie di Dispositivi Medici impiantabili.

L'analisi dei costi per ricovero ha evidenziato una grande variabilità tra le Aziende Sanitarie. L'applicazione dei costi standard ha quindi comportato per alcune Aziende Sanitarie una necessaria riduzione rispetto ai costi storici registrati. Ciò al fine di consentire un progressivo avvicinamento ai costi individuati quali ottimali.

I limiti di costo devono poter recepire variazioni ζ in incremento o in diminuzione ζ in ragione delle modifiche che dovessero intervenire a seguito dell'adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera (a norma della citata DGR 2122/2013). Qualora si verificassero sensibili scostamenti dei costi di produzione, tali da richiedere il ricalcolo dei limiti di costo, il Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale viene incaricato a procedere in tal senso con proprio provvedimento, operando modificazioni in senso compensativo tra Aziende, mantenendo invariato il totale a livello di SSR.

Il limite di costo relativo all'assistenza territoriale è stato assegnato sulla base del costo mediano rilevato nelle strutture di ricovero intermedie e nei centri di servizio per anziani, mentre è stata assegnata la spesa storica ai distretti socio-sanitari.

Per quanto riguarda gli IVD, a partire dal 2015 il limite è stato assegnato tenendo conto dei costi standard calcolati come valore medio del costo per prestazione con una riduzione massima del 10% rispetto al 2014. Questo limite di costo è riportato nell'**Allegato M** alla presente deliberazione ed è relativo al conto di conto Economico B.1.A.3.3 - "Dispositivi medico diagnostici in vitro".

2.2.5. Assistenza integrativa (AIR)

Si dispone di assegnare per l'anno 2015, relativamente ai dispositivi per l'autocontrollo e l'auto somministrazione a favore di soggetti diabetici, ai prodotti dispensati per l'insufficienza renale cronica e per le malattie metaboliche un limite di costo annuo per assistibile pesato non superiore ad € 6,70. Si riportano in **Allegato N** alla presente deliberazione i limiti di costo relativi al conto B.2.A.5 "Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa", che tengono conto del trend dei consumi per dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione della glicemia, dell'incremento del numero di soggetti celiaci e dei soggetti affetti da insufficienza renale cronica e della modifica del percorso di dispensazione delle miscele speciali per le malattie metaboliche, stabilita con DGR n. 2638 del 30 dicembre 2013.

2.2.6. Assistenza protesica

La Regione del Veneto ha monitorato nel corso del 2014 la spesa, inviando mensilmente a tutte le Aziende ULSS l'andamento dell'obiettivo pro capite. Per l'anno 2015, relativamente all'assistenza protesica, viene confermato il limite di spesa pro capite, già fissato nel 2014 pari ad € 15,00 (comprensivo dei Dispositivi extra-nomenclatore, cespiti e servizi accessori tra cui sanificazioni, manutenzioni, etc.). Come già stabilito per l'anno 2014, le Aziende ULSS dovranno rendicontare le spese effettuate mediante la compilazione del cruscotto regionale, secondo le modalità e le scadenze individuate e già comunicate.

2.2.7. Medicina convenzionata

Con LR n.23/2012 è stato approvato il Piano socio-sanitario regionale 2012-2016 ponendo come obiettivo strategico della programmazione regionale la diffusione su tutto il territorio regionale delle medicine di gruppo integrate.

Con DGR n.1666/2012 si è affermato che "ogni Azienda dovrà rimodulare lo sviluppo della medicina convenzionata pianificando le forme associative della medicina di gruppo integrata secondo un modello finalizzato al conseguimento degli obiettivi strategici dell'Azienda...".

Con DGR n.953/2013 si è approvata l'intesa sulle modalità di attuazione del Progetto assistenza primaria richiamando la necessità di sviluppare le medicine di gruppo integrate identificate come UCCP previste dalla Legge n.189/2012 Legge Balduzzi.

Con DGR 2102/2014 è stata assegnata alle Aziende ULSS la somma spettante a ciascuna quale finanziamento per l'avanzamento del Progetto per lo sviluppo delle Cure Primarie ai fini dell'attivazione delle Medicine di Gruppo Integrate.

Con DGR 2103/2014 è stato assegnato alle Aziende ULSS l'importo erogato dal Ministero della Salute per il progetto regionale attuativo del Piano Sanitario Nazionale presentato nel 2010 nell'ambito della linea progettuale "Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute", quale finanziamento per la realizzazione delle attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi indicati nell'approvato progetto "Modello regionale di riferimento per le Cure Primarie" ai fini dell'attivazione delle Medicine di Gruppo Integrate.

Si propongono le seguenti disposizioni:

- le attivazioni, anche sperimentali, delle medicine di gruppo integrate saranno coperte, secondo programmazione regionale, con i finanziamenti regionali appositamente previsti;
- le medicine di gruppo, le medicine in rete e le medicine in associazione sono invece a carico dei bilanci aziendali.

2.2.8. Assistenza ospedaliera ed ambulatoriale degli erogatori ospedalieri privati accreditati

Con riferimento all'assistenza ospedaliera ed ambulatoriale degli erogatori ospedalieri privati accreditati si rinvia alle disposizioni contenute nella DGR n. 2170 del 18 novembre 2014 "Erogatori ospedalieri privati accreditati equiparati e non equiparati al pubblico: criteri e determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il biennio 2015-2016 per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto ed approvazione dello schema tipo di accordo contrattuale. D. lgs n. 502/1992, artt. 8 quinquies e sexies, l.r. 16 agosto 2002, n. 22, art. 17, comma 3".

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

LA GIUNTA REGIONALE

Udito il relatore, il quale dà atto che la struttura proponente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

- Vista la Legge n. 135/1990;
- Visto il Decreto Ministeriale n. 453 del 2/07/92;
- Visto il Decreto Ministeriale n. 651 del 27/08/94;
- Visto il Decreto Ministeriale n. 592 del 15/12/95;
- Visto il Decreto Ministeriale n. 358 del 02/05/96;
- Vista la Legge n. 311/2004, articolo 1, comma 174;
- Considerata l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
- Vista la Legge n. 266/2005, articolo 1, comma 274;
- Vista la Legge n. 42 del 5 maggio 2009, articoli 1 e 2;
- Vista la Legge n. 191/2009, articolo 2, comma 71;
- Considerata l'Intesa sul Patto per la Salute 2010-2012 del 3 dicembre 2009;
- Visto il D. Lg.vo 118/2011;

- Vista la Legge Regionale n. 23/2012;
- Visto il D.L. n. 95 del 6 luglio 2012 convertito dalla Legge n. 135/2012;
- Vista la Legge n. 189/2012;
- Vista la DGR n. 1666/2012;
- Vista la DGR n. 2038/2012;
- Vista la DGR n. 2095/2012;
- Vista la DGR n. 2616/2012;
- Vista la DGR n. 2620/2012;
- Vista la DGR n. 154/CR del 24/12/2012;
- Vista la Legge n. 228 del 24 dicembre 2012;
- Vista la DGR n. 953/2013;
- Vista la DGR n. 1308/2013;
- Vista la DGR n. 1428/2013;
- Vista la DGR n. 2122/2013;
- Vista la DGR n. 2151/2013;
- Vista la DGR n. 2358/2013;
- Vista la DGR n. 910/2014;
- Vista la DGR n. 1171/2014;
- Vista la DGR n. 1335/2014;
- Vista la DGR n. 1564/2014;
- Vista la DGR n. 1565/2014;
- Vista la DGR n. 2102/2014;
- Vista la DGR n. 2103/2014;
- Vista la DGR n. 2170/2014

delibera

1. di prendere atto di quanto evidenziato nelle premesse che costituiscono parte integrante del presente provvedimento;
2. di prendere atto dell'indisponibilità, alla data odierna, della deliberazione CIPE sulla ripartizione delle risorse statali per il finanziamento dei servizi sanitari regionali per l'esercizio 2015;
3. di dare atto che il Fondo Sanitario Regionale, comprensivo della mobilità sanitaria, oggetto del presente provvedimento è stimato per l'anno 2015 in complessivi 8.413,2 milioni di euro;
4. di approvare la destinazione ai capitoli della spesa accentrata di euro 251,2 milioni di euro e di 50 milioni di euro, quest'ultimo a titolo di contributo per per la realizzazione del Nuovo Polo della Salute di Padova secondo le disposizioni dell'articolo 24 della L.R. n. 11 del 2 aprile 2014;
5. di dare atto che il riparto per quote capitarie alle Aziende Sanitarie, secondo il dettaglio riportato nelle premesse qui integralmente richiamato, ammonta a 7.835 milioni di euro;
6. di dare atto che l'assegnazione di cui alla **colonna 1 dell'Allegato A** include il finanziamento del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza ed il finanziamento delle funzioni dei privati accreditati di cui alla DGRV n. 2038/2012;
7. di approvare l'allocazione di: screening neonatale allargato (**colonna 1 Allegato C**), Fondo Regionale per le Attività Trasfusionali (**colonna 2 Allegato C**), finanziamento della DPC e distribuzione diretta (**colonna 3 Allegato C**), finanziamento progetti e attività in collaborazione con le Aziende del SSR (**colonna 4 Allegato C**) e degli altri finanziamenti a funzione (**colonna 5 Allegato C**), quest'ultimi dettagliati per ciascuna azienda e tipologia di funzione nell'**Allegato D**, per complessivi 99,1 milioni di euro;
8. di approvare il riparto del fondo regionale per gli investimenti per complessivi 70 milioni di euro secondo i criteri riportati in premessa e qui integralmente richiamati (**Allegato E**);
9. di determinare in € 8.018.111.000 come da **colonna 5 dell'Allegato F**, l'importo massimo delle obbligazioni di spesa alla cui assunzione provvederà con propri atti del competente direttore regionale, disponendo la copertura finanziaria a carico dei fondi stanziati sui capitoli: 100415 "Spesa sanitaria corrente per il finanziamento dei LEA - Concorso regionale alla spesa per l'assistenza residenziale e semiresidenziale a soggetti dipendenti da sostanze d'abuso (art. 20, c.1, punto B, lett. A, D.Lgs 118/2011) (L. 23/12/1978, n. 833)"; 101176 "Spesa sanitaria corrente per il finanziamento dei LEA - Fondo regionale per la non autosufficienza (art. 20, c.1, punto B, lett. A, D.Lgs 118/2011) (L.R. 18/12/2009, n. 30)"; 101702 "Spesa sanitaria corrente per il finanziamento dei LEA, ivi compresa la mobilità passiva programmata per l'esercizio (art. 20, c.1, punto B, lett. A, D.Lgs 118/2011)" del bilancio di previsione dell'anno 2015, quando adottato;
10. di demandare a singoli decreti del competente Direttore della Sezione regionale competente l'impegno e la liquidazione, secondo la vigente procedura, delle quote mensili spettanti a ciascuna Azienda Sanitaria come risultante al precedente punto;
11. di rinviare ad appositi atti della struttura regionale competente l'impegno e la determinazione dei saldi della mobilità sanitaria complessiva, ai sensi del D.Lgs. 118/2011, in relazione alle sue diverse componenti, così come determinate dall'accordo Stato Regioni o dalla deliberazione CIPE di assegnazione dei fondi per l'erogazione dei LEA per l'anno 2015 ai fini dell'erogazione del riparto di cassa tra le diverse Aziende Sanitarie del Veneto;

12. di incaricare il direttore della Sezione Programmazione Risorse Finanziarie SSR a rimodulare le quote mensili di erogazione delle somme previste nel presente riparto, in relazione alle maggiori difficoltà delle singole Aziende Sanitarie connesse alle scadenze contrattuali di pagamento;
13. di incaricare il direttore della struttura regionale competente a disporre con propri atti, in ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs. 118/2011, che tutte le somme relative ai finanziamenti perimetrati nel conto consolidato della sanità regionale, qualora oggetto di rimodulazione e/o non attribuite, debbano considerarsi disponibilità da impegnare a favore delle Aziende Sanitarie quale acconto a copertura delle perdite di esercizio in proporzione all'entità delle stesse;
14. di rivalutare il presente riparto finanziario alla luce del provvedimento CIPE per il 2015, quando disponibile, dando priorità ai fabbisogni espressi in premessa;
15. di approvare i limiti di costo relativi all'anno 2015 riportati nelle premesse e come riportati, per singola Azienda, nell'**Allegato G**, nell'**Allegato H**, nell'**Allegato I**, nell'**Allegato L**, nell'**Allegato M** e nell'**Allegato N** alla presente deliberazione, della quale costituiscono parte integrante e sostanziale;
16. di dare atto che i limiti di costo, così come individuati al precedente punto, non costituiscono autorizzazione alla spesa fino al tetto fissato, ma rappresentano vincoli insuperabili e, in quanto tali, strumento per il conseguimento dell'equilibrio del bilancio di esercizio;
17. di disporre che tali limiti di costo devono poter recepire variazioni ζ in incremento o in diminuzione ζ in ragione delle modifiche che dovessero intervenire a seguito dell'adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera (ex DGR 2122/2013), nonché di accordi tra Aziende Sanitarie in merito a stipule di convenzioni per l'allestimento centralizzato di antiblastici (ex DGR n. 1335/2014);
18. di disporre che, qualora si verificassero le variazioni di cui al punto precedente, tali da richiedere il ricalcolo dei limiti di costo, il Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale viene incaricato a procedere in tal senso con proprio provvedimento, operando modificazioni in senso compensativo tra Aziende, mantenendo invariato il totale a livello di SSR;
19. di prendere atto che i limiti di costo di cui all'**Allegato F** non tengono conto dei costi che deriveranno dalla commercializzazione delle nuove terapie per la cura dell'epatite C;
20. di prendere atto che l'incremento massimo consentito del *File F* intra regionale per singolo erogatore è pari al 6% dell'importo sostenuto nell'anno 2014. L'importo eccedente tale incremento massimo consentito verrà equamente ripartito tra le Aziende ULSS ed Ospedaliere, gli IRCSS, gli Ospedali privati accreditati che hanno generato la prescrizione (per una quota pari al 50%) - e le Aziende Sanitarie di residenza del paziente che hanno usufruito della prestazione (per il restante 50%);
21. di disporre che le attivazioni, anche sperimentali, delle medicine di gruppo integrate siano coperte, secondo programmazione regionale, con i finanziamenti regionali appositamente previsti; le medicine di gruppo, le medicine in rete e le medicine in associazione siano invece a carico dei bilanci aziendali;
22. di disporre che le indicazioni operative riportate in premessa costituiscono azioni fondamentali per il conseguimento dell'equilibrio economico e finanziario del Sistema Sanitario Regionale per il 2015, e di incaricare la Direzione Generale dell'Area Sanità e Sociale di svolgere un monitoraggio sul rispetto dei limiti assegnati alle singole Aziende/Istituti del SSR e dell'adozione di ogni altro provvedimento finalizzato al miglior conseguimento di quanto previsto nella presente deliberazione;
23. di incaricare il Direttore della Sezione Regionale competente ad avviare l'iter per la formulazione del Bilancio di Previsione 2015, nel rispetto dei risultati programmati con DGR n. 154/CR del 24/12/2012 e compatibile con il riparto provvisorio ed i vincoli di costo di cui al presente provvedimento;
24. di prendere atto ed approvare che il Bilancio Preventivo Economico Annuale costituisce adempimento, ai sensi dell'art. 52, comma 4, lettera d) della L. 27 dicembre 2002, n. 289 che prevede la decadenza automatica dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle Aziende ULSS ed Ospedaliere e all'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto", in applicazione del "Patto per la Salute" del 28 settembre 2006;
25. prendere atto che il provvedimento di Giunta Regionale di approvazione dei Bilanci Preventivi Economici Annuali verrà trasmesso ai fini del controllo di cui all'art. 1, terzo comma, del D.L. n. 174 del 10 ottobre 2012, convertito con modificazioni con Legge n. 213 del 7 dicembre 2012, alla Sezione regionale di controllo della Corte dei Conti;
26. di dare atto che la spesa di cui si dispone l'impegno con il presente atto non rientra nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della L.R. 1/2011;
27. di pubblicare la presente deliberazione nel bollettino ufficiale della Regione.