



Metodologia di calcolo dei limiti di costo Anno 2024

Il presente documento descrive i criteri adottati per la definizione dei limiti di costo sull'acquisto dei beni sanitari per l'anno 2024.

Nell'assegnazione dei tetti sono stati considerati fattori in aumento e in decremento della spesa. Per quanto riguarda i fattori di riduzione della spesa farmaceutica, sono state considerate le aree di risparmio e le entità di risparmio riportate nella nota integrativa, oltre alle altre iniziative di appropriatezza che potranno essere messe in atto dalle singole Aziende sanitarie.

1. *Farmaceutica*

La Legge n. 213 del 30 dicembre 2023 (*c.d.* Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024), ha stabilito che il valore del tetto della spesa farmaceutica complessiva sarà pari nel 2024 al 15,30% del FSN, rideterminato come segue:

- per la spesa farmaceutica convenzionata (comprensiva della sola quota per i farmaci distribuiti in regime convenzionale) è fissato al 6,80% del FSN;

- per la spesa farmaceutica per gli acquisti diretti (comprensiva della spesa per i farmaci impiegati in ospedale, in ambulatorio, erogati in distribuzione diretta di classe A e H e in distribuzione per conto di classe A, come descritta dall'art.1 commi 575-584 della L. 145/2018) è definita nella misura del 8,50% del FSN, di cui 0,20% relativo alla spesa per acquisti diretti di gas medicinali (ATC V03AN).

Nella stessa legge è stato aumentato il livello del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, pari per il 2023 a 134.008 milioni di euro, e quindi anche il finanziamento destinato alla farmaceutica.

Inoltre è previsto che entro e non oltre il 30 marzo 2024 l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) provveda ad aggiornare il prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio (PHT) individuando l'elenco vincolante di medicinali che per le loro caratteristiche farmacologiche possono transitare dal regime di classificazione A-PHT, nonché l'elenco vincolante dei medicinali del PHT non coperti da brevetto che possano essere assegnati alla distribuzione in regime convenzionale attraverso le farmacie aperte al pubblico.

Allo stesso tempo, nell'ambito dei limiti fissati per la spesa a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN), per i farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale, a decorrere dal 1° marzo 2024 è stato modificato il sistema di remunerazione delle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati in regime di SSN.

Al fine di rispettare il tetto nazionale si ritiene necessario determinare i limiti di costo della spesa farmaceutica per l'anno 2024 nelle varie Aziende/Istituti del SSR come di seguito illustrato.

1.1 *Farmaceutica convenzionata*

Per l'anno 2024 il limite di costo del Conto Economico B.2.A.2.1 "*Farmaceutica da convenzione*" è stato determinato tenendo conto di una invarianza del numero di confezioni distribuite corretto per la mobilità sanitaria rispetto all'anno 2022 e delle migliori performance aziendali registrate nel periodo 2023. Nel limite di costo è stato considerato il cambiamento del sistema di remunerazione delle farmacie, introdotto con i commi 224-231 della legge 30 dicembre 2023, n. 213, in vigore dal 1° marzo 2024.

Viene considerato il potenziale risparmio derivante dall'utilizzo di formulazioni meno costose (aree di risparmio - spesa farmaceutica convenzionata 1.1, 1.2, 1.3, 1.4) e della riduzione di prezzo del tapentadolo effettuata a seguito dell'inserimento del prodotto in lista di trasparenza. La popolazione utilizzata è quella residente ISTAT al 1.1.2023 pesata per fasce di età e sesso secondo la pesatura OsMed.

Il limite di costo così determinato è da considerarsi al netto delle maggiori spese da sostenere per il riconoscimento della remunerazione aggiuntiva alle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati in regime di SSN ex art. 1, comma 534 della legge 29 dicembre 2022, n. 197 nel periodo di gennaio e febbraio 2024, eventuali riclassificazioni di farmaci e modifiche alla normativa vigente in materia di remunerazione delle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati in regime di Servizio Sanitario Nazionale.

1.2 *Farmaceutica acquisti diretti*

Il limite di costo del conto Economico B.1.A.1 “*Prodotti farmaceutici ed emoderivati*” al lordo degli innovativi è stato calcolato assegnando incrementi di spesa per i gruppi terapeutici a maggior impatto di spesa (80% della spesa regionale - vedi tabella 1). Per la definizione della percentuale di incremento da assegnare si è utilizzata la media pesata degli incrementi registrati annualmente a livello regionale nel periodo 2018-2023, assegnando maggior peso alla variazione tra previsione spesa 2023 vs 2022 e pesi decrescenti per le variazioni relative agli anni precedenti. Sono stati considerati inoltre l’impatto di nuovi farmaci o allargamenti di indicazione ricavati da stime della Commissione Tecnica Regionale Farmaci. Ai valori così ottenuti sono stati sottratti infine i potenziali risparmi derivanti da:

- perdita di brevetto e acquisto in concorrenza dei principi attivi (*aree di risparmio n° 2.1, 2.2, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10, 2.11, 2.12, 2.13, 2.14, 2.15, 2.16 della tabella 2 della nota integrativa*);
- maggior utilizzo di farmaci biologici a minor costo (anti-TNF α a minor costo) - *area di risparmio n° 2.3 della tabella 2 della nota integrativa*).

Sono state altresì considerate le quote di farmaci acquistati da un’Azienda Sanitaria per conto di altre.

Tabella 1: Incrementi percentuali assegnati per i gruppi terapeutici a maggior impatto di spesa al lordo degli innovativi

FLUSSO	GRUPPI TERAPEUTICI CONSIDERATI	INCREMENTI % ASSEGNATI
FAROSP + DD	BIOLOGICI	9,7%
	SCLEROSI	6,6%
	ONCOLOGICI	10,0%
	ONCOEMATOLOGICI	6,2%
	HIV	2,0%
	B01. ANTITROMBOTICI	5,3%
	B05. SUCCEDANEI DEL SANGUE E SOLUZIONI PERFUSIONALI	4,3%
	R03. FARMACI PER DISTURBI OSTRUTTIVI DELLE VIE RESPIRATORIE	16,3%
	L01. CITOSTATICI	28,9%
	C10. SOSTANZE MODIFICATRICI DEI LIPIDI	46,1%
	N02. ANALGESICI	35,1%
	V09. RADIOFARMACI DIAGNOSTICI	30,1%
DPC	A10. FARMACI USATI NEL DIABETE	17,4%
	B01. ANTITROMBOTICI	11,7%
	ONCOLOGICI	8,3%
	C09. SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA	34,5%
	L04. IMMUNOSOPPRESSORI	12,9%
	M05. FARMACI PER IL TRATTAMENTO DELLE MALATTIE DELLE OSSA	31,4%

Per tutti gli altri gruppi terapeutici è stata considerata la previsione di spesa 2023, costruita sulla base dei consumi rilevati dai flussi ad ottobre 2023.

Fibrosi cistica, Malattie Rare, Ossigeno

La spesa per farmaci ad alto costo per il trattamento della fibrosi cistica è stata ricompresa nel budget malattie rare ed è stata attribuita basandosi sull'Azienda Sanitaria di erogazione.

La quota di spesa relativa a farmaci per le malattie rare è stata calcolata sulla base della spesa dell'ultimo quadriennio 2020-2023 (assegnando il massimo tra la media 2020-2021-2022 e la previsione di spesa 2023).

Per quanto riguarda l'ossigeno non in *service* si è attribuita la previsione di spesa 2023, costruita sulla base dei consumi rilevati dai flussi ad ottobre 2023.

1.3 *Farmaceutica acquisti diretti: farmaci innovativi*

La previsione di spesa innovativi è stata calcolata tenendo conto dei farmaci per i quali è stato riconosciuto, da parte di AIFA, il possesso del requisito dell'innovatività piena e che accedono al fondo previsto dalla Legge 232/2016 come modificato dalla Legge 106/2021 che ha riunito i due precedenti fondi farmaci innovativi e farmaci oncologici innovativi in un unico fondo a decorrere dal 01.01.2022.

Tali farmaci sono riportati nella lista AIFA aggiornata periodicamente e presente al sito web <https://www.aifa.gov.it/farmaci-innovativi>.

Per i farmaci da più tempo in commercio si è considerata la spesa sostenuta nel periodo gennaio–agosto 2023 al netto delle condizioni negoziali ed eventuali Managed Entry Agreements (MEA) e quella attesa per il 2024, i centri autorizzati alla prescrizione, i pazienti avviati al trattamento nonché le confezioni inserite nei Registri AIFA al 31.08.2023.

Per quelli di più recente introduzione si è tenuto conto dei pazienti attesi, del costo medio paziente al netto delle condizioni negoziali ed eventuali Managed Entry Agreements (MEA) e della casistica dei centri prescrittori individuati.

Sono state considerate le quote degli acquisti per conto di altri comunicate dalle aziende sanitarie.

1.4 *File F e Strutture Private Accreditate*

Si assegna un incremento massimo di file F rispetto all'anno precedente solo ai seguenti soggetti erogatori: Azienda Ospedale-Università di Padova; Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, IRCCS Istituto Oncologico Veneto di Padova. Il limite è stato calcolato tenendo conto del trend di spesa delle categorie terapeutiche a più elevato impatto sul File F delle strutture considerate, l'introduzione di nuovi farmaci e allargamenti di indicazione terapeutica ad alto impatto e la scadenza dell'innovatività dei farmaci a valere su fondo innovativi.

Per ciascun ente verrà calcolata la quota eccedente l'incremento massimo consentito su base regionale (ossia considerando la sommatoria degli importi di file F contabilizzati dal soggetto erogatore nei confronti di tutte le ULSS, da mettere a confronto con la medesima sommatoria riferita all'anno precedente). Il 50% di tale quota eccedente rimarrà a carico dell'Ente che ha generato la prescrizione, il restante 50% verrà ripartito unicamente tra le ULSS di residenza dei pazienti che hanno registrato un incremento del File F passivo rispetto all'anno precedente (considerando gli importi di file F contabilizzati dal soggetto erogatore nei confronti della singola ULSS, rispetto agli stessi importi riferiti all'anno precedente) superiore al limite percentuale assegnato.

La ripartizione del 50% tra queste Aziende Sanitarie verrà effettuata pro quota, in proporzione allo sfioramento che le ha riguardate.

Per gli erogatori privati accreditati (Ospedale Sacro Cuore don Calabria e Casa di cura dott. Pederzoli), i limiti di costo 2024 per singola struttura sono comprensivi solo della quota di spesa intra-regionale, al netto di quella per i farmaci innovativi acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche e della quota di spesa delle strutture residenziali. Tali limiti sono stati calcolati applicando alla previsione di spesa 2023 il medesimo incremento percentuale di spesa calcolato per le AASS (media pesata degli incrementi storici registrati a livello regionale per i gruppi

terapeutici a maggior impatto nel periodo 2018-2023), l'introduzione di nuovi farmaci o allargamenti di indicazione, la scadenza dell'innovatività e il possibile risparmio in seguito alla perdita di brevetto e acquisto in concorrenza di alcuni principi attivi, così come determinati per le strutture pubbliche. In analogia alle Aziende Ospedaliere e allo IOV, si stabilisce che l'ammontare eccedente il limite di costo sarà equamente ripartito tra le strutture private accreditate 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%). La responsabilità e gestione di dette compensazioni rimane in carico all'Azienda Ulss 9, con il necessario supporto istruttorio che verrà fornito da Azienda Zero.

2. *Dispositivi Medici (DM) e Dispositivi Medici Diagnostici in vitro (IVD)*

La Legge n. 228 del 24.12.2012 (la c.d. "Legge di Stabilità 2013") ha rideterminato a partire dall'anno 2014 il tetto per l'acquisto di DM compresi gli IVD nella misura del 4,4% del FSN (art.1, comma 131, lettera b). Ai sensi della Legge n. 145 del 30.12.2018 (la c.d. "Legge di Bilancio 2019"), tale tetto verrà calcolato a partire dal fatturato di ciascuna ditta al lordo dell'IVA, rilevato dalla fatturazione elettronica nell'anno solare di riferimento. Nell'esecuzione dei contratti, anche in essere, è fatto obbligo di indicare nella fatturazione elettronica in modo separato il costo del bene e il costo del servizio.

Per l'anno 2024, il limite di costo dei Dispositivi Medici (voci di Conto Economico B.1.A.3.1 "Dispositivi Medici" e B.1.A.3.2 "Dispositivi medici impiantabili attivi") è stato determinato a partire dai volumi di attività e dai consumi dei dispositivi medici rilevati dai flussi di gennaio-ottobre 2023, con eccezione di AOUI Verona (gennaio-giugno 2023) per problemi legati all'implementazione del SIO. Sono stati considerati tre ambiti di utilizzo: spesa per dispositivi medici dell'area ospedaliera, spesa dell'area territoriale con posti letto (strutture di ricovero intermedie e centri di servizio per anziani) e spesa area distrettuale. Negli ambiti ospedaliero e territoriale con posti letto sono stati applicati i costi standard, nell'ambito distrettuale è stata assegnata la spesa storica, maggiorata da una quota per la spesa prevista in ausili per l'incontinenza, in seguito all'aggiudicazione della gara regionale (deliberazione 872 del 28/12/2022).

Nel calcolo dei costi standard:

- per la parte ospedaliera è stato utilizzato il costo medio in dispositivi medici per punto DRG chirurgico e medico. Il limite di costo è stato assegnato in base al volume di attività di gennaio-ottobre 2023.
- per le strutture di ricovero intermedie e i centri di servizio è stato calcolato il costo medio per posto letto pesato per tipologia di struttura residenziale, utilizzando i dati forniti dalla Direzione Servizi Sociali.

Sono state considerate le quote degli acquisti per conto di altri comunicate dalle aziende sanitarie.

Per quanto riguarda gli IVD (conto Economico B.1.A.3.3 – "Dispositivi medico diagnostici in vitro"), il limite di costo per l'anno 2024 è stato determinato tenendo conto della previsione di spesa 2023, costruita sulla base dei consumi rilevati ad ottobre 2023. Inoltre, per le Aziende ULSS si è tenuto conto della spesa per l'acquisto di materiale IVD Covid-19 ripartita sulla base della popolazione ISTAT del Veneto nell'anno 2023, mentre per le Aziende Ospedaliere e l'IRCCS IOV la medesima previsione di spesa è stata ripartita sul numero di pazienti dimessi nel periodo gennaio – settembre 2023.

Si precisa che gli incrementi riconosciuti a seguito di indicazioni provenienti dalle Aziende Sanitarie di trasferimenti dal conto service o da altri conti verso i conti dei IVD saranno soggetti a verifica della corrispondente riduzione nel conto service o in altri conti.

Sono state considerate le quote degli acquisti per conto di altri comunicate dalle aziende sanitarie.

3. *Assistenza protesica*

Si dispone di assegnare per l'anno 2024 un costo pro capite medio pesato pari a € 10,00 che comprende, oltre agli ausili protesici, i dispositivi extra-nomenclatore, i cespiti e i servizi accessori (sanificazioni, manutenzioni, etc.).

Tale valore è stato calcolato considerando l'andamento dei consumi gennaio-luglio 2023 dell'assistenza protesica inseriti nel cruscotto regionale da parte delle Aziende ULSS, considerando un incremento previsionale della spesa degli ausili inseriti nell'Allegato 5 - Elenco 1 DPCM LEA 12.01.2017 a seguito dell'aggiornamento delle tariffe dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) in vigore dal 1° aprile 2024 (Decreto del Ministro della Salute del 23 giugno 2023).

La pesatura della popolazione è stata effettuata utilizzando la metodologia di ponderazione impiegata a livello ministeriale in sede di riparto del FSN, a partire da quella residente ISTAT al 01.01.2023.

4. *Assistenza integrativa (AIR)*

Si dispone di assegnare per l'anno 2024 un costo pro capite pari a € 13,10 che comprende oltre ai dispositivi per l'automonitoraggio e l'auto-gestione a favore dei soggetti diabetici (incluso FGM2), insufficienza renale cronica, le malattie metaboliche congenite, anche i dispositivi medici monouso di cui al nomenclatore allegato 2 del DPCM del 12.01.2017 e i preparati addensanti a favore delle persone con grave disfagia affette da malattie neurodegenerative. Tale pro capite, calcolato tenendo conto dei consumi storici, non comprende i prodotti dispensati a favore di soggetti con celiachia, la cui spesa sarà oggetto di monitoraggio informativo da parte di Azienda Zero. La pesatura della popolazione è stata effettuata utilizzando la metodologia di ponderazione impiegata a livello ministeriale in sede di riparto del FSN, a partire da quella residente ISTAT al 01.01.2023.

Nota integrativa alla metodologia di calcolo

Aree di risparmio considerate nella definizione dei limiti di costo - Anno 2024

La presente nota integrativa riporta le aree di risparmio e l'entità dei risparmi stimati nella definizione dei limiti di costo sull'acquisto dei beni sanitari per l'anno 2024, così come già precedentemente comunicati con nota della Direzione Farmaceutico Protesica Dispositivi medici, prot. n. 95347 del 23.02.2024.

Nella scelta e costruzione dei fattori di risparmio sono state scelte le molecole che registrano un fatturato regionale ≥ 500.000 € nel periodo analizzato (gen agosto 2023).

Nel caso di molecole già attenzionate nelle aree di risparmio dell'anno precedente, è stato fissato come benchmark da raggiungere $> 90\%$.

Nel caso di molecole non attenzionate nelle aree di risparmio dell'anno precedente, ma con gara regionale già aggiudicata, è stato fissato come benchmark da raggiungere $>$ del 90% .

Non sono state considerate nel presente documento le molecole a brevetto scaduto le cui specialità equivalenti non risultano essere in commercio entro la data del 31/10/2023.

TABELLA n. 1 AREE DI RISPARMIO CONSIDERATE- SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

N.	Aree di risparmio	Valore regionale 2023 (gen-agosto) delle formulazioni a minor costo	Target stimato delle formulazioni a minor costo	Modalità di calcolo	Risparmio potenziale €
1.1	Consumi di colecalciferolo nella formulazione a minor costo sul totale	62,4%	78,0%	Numeratore: consumi (DDD) confezionamento a minor costo (flacone multidose e cpr/cps) Denominatore: consumi (DDD) Colecalciferolo (C A11CC05)	-1.383.439
1.2	Consumi di levotiroxina sodica nella formulazione a minor costo sul totale	75,9%	82,7%	Numeratore: consumi (DDD) di levotiroxina sodica nella formulazione a minor costo (cpr) Denominatore: consumi (DDD) di levotiroxina sodica (ATC H03AA01)	-1.188.017
1.3	Consumi di omega-3-trigliceridi inclusi altri esteri e acidi nella formulazione a minor costo sul totale	2,9%	90,0%	Numeratore: consumi (unità posologiche) confezionamento a minor costo (confezionamento da 30 UP) Denominatore: consumi (unità posologiche) omega-3-trigliceridi inclusi altri esteri e acidi (ATC C10AX06)	-781.363
1.4	Consumi di inibitori di pompa protonica nella formulazione a minor costo sul totale	19,3%	27,8%	Numeratore: consumi di inibitori di pompa (unità posologiche) nella formulazione a minor costo (omeprazolo ATC A02BC01) sul totale Denominatore: consumi (unità posologiche) di omeprazolo, pantoprazolo, lansoprazolo, rabeprazolo, esomeprazolo (ATC A02BC01 A02BC02 A02BC03 A02BC04 A02BC05)	-465.639

Tabella n. 2 AREE DI RISPARMIO CONSIDERATE - SPESA FARMACEUTICA ACQUISTI DIRETTI

	Fattore di risparmio	Valore regionale 2023 (gen-agosto)	Target stimato	Modalità di calcolo	Risparmio potenziale €
2.1	Consumi di sugammadex nella formulazione a minor costo sul totale	0,9%	>90%	Numeratore: consumi (unità posologiche) di sugammadex nella formulazione a minor costo Denominatore: consumi (unità posologiche) di sugammadex (ATC V03AB35)	-4.352.588
2.2	Consumi di abiraterone acetato nella formulazione a minor costo sul totale	65,8%	>90%	Numeratore: consumi (unità posologiche) di abiraterone acetato nella formulazione a minor costo Denominatore: consumi (unità posologiche) di abiraterone acetato (ATC L02BX03)	-1.696.161
2.3	Consumi anti-TNFalfa nella formulazione a minor costo sul totale (5 molecole)	82,6%	>90%	Numeratore: consumi (unità posologiche) di etanercept, infliximab, adalimumab, nella formulazione a minor costo Denominatore: consumi (unità posologiche) di adalimumab, infliximab, etanercept, certolizumab, golimumab (ATC L04AB01, L04AB02, L04AB04, L04AB05, L04AB06)	-4.186.146
2.4	Consumi di teriflunomide nella formulazione a minor costo sul totale	0%	>90%	Numeratore: consumi (unità posologiche) di teriflunomide nella formulazione a minor costo Denominatore: consumi (unità posologiche) di teriflunomide (ATC L04AK02*)	-3.975.456
2.5	Consumi di imatinib nella formulazione a minor costo	75,9%	>90%	Numeratore: consumi (unità posologiche) di imatinib nella formulazione a minor costo Denominatore: consumi (unità posologiche) di imatinib (ATC L01EA01)	-1.766.280
2.6	Consumi di dasatinib monoidrato nella formulazione a minor costo sul totale	20,6%	>90%	Numeratore: consumi (unità posologiche) di dasatinib nella formulazione a minor costo Denominatore: consumi (unità posologiche) di dasatinib (ATC L01EA02)	-2.326.754
2.7	Consumi di sitagliptin e sitagliptin/metformina nella formulazione a minor costo sul totale	46,9%	>90%	Numeratore: consumi (unità posologiche) in DPC di sitagliptin e sitagliptin/metformina nella formulazione a minor costo Denominatore: consumi (unità posologiche) di sitagliptin (ATC A10BH01) e sitagliptin/metformina (A10BD07)	-1.170.138
2.8	Consumi di azacitidina nella formulazione a minor costo	58,4%	>90%	Numeratore: consumi (unità posologiche) di azacitidina nella formulazione a minor costo Denominatore: consumi (unità posologiche) di azacitidina (specialità vidaza e azacitidina a minor costo, ATC L01BC07)	-1.458.717
2.9	Consumi di eculizumab nella formulazione a minor costo sul totale	0%	>60%	Numeratore: consumi (unità posologiche) di eculizumab nella formulazione a minor costo Denominatore: consumi (unità posologiche) di eculizumab (ATC L04AJ01*)	-1.744.029

2.10	Consumi di everolimus nella formulazione a minor costo sul totale	32,9%	>90%	Numeratore: consumi (unità posologiche) di everolimus nella formulazione a minor costo Denominatore: consumi (unità posologiche) di everolimus (specialità afnitor e everolimus a minor costo, ATC L01EG02)	-1.311.788
2.11	Consumi di sunitinib malato nella formulazione a minor costo sul totale	71,6%	>90%	Numeratore: consumi (unità posologiche) di sunitinib malato nella formulazione a minor costo Denominatore: consumi (unità posologiche) di sunitinib malato (ATC L01EX01)	-444.745
2.12	Consumi di posaconazolo nella formulazione a minor costo	59,3%	>90%	Numeratore: consumi (unità posologiche) di posaconazolo nella formulazione a minor costo Denominatore: consumi (unità posologiche) di posaconazolo (ATC J02AC04)	-1.075.866
2.13	Consumi di sapropterin nella formulazione a minor costo sul totale	0%	>90%	Numeratore: consumi (unità posologiche) di sapropterin nella formulazione a minor costo Denominatore: consumi (unità posologiche) di sapropterin (ATC A16AX07)	-1.181.024
2.14	Consumi di tolvaptan nella formulazione a minor costo sul totale	19,0%	>90%	Numeratore: consumi (unità posologiche) di tolvaptan nella formulazione a minor costo Denominatore: consumi (unità posologiche) di tolvaptan (ATC C03XA01)	-549.157
2.15	Consumi di trabectedina nella formulazione a minor costo sul totale	12,3%	>90%	Numeratore: consumi (unità posologiche) di trabectedina nella formulazione a minor costo Denominatore: consumi (unità posologiche) di trabectedina (ATC L01CX01)	-323.881
2.16	Consumi di pirfenidone nella formulazione a minor costo sul totale	35,8%	>90%	Numeratore: consumi (unità posologiche) di pirfenidone nella formulazione a minor costo Denominatore: consumi (unità posologiche) di pirfenidone (ATC L04AX05)	-731.185

*Nuovi codici ATC in vigore dal 01.01.2024 (ATC/DDD Index 2024 WHO)

Tabella n. 3 AREE DI RISPARMIO SINTESI

Azienda Sanitaria	Risparmio potenziale €
501. Dolomiti	-651.648
502. Marca Trevigiana	-4.494.034
503. Serenissima	-2.939.934
504. Veneto Orientale	-908.876
505. Polesana	-1.381.058
506. Euganea	-2.128.571
507. Pedemontana	-1.500.724
508. Berica	-2.945.393
509. Scaligera*	-2.757.871
di cui Negrar	-589.987
di cui Pederzoli	-486.333
901. AOU Padova	-4.575.570
912. AOUI Verona	-4.155.511
952. IRCCS IOV	-2.503.048
Totale Regione del Veneto^	-32.112.374

*comprensivo dei privati accreditati Negrar e Pederzoli

^comprensivo dei risparmi della DPC (indicatore 2.7)