



## Regione Umbria

Giunta Regionale

---

### DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 1298      SEDUTA DEL 14/11/2016

**OGGETTO:** Indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del Bilancio di previsione per l'esercizio 2017

		PRESENZE
Marini Catuscia	Presidente della Giunta	Assente
Paparelli Fabio	Vice Presidente della Giunta	Presente
Barberini Luca	Componente della Giunta	Presente
Bartolini Antonio	Componente della Giunta	Presente
Cecchini Fernanda	Componente della Giunta	Presente
Chianella Giuseppe	Componente della Giunta	Assente

---

Presidente: **Fabio Paparelli**

Segretario Verbalizzante: Catia Bertinelli

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

---

L'atto si compone di 18 pagine

Fanno parte integrante dell'atto i seguenti allegati:

**Allegato n**

**Tabella n**

## LA GIUNTA REGIONALE

**Visto** il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto: "Indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del Bilancio di previsione per l'esercizio 2017" e la conseguente proposta dell'Assessore Luca Barberini;

**Preso atto:**

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal Dirigente competente;
- c) del parere favorevole del Direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

**Visto** il D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

**Richiamato** il comma 1 dell'art. 8-quinquies del Decreto Legislativo n. 502/1992 che prevede in capo alle Regioni la definizione dell'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e l'individuazione dei soggetti interessati;

**Richiamato** l'art. 8-sexies del Decreto Legislativo n. 502/1992 che definisce i criteri di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale;

**Richiamato** il comma 1-bis del citato art. 8-sexies il quale prevede che il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato;

**Vista** la Legge n. 662 del 23 dicembre 1996 recante misure di razionalizzazione della finanza pubblica, collegata alla Legge Finanziaria dell'anno 1997;

**Visto** il Decreto Legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, che all'art. 39, comma 1, demanda al CIPE, su proposta del Ministro della Sanità, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, l'assegnazione annuale alle Regioni e alle Province Autonome delle quote del Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale di parte corrente a carico dello Stato, tenuto conto dell'importo complessivo presunto del gettito dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche;

**Vista** la Legge 27 dicembre 1997, n. 449, recante misure per la stabilizzazione della finanza pubblica, nelle parti vigenti inerenti al Servizio Sanitario Nazionale;

**Visto** l'art. 115, comma 1, lett. a), del Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112, il quale dispone che il riparto delle risorse per il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale avvenga previa intesa in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;

**Visto** l'art. 1, commi 1 e 2, del Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, che reca, tra l'altro, disposizioni per la soppressione dei trasferimenti erariali in favore delle Regioni a statuto ordinario per il finanziamento della spesa sanitaria corrente;

**Visto** il Decreto Legge 18/09/2001, n. 347, convertito, con modificazioni, nella Legge 16/11/2001 n. 405;

**Visto** il Decreto Legislativo n. 68 del 6 maggio 2011, recante "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario", il cui Capo IV è diretto a disciplinare la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario, al fine di assicurare un graduale e definitivo superamento dei criteri di riparto adottati ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della Legge n. 662 del 23 dicembre 1996, come integrati dagli Accordi Stato-Regioni in materia sanitaria;

**Visto** il Decreto Legislativo n. 118 del 23 giugno 2011 e successive modifiche ed integrazioni, recante *“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”* che ha avviato il processo di armonizzazione dei procedimenti contabili previsto in attuazione del federalismo fiscale ed ha definito i principi contabili per il settore sanitario, applicabili a decorrere dall’anno 2012;

**Preso atto che** il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, in data 18 ottobre 2012 ha approvato un Decreto per la determinazione delle tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica e di individuazione dei criteri generali in base ai quali le Regioni adottano il proprio sistema tariffario;

**Richiamate** le Deliberazioni n. 957 del 4.9.2013 e n. 1599 del 30.12.2013 con le quali la Giunta Regionale ha disposto l’applicazione ai ricoveri ospedalieri per acuti del tariffario nazionale di cui al citato D.M. 18.10.2012, con decorrenza dalle dimissioni ospedaliere del 1 settembre 2013;

**Richiamato** il Patto per la Salute 2014-2016 sul quale è stata sancita Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome in data 10 luglio 2014, repertorio n. 82/CSR;

**Preso atto** che il citato Patto per la Salute costituisce l’accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome in merito alla programmazione sanitaria nazionale;

**Richiamata** la L. 190/2014 (Legge di stabilità 2015), commi da 398 a 417 che recepisce le disposizioni del suddetto Patto per la Salute;

**Vista** la L. 208/2015 (Legge di stabilità 2016) che ha previsto, all’art. 1 comma 680, un contributo delle Regioni e Province Autonome al risanamento della finanza pubblica pari ad euro 3.980 milioni per il 2017 e a 5.480 milioni per gli anni 2018 e 2019;

**Richiamata** l’Intesa Stato-Regioni dell’11.02.2016 relativa all’attuazione della Legge di Stabilità 2016 che definisce il contributo alla finanza pubblica da parte delle Regioni e delle Province Autonome e, conseguentemente, ridetermina in 113.063 milioni di euro il fabbisogno del SSN per l’anno 2017;

**Considerato altresì che** il livello di finanziamento viene determinato salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico;

**Richiamata** l’Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni in data 26 febbraio 2015 di attuazione della sopra richiamata Legge 190/2014;

**Richiamata** inoltre la lettera e) secondo cui le Regioni e le Province autonome, con successiva Intesa, individuavano misure di razionalizzazione ed efficientamento della spesa del Servizio Sanitario Nazionale disponendo altresì che le stesse avrebbero potuto conseguire il raggiungimento dell’obiettivo finanziario intervenendo su altre aree della spesa sanitaria, alternative rispetto a quelle individuate assicurando, in ogni caso, le previste economie di spesa;

**Richiamata** l’Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano del 02.07.2015 (repertorio atti n.113/CSR) concernente l’individuazione di misure di razionalizzazione e di efficientamento della spesa del Servizio Sanitario Nazionale;

**Vista** la L. 6 agosto 2015, n. 125 *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali.”;*

**Richiamati**, in particolare, gli artt. 9 e seguenti della suddetta L. 125/2015 in ordine alla razionalizzazione della spesa per beni e servizi, dispositivi medici e farmaci;

**Richiamata** la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1084 del 22.09.2015 recante "Efficientamento della spesa sanitaria - Misure di indirizzo alle Aziende sanitarie regionali circa l'applicazione dell'art. 9 e ss. della L. 6 agosto 2015, n. 125";

**Ritenuto** di confermare anche per l'anno 2017 e, in linea di continuità rispetto a quanto previsto dalla citata DGR, che le Aziende Sanitarie possano comunque conseguire l'obiettivo economico-finanziario di riduzione dei costi adottando misure alternative, purchè assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario;

**Preso atto** del Disegno di Legge di Bilancio dello Stato per l'anno finanziario 2017 e per il triennio 2017-2019;

**Considerato** che per tale DDL l'iter di approvazione è tutt'ora in corso e, pertanto, nelle more, si ritiene opportuno definire la pianificazione sanitaria sulla base della normativa vigente;

**Considerato** che non sono al momento noti i criteri di riparto e, pertanto, lo scenario economico-finanziario e le risorse disponibili a livello regionale risultano a tutt'oggi indeterminati;

**Ravvisata** l'opportunità di avviare la pianificazione sanitaria regionale dell'anno 2017, nonostante il quadro di incertezza finanziaria, stante l'esigenza di fornire alle Direzioni aziendali le indicazioni ed i riferimenti necessari per assicurare il governo delle risorse disponibili;

**Ritenuto** pertanto opportuno e prudentiale pianificare l'attuale attività di programmazione delle Aziende Sanitarie Regionali;

**Considerato che** a fronte di tali finanziamenti, le Regioni sono tenute ad *"assicurare l'equilibrio economico finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza ed appropriatezza"* e che a fronte del livello di finanziamento prospettato per l'anno 2017 il sistema sanitario regionale è impegnato a garantire una situazione di equilibrio di bilancio;

**Costatato che**, in presenza di una situazione di crescita dei bisogni assistenziali dovuta all'attuale crisi economica e alla trasformazione del tessuto sociale, caratterizzato dalla crescita dell'immigrazione, dall'invecchiamento della popolazione, dalla frammentazione dei nuclei familiari, richiede il perseguimento di politiche tese ad assicurare un rafforzamento del sistema di welfare regionale;

**Stabilito che** il mantenimento di un Servizio Sanitario Regionale in grado di rispondere efficacemente ai bisogni della popolazione, di assicurare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e qualitativamente allineato ai migliori standard nazionali ed internazionali costituisce un impegno prioritario a livello regionale, unitamente al sostegno all'innovazione ed all'adeguamento strutturale e tecnologico;

**Tenuto conto** del Decreto Legge n. 174 del 10 ottobre 2012 avente ad oggetto *"Disposizioni urgenti in materia di finanza e funzionamento degli enti territoriali, nonché ulteriori disposizioni in favore delle zone terremotate nel maggio 2012"*, convertito con modificazioni nella Legge n. 213 del 7 dicembre 2012, che rafforza la partecipazione della Corte dei Conti al controllo sulla gestione finanziaria delle Regioni e che, all'articolo 1, comma 3, prevede l'esame da parte delle Sezioni regionali di controllo dei bilanci preventivi e dei rendiconti consuntivi degli Enti che compongono il Servizio Sanitario Nazionale per verificare, in particolare, la sostenibilità dell'indebitamento e l'assenza di irregolarità in grado di pregiudicare gli equilibri economico-finanziari;

**Ravvisata l'opportunità** di impegnare le singole Aziende Sanitarie ed il Sistema Sanitario Regionale nel suo complesso, a porre in essere le azioni necessarie per il contenimento della spesa sanitaria, compatibilmente con la salvaguardia dell'erogazione dei Livelli Essenziali di

Assistenza che costituisce obiettivo inderogabile del Sistema Sanitario Regionale, dando attuazione:

- alle misure di controllo della spesa sanitaria previste dal Decreto Legge n. 78 del 31 maggio 2010, convertito, con modificazioni, nella Legge n. 122 del 30 luglio 2010;
- alle misure di razionalizzazione della spesa sanitaria previste dall'articolo 17 del Decreto Legge n. 98/2011, convertito, con modificazioni, nella Legge n. 111/2011;
- alle misure di razionalizzazione e di riduzione della spesa sanitaria previste dall'articolo 15 del Decreto Legge n. 95/2012, convertito, con modificazioni, nella Legge n. 135/2012;
- alle ulteriori misure previste dalla Legge n. 228/2012 (Legge di Stabilità 2013), con particolare riferimento all'articolo 1, comma 131;
- alle misure di razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria previste dagli articoli 9 e seguenti della Legge n. 125/2015 recante *"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali"*;
- alle misure regionali aggiuntive, compresa la definizione delle azioni per assicurare la sostenibilità delle cure primarie ed il contenimento del costo del personale dipendente;

**Ritenuto** di confermare, anche per la programmazione sanitaria regionale dell'esercizio 2017, il principio inderogabile dell'equilibrio di bilancio, che costituisce obiettivo per il Servizio Sanitario Regionale e vincolo per le singole Aziende Sanitarie, perseguibile attraverso le misure precedentemente richiamate, attraverso le azioni di qualificazione del sistema sanitario che da tempo sono state promosse a livello regionale, quali la riorganizzazione del modello di assistenza ospedaliera per intensità di cura e per intensità assistenziale, il riordino delle cure primarie e la revisione dei modelli organizzativi, nonché attraverso il proseguimento delle azioni di sostenibilità e di razionalizzazione poste in essere a livello aziendale;

**Valutata** l'esigenza di impegnare le Direzioni delle Aziende Sanitarie nel rispetto dell'obiettivo economico-finanziario definito a livello regionale, che dovrà essere perseguito anche attraverso la tempestiva individuazione di specifiche misure aziendali di razionalizzazione e di contenimento della spesa sanitaria;

**Considerato che** per definire il complessivo livello delle risorse a disposizione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017 è necessario che le stesse tengano anche conto della remunerazione delle prestazioni rese in regime di mobilità interregionale, nonché della regolazione della mobilità internazionale prevista ai sensi dell'articolo 1, commi 82 e 83 della citata Legge n. 228/2012 (Legge di Stabilità 2013);

**Ravvisata** l'opportunità di prevedere per ciascuna Azienda Sanitaria che il finanziamento di immobilizzazioni con contributi in conto esercizio possa essere contemplata esclusivamente con la salvaguardia dell'equilibrio economico di gestione;

**Ritenuto** altresì che la verifica dell'andamento della gestione aziendale rispetto all'obiettivo assegnato debba essere ordinariamente effettuata con cadenza trimestrale, salvo eventuali verifiche straordinarie promosse dalla Direzione regionale "Salute, Welfare. Organizzazione e Risorse Umane";

**Preso atto che** nel corso del 2017 la Regione e le Aziende Sanitarie saranno impegnate alla piena realizzazione del Percorso regionale Attuativo della Certificabilità, tenuto conto:

- del Decreto Legislativo n. 118/2011 e successive modifiche ed integrazioni, con particolare riferimento alle disposizioni contabili ed alla definizione degli schemi di bilancio e degli specifici principi di valutazione per il settore sanitario, nonché della relativa Casistica applicativa approvata con il Decreto Ministeriale 17 settembre 2012 e della Casistica applicativa che sarà approvata successivamente;

- del Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, 17 settembre 2012 che prevede l'obbligo della certificabilità dei dati e dei bilanci sanitari, ossia l'applicazione di una regolamentazione in materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo contabili che ponga gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale nella condizione di sottoporsi con esito positivo alle verifiche ed alle revisioni contabili;
- del Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, 1 marzo 2013 sul Percorso Attuativo della Certificabilità, finalizzato al raggiungimento di standard organizzativi, contabili e procedurali omogenei a livello nazionale e propedeutici alla certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende Sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata e del Consolidato regionale;

**Richiamate** le Deliberazioni di Giunta Regionale n. 662 del 24.06.2013, n. 1785 del 29.12.2014 e n. 767 del 29.6.2015 con le quali si è provveduto ad approvare il Percorso regionale Attuativo della Certificabilità, ai sensi del D.M. 1 Marzo 2013;

**Dato atto che** nel 2017 la Regione e le Aziende Sanitarie sono impegnate ad assicurare la puntuale attuazione del Percorso regionale Attuativo della Certificabilità e la completa realizzazione, nei tempi previsti, delle azioni dettagliate nel cronoprogramma, articolate per aree omogenee e riferite ai dati ed ai bilanci delle Aziende Sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata e del Consolidato regionale;

**Ritenuto** pertanto di vincolare le Aziende Sanitarie a:

- attivare procedure di audit interno su atti amministrativi, con l'obiettivo della crescita della qualità dei dati e delle informazioni del sistema e della definizione di un modello di controllo interno di gruppo;
- implementare ed applicare le procedure amministrativo-contabili;
- procedere ad un progressivo perfezionamento degli strumenti e delle procedure, al fine di garantire l'uniformità ed il miglioramento dei sistemi di rilevazione e controllo;
- garantire sia nei bilanci aziendali che nelle rendicontazioni periodiche trimestrali l'esatta contabilizzazione delle partite infragruppo, assicurando le quadrature contabili indispensabili per il consolidamento regionale che deve rappresentare correttamente la situazione economico-finanziaria e patrimoniale del SSR;

**Vista** la Legge Regionale 9 aprile 2015, n. 11 "Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali" e s.m.i,

**Viste:**

- la propria deliberazione n. 1585 del 16.12.2011 di approvazione degli indirizzi strategici per la predisposizione di uno studio di fattibilità per la gestione unitaria del sistema assicurativo ed amministrativo dei sinistri e del contenzioso delle Aziende Sanitarie Regionali;
- la propria deliberazione n. 1775 del 27.12.2012 relativa allo studio di fattibilità per la gestione unitaria del sistema assicurativo ed amministrativo dei sinistri e del contenzioso delle Aziende Sanitarie Regionali;
- la Legge Regionale n. 8 del 9.4.2013 recante: 'Disposizioni collegate alla manovra di bilancio 2013 in materia di entrate e di spese – Modificazioni ed integrazioni di leggi regionali che al Capo II reca *'Disposizioni in materia di autoassicurazione in ambito sanitario'*;
- la propria deliberazione n. 438 del 13.05.2013 che ha adottato le prime misure di indirizzo relative alla modalità di erogazione e rendicontazione per l'avvio del fondo di autorizzazione regionale per la gestione del nuovo sistema di copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio Sanitario Regionale;
- la propria deliberazione n. 1108 del 11.10.2013 con la quale viene conferito all'Azienda Ospedaliera di Perugia il mandato a procedere all'individuazione del contraente, nel



rispetto della normativa vigente in materia di contratti pubblici, per l'assicurazione catastrofale;

- la Nota del 25.10.2013, prot. n. 27412, con la quale l'Azienda Ospedaliera di Perugia notifica l'affidamento del servizio assicurativo responsabilità civile verso terzi e verso prestatori di lavoro ricadenti nella fascia assicurativa oltre euro 800.001,00;
- la Legge Regionale 11 aprile 2016, n. 5 recante: *"Disposizioni collegate alla manovra di bilancio 2016 – Modificazioni e integrazioni di leggi regionali (Collegato 2016)"* di modificazione alla Legge Regionale 9 aprile 2013, n. 8, la quale ha stabilito che il sistema di gestione dei rischi di responsabilità civile sanitaria delle aziende sanitarie regionali, in regime di autoritenzione dei rischi e gestione assicurativa è previsto in via sperimentale per un massimo di sette esercizi finanziari con decorrenza dall'esercizio finanziario anno 2013;

**Considerato che** per il finanziamento degli oneri derivanti dall'intervento sopra descritto in materia di autoritenzione dei rischi è prevista la costituzione di uno specifico fondo regionale mediante accantonamento di apposita quota a valere sulle risorse finanziarie di parte corrente annualmente destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale;

**Visto** il Decreto Legislativo n. 192 del 9 novembre 2012 avente ad oggetto "Modifiche al Decreto Legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, per l'integrale recepimento della Direttiva 2011/7/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'articolo 10, comma 1, della Legge 11 novembre 2011, n. 180";

**Visto** il DL n. 66 del 24 aprile 2014 convertito con modificazioni dalla L. 23 giugno 2014, n. 89, che prevede all'art 41, a decorrere dall'esercizio 2014, l'obbligo di allegare alle relazioni ai bilanci consuntivi o di esercizio delle pubbliche amministrazioni, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, un prospetto attestante l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti di cui all'articolo 33 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 che a decorrere dall'anno 2015, deve esser pubblicato con cadenza trimestrale;

**Visto** l'art. 27 del medesimo DL n. 66/2014 in ordine all'obbligo per le amministrazioni pubbliche di comunicare le informazioni inerenti alla ricezione ed alla rilevazione sui propri sistemi contabili delle fatture o richieste equivalenti di pagamento relativi a debiti per somministrazioni, forniture e appalti e obbligazioni relative a prestazioni professionali sulla Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC);

**Visto** in Decreto Legge n. 95/2012, convertito con modificazioni in Legge n. 135/2012, recante: *'Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini'*;

**Visto** l'art. 5, comma 8, della Legge n. 135/2012 che prevede il divieto di corresponsione di trattamenti economici sostitutivi della mancata fruizione delle ferie da parte del personale dipendente;

**Richiamato** l'art. 5, comma 5, del Decreto Legge n. 159/2007 convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 222/2007, in ordine ai tetti della spesa farmaceutica;

**Considerato** che l'indeterminatezza dello scenario relativo alla determinazione dei tetti della spesa farmaceutica rende opportuno, nelle more dell'approvazione della Legge di Bilancio 2017, confermare i tetti della spesa farmaceutica (ospedaliera e territoriale) dell'anno in corso di cui alla DGR n. 1132 del 3.10.2016;

**Visto** l'art. 15, comma 13 lettere a), b), d), d) bis, e) della Legge n. 135/2012 che prevede misure di razionalizzazione al fine di conseguire una riduzione della spesa per acquisto di beni e servizi;

**Visto** l'art. 15, comma 13, della Legge n. 135/2012 il quale prevede che il tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici, di cui all'articolo 17, comma 2, del decreto-legge 6 luglio

2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, e' rideterminato, a decorrere dal 2014, al valore del 4,4 per cento;

**Richiamato** altresì l'art. 15, comma 14, della Legge n. 135/2012 che prevede l'applicazione ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera di una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi di acquisto in misura percentuale fissa tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, del 2% a decorrere dall'anno 2014;

**Visto** l'art. 15, comma 21, della Legge n. 135/2012 come da ultimo modificato dall'art. 1 comma 584 della Legge 190/2014 che per gli anni dal 2013 al 2020 conferma il limite già previsto dall'art. 1, commi 71 e 72, della Legge n. 191/2009 e prevede la riduzione della spesa del personale dell'1,4% rispetto al corrispondente ammontare dell'anno 2004;

**Richiamati** gli altri vincoli di spesa del personale dipendente e convenzionato previsti dalla normativa vigente;

**Richiamato** il DM n. 70 del 2 aprile 2015 recante "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*" con riferimento all'efficientamento della spesa del personale a seguito dell'applicazione dello standard di strutture semplici e complesse;

**Richiamata** la DGR n. 1777 del 27.12.2012 recante direttive vincolanti per l'applicazione del sopra richiamato art. 12 del citato Patto per la Salute;

**Richiamato** l'art. 22 del Patto per la Salute 2014-2016 in materia di contenimento delle spese di personale;

**Richiamata** la DGR n. 1827 del 29.12.2014 recante "*Pre-adozione del Regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 5 Agosto 2014*";

**Richiamata** la DGR n. 829 del 06.07.2015 recante: "*Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70. Determinazioni*";

**Considerato** che con la citata Deliberazione n. 829/2015 la Giunta Regionale ha stabilito, tra l'altro, di "*dare atto che a far data dal 1 luglio 2015, le Aziende Unità Sanitarie locali - nelle more dell'Intesa da raggiungere in Conferenza Stato-Regioni con la quale saranno individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche con relative soglie di accreditabilità e sottoscrivibilità dei contratti - hanno facoltà di stipulare con la Casa di Cura Villa Aurora Spa contratti per la sola specialità di ortopedia, nei limiti di quanto stabilito nelle linee guida per la stipula degli accordi contrattuali per le strutture che intrattengono rapporti con il SSR*";

**Richiamato** l'Allegato 1 del suddetto DM n. 70/2015 che prevede: "*Dal 1 gennaio 2017 non possono essere sottoscritti contratti con le strutture accreditate con posti letto ricompresi tra 40 e 60 posti letto per acuti che non siano state interessate dalle aggregazioni. Con specifica Intesa in Conferenza Stato-Regioni, da sottoscrivere entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, ivi ricomprendendo le relative soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti, nonché sono definite le attività affini e complementari relativi all'assistenza sanitaria ospedaliera per acuti*";

**Preso atto** che a tutt'oggi non risulta approvata l'Intesa di cui sopra, con la quale dovevano essere individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari e, pertanto, la programmazione, avviata in questa fase, tiene conto dell'attuale configurazione, nelle more della determinazione di un quadro più definito;



**Richiamate** le linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende U.S.L. e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016, adottate con DGR n. 1132 del 3.10.2016;

**Preso** atto che, per il pieno accesso alle risorse finanziarie programmate, restano confermati, per l'anno 2017, tutti gli adempimenti posti in capo alle Regioni previsti dalla vigente legislazione nonché dal Patto per la Salute in vigore, compreso l'obbligo di garantire l'equilibrio del Servizio Sanitario Regionale, sia in sede previsionale che in corso d'anno;

**Considerato** che a tale proposito, ai sensi dell'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23.3.2005 i Direttori generali delle aziende sanitarie sono tenuti a presentare alla Regione, al Ministero dell'economia e delle finanze, al Ministero della salute, ogni tre mesi, una certificazione di accompagnamento del Conto Economico Trimestrale, in ordine al rispetto dell'equilibrio economico-finanziario aziendale;

**Richiamati** gli adempimenti previsti dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, in particolare in tema di contabilità analitica, ovvero l'impegno ad adottare una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati in ciascuna azienda;

**Richiamata** la Legge 28 dicembre 2015, n. 208, (Legge di Stabilità 2016) che all'art.1, commi da 521 a 547, detta disposizioni per la disciplina delle procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e nel rispetto della garanzia dei livelli essenziali di assistenza;

**Richiamato** il comma 535 della citata Legge 208/2015 ai sensi del quale, a decorrere dal 2017, le disposizioni di cui ai commi da 521 a 547, si applicano anche alle aziende sanitarie locali e ai relativi presidi a gestione diretta, ovvero ad altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, individuati da Leggi regionali, che presentano un significativo scostamento tra costi e ricavi ovvero il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure;

**Visto** il Decreto del Ministero della Salute 21 giugno 2016 – pubblicato nella G.U. n. 164 del 15/07/2016 – recante: “Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della Legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici”;

**Ritenuto** che sia le Aziende Ospedaliere che le Aziende Sanitarie locali, con riferimento ai presidi a gestione diretta, siano tenute per l'anno 2017 a garantire che non si presenti lo scostamento costi-ricavi che impone, ai sensi delle citate norme, il Piano di rientro e che venga assicurato il rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure;

**Considerato che** risulta necessario il contenimento della mobilità passiva extra-regionale, con particolare indirizzo alle prestazioni per le quali si registra un più elevato “indice di fuga” verso strutture extra-regionali, avendo a riferimento i parametri relativi a volumi ed esiti delle cure di cui al DM 70/2015;

**Ritenuto pertanto opportuno** potenziare il volume finanziario massimo degli acquisti di prestazioni erogate dalle Case di Cura private a favore di cittadini residenti, procedendo alla corrispondente riduzione dei relativi tetti di mobilità extra-regionale;

**Richiamato** lo schema tecnico relativo all'Accordo Interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria approvato dalla Commissione Salute in data 9.11.2016;

**Tenuto conto** dei DRG di alta complessità individuati dall'Accordo soprarichiamato;

**Ritenuto** di formulare linee di indirizzo vincolanti per le Aziende Sanitarie, anche al fine della predisposizione dei bilanci di previsione per l'esercizio 2017;

**Valutata** l'esigenza di impegnare le direzioni delle Aziende Sanitarie regionali alla predisposizione degli strumenti di programmazione economico-finanziaria per l'anno 2017, nel rispetto delle linee di indirizzo definite dal presente atto;

**Richiamata** la L.r. n. 3/2010 ad oggetto: "Disciplina regionale dei lavori pubblici e norme in materia di regolarità contributiva per i lavori pubblici";

**Visto** il D.Lgs. n. 50/2016 recante: "Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture";

**Vista** la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

**Visto** il Regolamento interno di questa Giunta;

**A voti** unanimi espressi nei modi di legge,

### **DELIBERA**

*per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione*

- 1) di destinare al finanziamento delle Aziende Sanitarie della Regione Umbria, per l'anno 2017, le **risorse** rappresentate nell'allegata Tabella n. 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 2) di autorizzare le Aziende Sanitarie ad iscrivere nel Conto Economico del Bilancio di previsione 2017, all'aggregato "Valore della Produzione" – Conto A.1.a) "Contributi c/esercizio – da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale", gli importi riportati nella sopra citata Tabella n. 1;
- 3) di individuare e richiamare per l'anno 2017, quali ulteriori strumenti utili sia alla programmazione aziendale che alla predisposizione dei bilanci, i seguenti primi indirizzi e vincoli, in attesa di perfezionare linee definitive per il riparto dei fondi non appena verrà determinato lo scenario nazionale di riferimento:
  - a. per gli accordi di **mobilità intra-regionale**, vengono fissati i tetti riportati nell'allegata Tabella n. 2 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
  - b. per i **volumi finanziari massimi delle strutture private**, vengono fissati i tetti riportati nell'allegata Tabella n. 3 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Tali volumi hanno l'obiettivo di ridurre la mobilità passiva extra-regionale con particolare riferimento ai DRG chirurgici di alta complessità ortopedica, coerentemente con quanto approvato dalla Commissione Salute in data 9.11.2016;
  - c. di demandare alla Direzione regionale "Salute, Welfare. Organizzazione e Risorse umane" l'emanazione di linee guida in conformità all'Accordo Interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria approvato dalla Commissione Salute volte a favorire il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente atto e l'aumento dell'appropriatezza dei ricoveri;
  - d. per la **spesa farmaceutica** (ospedaliera e territoriale), nelle more dell'approvazione della Legge di Bilancio dello Stato per l'esercizio finanziario 2017, vengono confermati i limiti di spesa dell'anno in corso di cui alla DGR n. 1132/2016;

- e. per i **costi del personale dipendente e convenzionato** si richiamano le vigenti disposizioni e le previste limitazioni alla crescita dei trattamenti economici;
  - f. per la spesa relativa ai **dispositivi medici** si richiamano le disposizioni e i tetti previsti dalla normativa nazionale vigente;
  - g. per il rimborso dei farmaci erogati direttamente da parte delle Aziende Ospedaliere e fuori dai tetti di Global Budget (c.d. '**File F' extra Global Budget**) a carico dell'Azienda di residenza del paziente, si richiama quanto previsto con DGR n. 1132/2016;
  - h. per la **spesa relativa all'acquisto di beni e servizi** si rinvia alle disposizioni previste dalla normativa vigente e a quanto riportato nel documento Allegato n. 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
  - i. per i **costi di produzione** viene richiamato il limite previsto dalla normativa vigente, essendo soggetti, al netto dei costi del personale, al vincolo di crescita del 2% annuo rispetto ai dati di consuntivo dell'anno 2004. L'Azienda potrà comunque ritenersi adempiente, rispetto a tale obiettivo di spesa, qualora abbia assicurato l'equilibrio economico di bilancio;
- 4) di stabilire che l'equilibrio economico-finanziario costituisca obiettivo per il Sistema Sanitario Regionale e vincolo per le singole Aziende Sanitarie per le quali, ai sensi dell'art. 52, comma 4, lettera d) della Legge n. 289/2002, il mancato raggiungimento costituisce causa di decadenza automatica dell'incarico di Direttore Generale;
  - 5) di definire che la verifica dell'andamento della gestione aziendale, rispetto all'obiettivo economico finanziario assegnato, debba essere ordinariamente effettuata con cadenza trimestrale, salvo eventuali verifiche straordinarie promosse dalla Direzione regionale "Salute, Welfare. Organizzazione e Risorse umane";
  - 6) di impegnare le Direzioni aziendali al rispetto dell'equilibrio economico-finanziario sia in fase di rendicontazione trimestrale che in sede di consuntivo;
  - 7) di limitare la possibilità per ciascuna Azienda di effettuare investimenti con contributi in conto esercizio esclusivamente al caso in cui venga garantita la salvaguardia dell'equilibrio economico di gestione;
  - 8) di disporre che le Aziende Sanitarie procedano alla redazione del Piano Investimenti secondo quanto previsto dalla DGR n. 1383/2014, individuando, quali obiettivi che il Piano deve perseguire, le seguenti priorità:
    - Prosieguo dell'opera di messa a norma delle strutture ospedaliere e territoriali;
    - Completamento delle opere iniziate o in corso di realizzazione;
 precisando, con riferimento al primo punto, che si debba intervenire in ordine alla sicurezza delle strutture, con particolare riferimento agli interventi di adeguamento alla normativa antincendio e di riduzione della vulnerabilità sismica, coordinando, per quanto possibile, gli interventi tra loro;
  - 9) di notificare il presente atto alle Aziende Sanitarie ed ai rispettivi Collegi Sindacali.

## DOCUMENTO ISTRUTTORIO

### **Oggetto: Indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del Bilancio di previsione per l'esercizio 2017**

Il livello del finanziamento per l'anno 2017 risulta individuato dall'Intesa Stato-Regioni dell'11.02.2016, relativa all'attuazione della Legge di Stabilità 2016, che ha definito il contributo alla finanza pubblica da parte delle Regioni e delle Province Autonome e rideterminato in 113.063 milioni di euro il fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale per il 2017.

Il suddetto livello di finanziamento è stato determinato salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico.

In attesa delle conclusioni dell'iter di approvazione del Disegno di Legge di Bilancio dello Stato per l'anno finanziario 2017 e per il triennio 2017-2019, si ritiene di avviare una programmazione per l'anno 2017 in via prudenziale, avuto a riferimento l'andamento 2016.

Il quadro finanziario delle risorse del SSR risulta infatti al momento incerto, considerato che non risultano ancora noti i criteri di riparto; appare tuttavia necessario avviare la pianificazione sanitaria regionale dell'anno 2017, stante l'esigenza di fornire alle Direzioni aziendali le indicazioni ed i riferimenti necessari per assicurare il governo delle risorse disponibili.

Si ritiene pertanto opportuno pianificare l'attuale attività di programmazione prevedendo per le Aziende Sanitarie Regionali un prudenziale livello di finanziamento, sulla base dell'andamento dell'anno in corso. Come in passato, qualora l'Intesa sul riparto dovesse far emergere risultati diversi rispetto alle ipotesi attualmente rappresentate, l'eventuale differenza verrà tenuta in considerazione in occasione del successivo provvedimento di assegnazione.

Ciò premesso, in ordine alle risorse del fabbisogno sanitario nazionale, si ritiene opportuno individuare indirizzi per la programmazione economico-finanziaria, con l'obiettivo di favorire l'adozione da parte delle Aziende Sanitarie dei bilanci preventivi economici nei tempi previsti dal Decreto Legislativo n. 118/2011 e con la finalità di esercitare adeguati livelli di governance economico-finanziaria.

Quanto sopra, in linea di continuità con quanto già disposto per l'anno 2016, appare quindi necessario, anche per l'esercizio 2017, individuare e richiamare, preliminarmente, i principali vincoli e misure che le Aziende dovranno attuare a supporto degli obiettivi di contenimento e razionalizzazione della spesa.

- ✓ L'art. 5, comma 5, del Decreto Legge n. 159/2007 convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 222/2007, in ordine ai tetti della spesa farmaceutica.
- ✓ L'art. 12 del Patto per la Salute 2010-2012 che prevede la riduzione del numero delle strutture complesse e semplici, nonché delle posizioni organizzative e dei coordinamenti con conseguente rideterminazione dei fondi della contrattazione integrativa; a tal fine si richiama quanto stabilito con D.G.R. n. 1777/2012 e con D.G.R. n. 1084/2015.

- ✓ L'art. 22 del Patto per la Salute 2014-2016 in materia di contenimento delle spese di personale.
- ✓ L'art. 5, comma 8, della Legge n. 135/2012 che prevede il divieto di corresponsione di trattamenti economici sostitutivi della mancata fruizione delle ferie da parte del personale dipendente.
- ✓ L'art. 15 della Legge n. 135/2012 che prevede Disposizioni urgenti per l'equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica;
- ✓ L'art. 15, comma 13, lettere a), b), d), d)-bis ed e) della Legge n. 135/2012, come modificato dalla Legge di Stabilità 2013, che prevede misure di razionalizzazione al fine di conseguire una riduzione della spesa per acquisto di beni e servizi.
- ✓ L'art. 15, comma 13, della Legge n. 135/2012 il quale prevede che il tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici, di cui all'articolo 17, comma 2, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, e' rideterminato, a decorrere dal 2014, al valore del 4,4 per cento.
- ✓ L'art. 15, comma 14, della Legge n. 135/2012 che prevede l'applicazione ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera di una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi di acquisto in misura percentuale fissa tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, del 2% a decorrere dall'anno 2014.
- ✓ L'art. 15, comma 21, della stessa Legge n. 135/2012, come da ultimo modificato dall'art. 1 comma 584 della Legge 190/2014 che per gli anni dal 2013 al 2020 conferma il limite già contemplato dall'art. 1, commi 71 e 72, della Legge n. 191/2009 (Legge Finanziaria 2010) di riduzione della spesa del personale dell'1,4% rispetto al corrispondente ammontare dell'anno 2004.
- ✓ La Legge 6 agosto 2015, n. 125 *"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali."* (artt. 9 e seguenti) e la Deliberazione di G.R. n. 1084 del 22.09.2015 recante *"Efficientamento della spesa sanitaria - Misure di indirizzo alle Aziende sanitarie regionali circa l'applicazione dell'art. 9 e ss. della L. 6 agosto 2015, n. 125.*

Si precisa inoltre che per il pieno accesso alle risorse finanziarie del fabbisogno, restano confermati, per l'anno 2017, tutti gli adempimenti posti in capo alle Regioni previsti dalla vigente legislazione nonché dal Patto per la Salute in vigore, compreso l'obbligo di garantire l'equilibrio del Servizio Sanitario Regionale, sia in sede previsionale che in corso d'anno.

Si ritiene infatti che l'equilibrio economico-finanziario debba costituire obiettivo per il Servizio Sanitario Regionale e vincolo per le singole Aziende Sanitarie per le quali, ai sensi dell'articolo 52, comma 4, lettera d) della Legge n. 289/2002, il mancato raggiungimento costituisce causa di decadenza automatica dell'incarico di Direttore Generale.

Pertanto, risulta necessario limitare la possibilità di ciascuna Azienda Sanitaria di effettuare investimenti con contributi in conto esercizio esclusivamente al caso in cui venga garantita la salvaguardia dell'equilibrio economico di gestione.

Si richiamano inoltre gli adempimenti previsti dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005; in particolare, in tema in contabilità analitica, l'impegno ad adottare una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati in ciascuna azienda.

Si richiama altresì il Decreto Legislativo 9 novembre 2012 n. 192 che recepisce la direttiva n. 2011/7/UE del 16 febbraio 2011 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 267 del 15 novembre 2012) in ordine alla disciplina relativa ai tempi di pagamento; si reputa inoltre necessario che le Aziende Sanitarie pongano in essere ogni utile iniziativa atta al rispetto del DL 66/2014 convertito, con modificazioni, nella Legge 23.06.2014 n. 89.

Si richiama la Legge 28 dicembre 2015, n. 208, (Legge di Stabilità 2016) che all'art.1, commi da 521 a 547, detta disposizioni per la disciplina delle procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e nel rispetto della garanzia dei livelli essenziali di assistenza; in particolare si richiama il comma 535 ai sensi del quale, a decorrere dal 2017, le disposizioni di cui ai commi da 521 a 547, si applicano alle aziende sanitarie locali e ai relativi presidi a gestione diretta, ovvero ad altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, individuati da Leggi regionali, che presentano un significativo scostamento tra costi e ricavi ovvero il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure. A tale riguardo si sottolinea che le Aziende Sanitarie locali sono tenute, a decorrere dal 2017, a garantire che i presidi a gestione diretta non presentino lo scostamento tra costi e ricavi indicato dalle citate norme e garantiscano il rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

Si richiama altresì, come già specificato nelle linee guida per la stipula degli accordi contrattuali per l'anno 2016, adottate con DGR n. 1132 del 3.10.2016, la necessità di contenimento della mobilità passiva extra-regionale, con riferimento soprattutto alle prestazioni per le quali si registra un più elevato "indice di fuga" verso strutture extra-regionali, avendo a riferimento i parametri relativi a volumi ed esiti delle cure di cui al DM 70/2015.

In particolare, nella programmazione dell'anno 2017 si ritiene opportuno potenziare il volume finanziario massimo degli acquisti di prestazioni erogate dalle Case di Cura private a favore di cittadini residenti, procedendo alla corrispondente riduzione dei relativi tetti extra-regionali; tale spostamento di budget (da extra-regionale ad intra-regionale) introdotto per le Case di Cura private è volto a favorire l'erogazione di prestazioni in favore di cittadini residenti, con particolare riferimento ai DRG chirurgici di alta complessità ortopedica per i quali si è registrato un maggiore "indice di fuga" con l'obiettivo di riduzione della mobilità passiva extra-regionale.

A tale proposito si richiama l'Accordo Interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria approvato dalla Commissione Salute in data 9.11.2016 con riferimento, in particolare, all'individuazione dei DRG di alta complessità.

Si richiama infine quanto già espresso con DGR n. 1383/2014 in ordine agli obiettivi da perseguire nella definizione del Piano degli Investimenti, prevedendo quali priorità il prosieguo della messa a norma delle strutture ospedaliere e territoriali (con particolare riferimento agli interventi di adeguamento alla normativa antincendio e di riduzione della vulnerabilità sismica) ed il completamento delle opere iniziate o in corso di realizzazione.



Tutto ciò premesso si propone alla Giunta Regionale:

- 2) di destinare al finanziamento delle Aziende Sanitarie della Regione Umbria, per l'anno 2017, le **risorse** rappresentate nell'allegata Tabella n. 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 4) di autorizzare le Aziende Sanitarie ad iscrivere nel Conto Economico del Bilancio di previsione 2017, all'aggregato "Valore della Produzione" – Conto A.1.a) "Contributi c/esercizio – da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale", gli importi riportati nella sopra citata Tabella n. 1;
- 5) di individuare e richiamare per l'anno 2017, quali ulteriori strumenti utili sia alla programmazione aziendale che alla predisposizione dei bilanci, i seguenti primi indirizzi e vincoli, in attesa di perfezionare linee definitive per il riparto dei fondi non appena verrà determinato lo scenario nazionale di riferimento:
  - e. per gli accordi di **mobilità intra-regionale**, vengono fissati i tetti riportati nell'allegata Tabella n. 2 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
  - f. per i **volumi finanziari massimi delle strutture private**, vengono fissati i tetti riportati nell'allegata Tabella n. 3 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Tali volumi hanno l'obiettivo di ridurre la mobilità passiva extra-regionale con particolare riferimento ai DRG chirurgici di alta complessità ortopedica, coerentemente con quanto approvato dalla Commissione Salute in data 9.11.2016;
  - g. di demandare alla Direzione regionale "Salute, Welfare. Organizzazione e Risorse umane" l'emanazione di linee guida in conformità all'Accordo Interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria approvato dalla Commissione Salute volte a favorire il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente atto e l'aumento dell'appropriatezza dei ricoveri;
  - h. per la **spesa farmaceutica** (ospedaliera e territoriale), nelle more dell'approvazione della Legge di Bilancio dello Stato per l'esercizio finanziario 2017, vengono confermati i limiti di spesa dell'anno in corso di cui alla DGR n. 1132/2016;
  - j. per i **costi del personale dipendente e convenzionato** si richiamano le vigenti disposizioni e le previste limitazioni alla crescita dei trattamenti economici;
  - k. per la spesa relativa ai **dispositivi medici** si richiamano le disposizioni e i tetti previsti dalla normativa nazionale vigente;
  - l. per il rimborso dei farmaci erogati direttamente da parte delle Aziende Ospedaliere e fuori dai tetti di Global Budget (c.d. '**File F' extra Global Budget**) a carico dell'Azienda di residenza del paziente, si richiama quanto previsto con DGR n. 1132/2016;
  - m. per la **spesa relativa all'acquisto di beni e servizi** si rinvia alle disposizioni previste dalla normativa vigente e a quanto riportato nel documento Allegato n. 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
  - n. per i **costi di produzione** viene richiamato il limite previsto dalla normativa vigente, essendo soggetti, al netto dei costi del personale, al vincolo di crescita del 2% annuo rispetto ai dati di consuntivo dell'anno 2004. L'Azienda potrà comunque ritenersi adempiente, rispetto a tale obiettivo di spesa, qualora abbia assicurato l'equilibrio economico di bilancio;

- 10) di stabilire che l'equilibrio economico-finanziario costituisca obiettivo per il Sistema Sanitario Regionale e vincolo per le singole Aziende Sanitarie per le quali, ai sensi dell'art. 52, comma 4, lettera d) della Legge n. 289/2002, il mancato raggiungimento costituisce causa di decadenza automatica dell'incarico di Direttore Generale;
  - 11) di definire che la verifica dell'andamento della gestione aziendale, rispetto all'obiettivo economico finanziario assegnato, debba essere ordinariamente effettuata con cadenza trimestrale, salvo eventuali verifiche straordinarie promosse dalla Direzione regionale "Salute, Welfare. Organizzazione e Risorse umane";
  - 12) di impegnare le Direzioni aziendali al rispetto dell'equilibrio economico-finanziario sia in fase di rendicontazione trimestrale che in sede di consuntivo;
  - 13) di limitare la possibilità per ciascuna Azienda di effettuare investimenti con contributi in conto esercizio esclusivamente al caso in cui venga garantita la salvaguardia dell'equilibrio economico di gestione;
  - 14) di disporre che le Aziende Sanitarie procedano alla redazione del Piano Investimenti secondo quanto previsto dalla DGR n. 1383/2014, individuando, quali obiettivi che il Piano deve perseguire, le seguenti priorità:
    - Prosieguo dell'opera di messa a norma delle strutture ospedaliere e territoriali;
    - Completamento delle opere iniziate o in corso di realizzazione;precisando, con riferimento al primo punto, che si debba intervenire in ordine alla sicurezza delle strutture, con particolare riferimento agli interventi di adeguamento alla normativa antincendio e di riduzione della vulnerabilità sismica, coordinando, per quanto possibile, gli interventi tra loro;
  - 15) di notificare il presente atto alle Aziende Sanitarie ed ai rispettivi Collegi Sindacali.
- 

#### PARERE DI REGOLARITÀ TECNICA E AMMINISTRATIVA

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta: si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa del procedimento e si trasmette al Dirigente per le determinazioni di competenza.

Perugia, lì 11/11/2016

Il responsabile del procedimento  
Donatella Bosco

FIRMATO

Firma apposta digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge

---

## PARERE DI LEGITTIMITÀ

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta;

Visto il documento istruttorio;

Atteso che sull'atto è stato espresso:

- il parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;

-

Si esprime parere favorevole in merito alla legittimità dell'atto

Perugia, li 11/11/2016

Il dirigente del Servizio  
Programmazione economico-finanziaria  
degli investimenti e controllo di gestione  
delle aziende sanitarie

Milena Tomassini  
Titolare

**FIRMATO**

Firma apposta digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge

---

## PARERE DEL DIRETTORE

Il Direttore, ai sensi e per gli effetti degli artt. 6, l.r. n. 2/2005 e 13 del Regolamento approvato con Deliberazione di G.R., 25 gennaio 2006, n. 108:

- riscontrati i prescritti pareri del vigente Regolamento interno della Giunta,

- verificata la coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione, esprime parere favorevole alla sua approvazione.

Perugia, li 11/11/2016

IL DIRETTORE  
DIREZIONE REGIONALE SALUTE, WELFARE.  
ORGANIZZAZIONE E RISORSE UMANE  
- Walter Orlandi  
Titolare

**FIRMATO**

Firma apposta digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge

---

## PROPOSTA ASSESSORE

L'Assessore Luca Barberini ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

**propone**

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto

Perugia, li 11/11/2016

Assessore Luca Barberini  
Titolare

**FIRMATO**

Firma apposta digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge

---

## **Tabelle n. 1-2-3**

DISPONIBILITA' FINANZIARIE DEL SSR PER L'ANNO 2017

MOBILITA' INTRAREGIONALE ANNO 2017

VOLUMI FINANZIARI MASSIMI STRUTTURE PRIVATE ANNO 2017

**Tabella n. 1 DISPONIBILITA' FINANZIARIE DEL SSR ANNO 2017**

AZIENDE SANITARIE	DGR INDIRIZZI BILANCIO PREVISIONE 2017
Azienda U.S.L. Umbria 1	793.782.059
Azienda U.S.L. Umbria 2	656.970.250
<b>TOTALE Az. U.S.L.</b>	<b>1.450.752.309</b>
Az. Ospedaliera PERUGIA	63.496.911
Az. Ospedaliera TERNI	45.227.014
<b>TOTALE Az. OSPEDALIERE</b>	<b>108.723.925</b>
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>1.559.476.234</b>



**Tabella n. 2 MOBILITA' INTRAREGIONALE ANNO 2017**

Aziende addebitanti	Azienda di residenza		Totale	Saldo 2016
	Azienda U.S.L. Umbria 1	Azienda U.S.L. Umbria 2		
Azienda U.S.L. Umbria 1		4.904.682	4.904.682	-206.665.843
Azienda U.S.L. Umbria 2	15.931.549		15.931.549	-109.782.270
Az. Ospedaliera PERUGIA	172.797.528	18.713.949	191.511.477	191.511.477
Az. Ospedaliera TERNI	6.201.251	97.893.148	104.094.399	104.094.399
Case di Cura private	16.640.197	4.202.040	20.842.237	20.842.237
<b>Totale</b>	<b>211.570.525</b>	<b>125.713.819</b>	<b>337.284.344</b>	<b>0</b>

L'incremento previsto per le Case di Cura sul volume finanziario massimo delle prestazioni effettuate per cittadini residenti viene riconosciuto prevedendo una corrispondente riduzione del relativo tetto di mobilità extra-regionale

**Tabella n. 3 VOLUMI FINANZIARI MASSIMI STRUTTURE PRIVATE ANNO 2017**

<b>CASE DI CURA</b>	<b>Tetti prestazioni in favore di cittadini residenti nella Regione</b>	<b>Tetti prestazioni in favore di cittadini residenti in altre Regioni</b>	<b>Totale 2017</b>
<b>VILLA FIORITA</b>	1.505.168	2.343.086	<b>3.848.254</b>
<b>PORTA SOLE</b>	6.325.282	3.370.264	<b>9.695.546</b>
<b>SAGISC</b>	5.248.618	2.893.293	<b>8.141.911</b>
<b>LIOTTI</b>	5.787.835	3.646.177	<b>9.434.012</b>
<b>VILLA AURORA</b>	1.675.334	1.054.113	<b>2.729.447</b>
<b>S. STEFANO</b>	300.000		<b>300.000</b>
<b>TOTALE</b>	<b>20.842.237</b>	<b>13.306.933</b>	<b>34.149.170</b>

## **Allegato n. 1**

SPEA RELATIVA ALL'ACQUIAIO DI BENI E SERVIZI

La Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per l'Umbria, nella *Relazione allegata al giudizio di parifica del Rendiconto 2015* della Regione Umbria, raccomanda quanto segue: "... (omissis)... si ritiene che una corretta programmazione degli acquisti e un maggior ricorso alle committenze centralizzate siano necessari e imprescindibili anche al fine di eliminare l'ingiustificato ricorso alle proroghe contrattuali già più volte censurato da questa Sezione in sede di esame della regolarità contabile e amministrativa sui bilanci delle Aziende del S.S.R. e segnalato anche dai relativi collegi sindacali".

Al fine di razionalizzare e ottimizzare la spesa regionale per beni e servizi, attraverso l'aggregazione della domanda, la Giunta regionale, con vari atti di programmazione, ha fissato e assegnato indirizzi e obiettivi per le Aziende Sanitarie. La Regione ha inoltre promosso la costituzione di Umbria Salute S.c.a.r.l., Società consortile in house delle Aziende Sanitarie alla quale sono stati attribuiti una pluralità di servizi di interesse generale, preordinati alla tutela della salute, la stessa svolge anche le funzioni di Centrale Regionale di Acquisto per la Sanità (CRAS), ai sensi dell'art. 33 del D.Lgs. n. 163/2006 e s.m.i., oggi riconosciuto soggetto aggregatore da ANAC.

Al fine di contenere la spesa per beni e servizi, nel corso del 2017 le direzioni delle aziende sanitarie regionali dovranno procedere ad una revisione puntuale dei meccanismi della spesa, valutando, nell'allocazione delle risorse, le concrete ed effettive necessità, anche attraverso un assiduo monitoraggio dei consumi in particolare dei farmaci e dei dispositivi medici.

Il meccanismo che viene delineato ai fini delle previsioni è basato sul criterio della legislazione vigente. L'adozione di espliciti obiettivi di spesa, che potranno essere definiti come obiettivi di risparmio da conseguire nell'anno 2017 che dovessero essere introdotti con nuove misure correttive, dovranno essere oggetto di una attenta valutazione da parte delle direzioni aziendali in termini di fabbisogni e priorità, in presenza di un vincolo stringente quale l'equilibrio economico di gestione.

Le direzioni aziendali sono chiamate, anche per l'anno 2017, a monitorare tutti gli ambiti che ricadono negli adempimenti richiesti dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 per l'acquisto di beni e servizi, la cui attuale normativa di riferimento viene di seguito riepilogata:

- art. 2, comma 1, del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, così come modificato dall'art. 3 comma 168, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, nonché dall'articolo 22, comma 8, del decreto legge n. 78/2009;
- art. 1, comma 449, legge n. 296/2006;
- art. 15, comma 13 lett. a), b), d), d-bis), e), del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012 n. 13 così come modificato dall'art. 9-sexies, comma 1, lett. a) e b), del decreto legge n. 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, e, successivamente, dall'articolo 1, comma 503, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, a decorrere dal 1° gennaio 2016;
- art. 17, comma 1, del decreto legge n. 98/2011;
- art. 9, comma 1, del decreto legge n. 66 del 24 aprile 2014;
- art. 9, comma 3, del decreto legge n. 66 del 24 aprile 2014.

Le direzioni aziendali, anche per l'anno 2017, dovranno puntualmente tenere in considerazione e dare attuazione all'articolato sistema delle disposizioni legislative che si sono succedute nel corso degli ultimi anni, per realizzare l'obiettivo del contenimento della spesa sanitaria per beni e servizi (Legge 135/2012, Legge n.228/2012, legge 89/2014, Legge n.147/2014 legge 125/2015 Legge n.208/2015, Legge n.50/2016).

Fermo restando gli interventi richiesti dalla normativa vigente, le Aziende Sanitarie sono prioritariamente tenute a:

- redazione, adozione e pubblicazione del programma pluriennale e annuale degli acquisti di beni e servizi e dei relativi aggiornamenti annuali. I citati programmi dovranno essere approvati nel rispetto dei documenti programmatori e in coerenza con il bilancio. A tal proposito le direzioni aziendali, nella programmazione pluriennale e annuale degli acquisti, dovranno operare in "rete" con i soggetti aggregatori regionali e nazionale (Consip);
- implementazione/incremento, nelle more della costituzione della centrale interregionale, della percentuale degli acquisti centralizzati effettuati dal soggetto aggregatore regionale Cras rispetto agli anni precedenti (2015 e 2016), come richiesto dalla Commissione di cui alla D.G.R. n.1329;
- attuazione di quanto previsto all'art.1 comma 511 della Legge 208/2015, all'art. 9, comma 3, del decreto legge n. 66 del 24 aprile 2014, all'art. 9, comma 1, del decreto legge n.66 del 24 aprile 2014;
- vigilanza sul soggetto aggregatore ai sensi della normativa statale e regionale,
- attuazione di quanto previsto nell'art. 15, comma 13, lettera a) D.L. n. 95/2012 convertito in Legge 135/2012 e s.m.i.;
- attuazione di quanto previsto nell'art. 15, comma 13, lettera b) D.L. n. 95/2012 convertito in Legge 135/2012 s.m.i e nell'art. 17, comma 1, del decreto legge n. 98/2011;
- attuazione di quanto previsto nell'art. 15, comma 13, lettera d), e d-bis) del D.L. n. 95/2012 convertito in Legge 135/2012 e nell'art.1 commi 548 e 549 550 Legge 208/2015 s.m.i.;
- attuazione di quanto previsto nell'art. 15, comma 13, lettera e) D.L. n. 95/2012 convertito in Legge 135/2012 s.m.i ove si specifica che *"costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN, ai sensi della vigente legislazione, la verifica della redazione dei bandi di gara e dei contratti di global service e facility management in termini tali da specificare l'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale relativamente all'importo complessivo dell'appalto"*,
- attuazione di quanto previsto nell'art.1 commi da 507 a 510 Legge 208/2015.  
*Come previsto dalla Legge di Stabilità 2016, il decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 21 giugno 2016 ha definito l'elenco delle iniziative, programmate da Consip per il 2016, oggetto di benchmark, per le quali sono state identificate le prestazioni principali e le relative caratteristiche essenziali.*  
*Le caratteristiche essenziali insieme ai prezzi delle prestazioni principali - che saranno pubblicati a seguito della progressiva attivazione di tali Convenzioni - costituiscono i parametri di qualità e prezzo che tutte le Amministrazioni devono rispettare per gli acquisti autonomi di beni e servizi disponibili anche in Convenzione.*
- attuazione di quanto previsto all'art. 1 commi da 510 a 520 della Legge n. 208/2015, con particolare riferimento alla trasmissione/comunicazione al competente Ufficio della Corte dei Conti, all'Anac e all'Agid.

Avuto riguardo ai dispositivi medici e ai farmaci, si ritiene opportuno raccomandare il rispetto delle precedenti misure adottate dalla Giunta regionale finalizzate a perseguire l'obiettivo del contenimento della spesa.

Si richiama inoltre l'attenzione delle direzioni aziendali sull'opportunità di procedere in maniera omogenea, uniformando per quanto possibile le modalità attuative delle misure di razionalizzazione per la spesa per beni e servizi, favorendo l'adozione di un specifico provvedimento aziendale ricognitorio in ordine all'attuazione delle disposizioni di legge, delle misure adottate e dei risultati conseguiti.

Si richiamano infine gli obblighi informativi dovuti (Anac, Consip, Corte dei Conti e Collegi Sindacali).