



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO N. 53 DEL 09.05.2012

Oggetto: Approvazione Programmi Operativi 2011/2012. Adeguamento per l'anno 2012.

Premesso

- che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007, la Giunta Regionale ha approvato l'Accordo Attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004, n. 311;
- che il Commissario ad Acta della Regione Campania ha provveduto con il decreto commissariale n. 25 del 14 Aprile 2010 "Intesa Stato Regioni 3/12/2010. "Patto per la Salute. Prosecuzione del piano di Rientro. Approvazione Programma Operativo", all'approvazione del Programma Operativo;
- che il Commissario ad Acta della Regione Campania, a seguito dei rilievi espressi e dei chiarimenti richiesti nella riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato per la verifica dei livelli essenziali di assistenza - nella seduta del 19 Maggio 2010 - ha provveduto, con il decreto commissariale n. 41 del 14 Luglio 2010, ad integrare il Programma Operativo 2010;
- che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009, n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale. E' fatta salva la possibilità per le regioni di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure nel medesimo piano per il passaggio della gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale"*;
- che il Tavolo tecnico ed il Comitato permanente - nella seduta del 26 ottobre 2010 - hanno stabilito che la Regione Campania deve adottare i Programmi Operativi per l'anno 2011 e l'anno



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

2012, ivi compresi i relativi provvedimenti attuativi, in particolare il decreto di fissazione dei tetti di spesa ed i relativi contratti sottoscritti per gli anni 2011 e 2012;

Considerato

- che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del presidente pro-tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2009 n. 222;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge 191 del 2009;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sono stati nominati sub Commissari ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di rientro;

Valutato

- che in ottemperanza alle previsioni della finanziaria per il 2010, i programmi operativi costituiscono mera appendice esecutiva del Piano di rientro con i quali devono presentare piena coerenza programmatica;
- che i suddetti programmi operativi, predisposti unilateralmente dal Commissario, sono successivamente sottoposti alla verifica da parte del tavolo congiunto e sono conseguentemente rimodulati in maniera da garantire - anche in ragione dei risultati progressivamente conseguiti - coerenza con gli obiettivi del Piano di Rientro ;

Dato atto

- che il Commissario ad Acta della Regione Campania ha provveduto con il decreto commissariale n. 45 del 20 Giugno 2011 "Intesa Stato Regioni 3/12/2009. Patto per la Salute. Prosecuzione del piano di Rientro. Approvazione Programmi Operativi 2011-2012", all'approvazione dei Programmi Operativi;



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- che a seguito dei rilievi espressi e dei chiarimenti richiesti, nella riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, nella seduta del 20 Luglio 2011, si è provveduto a modificare i Programmi Operativi 2011-2012;
- che in data 05.08.2011 con protocollo n. 274 ed in data 27.09.2011 con protocollo n. 311 sono state trasmesse, in previa valutazione sulla piattaforma SIVEAS, le nuove bozze dei Programmi Operativi 2011-2012 contenenti le osservazioni del Tavolo tecnico;
- che nella successiva riunione congiunta del Tavolo tecnico del 21 dicembre 2011 e con il parere n. 53-P del 20 febbraio 2012, trasmesso dai Ministeri competenti, è emerso che i Programmi Operativi 2011-2012 necessitano di ulteriore integrazione;

Considerato

- che con Decreto Commissariale n. 22 del 22 marzo 2011 è stato approvato il Piano Sanitario Regionale, redatto secondo quanto statuito dal punto t) della delibera del Consiglio dei Ministri 24 Aprile 2010;
- che in data 20 marzo 2012 con il protocollo n. 118 è stato trasmesso in previa valutazione sulla piattaforma SIVEAS la bozza dei Programmi Operativi 2011/2012. Adeguamento per l'anno 2012;

Ritenuto

- anche sulla base delle indicazioni emerse, nella verifica del 21 dicembre 2011 del Tavolo tecnico di dover modificare ed integrare i Programmi Operativi 2011-2012 approvati con decreto n. 45 del 20.05.2011 e di dover procedere alla formale approvazione dello stesso;

Dato Atto

- che l'Adeguamento per l'anno 2012 ai Programmi Operativi 2011/2012, allegato al presente decreto, quanto agli obiettivi operativi, agli obiettivi specifici, al crono programma, in uno con una rappresentazione degli effetti economici degli interventi stessi, sono stati così più ampiamente formulati:

1. Governance
2. Personale
3. Rapporti con gli erogatori



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

4. Rete ospedaliera
5. Rete territoriale
6. Sistema di monitoraggio della spesa farmaceutica
7. Acquisto beni e servizi
8. Regularizzazione dei pagamenti ai creditori
9. Prevenzione, Veterinaria e igiene degli alimenti

Precisato

- che il presente decreto viene approvato salvo ratifiche degli organi competenti;

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui di seguito si intendono integralmente riportate e trascritte

DECRETA

di **APPROVARE** l'unito documento, che forma parte integrante e sostanziale del presente decreto, concernente i Programmi Operativi 2011/2012 - Adeguamento per l'anno 2012;

di **PRECISARE** che i Programmi Operativi costituiscono prosecuzione del Piano di Rientro;

di **DARE ATTO** che i Programmi Operativi 2011/2012 - Adeguamento per l'anno 2012 saranno adeguati alle eventuali prescrizioni dei Ministeri affiancanti;

di **TRASMETTERE** il presente decreto al Tavolo di Verifica Ministeriale per la validazione;

di **INVIARE** il presente provvedimento all'AGC 19 Piano Sanitario Regionale; all'AGC 20 Assistenza Sanitaria; all'ARSan; al Settore Stampa, Documentazione e Informazione e Bollettino Ufficiale; al B.U.R.C. per la pubblicazione.

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Mario Morlacco

Il Coordinatore della A.G.C. 19
Dott. Albino D'Ascoli



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

Il Coordinatore della A.G.C. 20
Dott. Mario Vasco

Il Direttore dell'ARSAN
D.ssa Lia Bertoli

Il Dirigente del Settore Ruolo Personale SSR
Avv. Antonio Postiglione

Il Dirigente del S.E.F.
Dott. G. F. Ghidelli

L'Estensore
Ing. Salvatore Ascione

Regione Campania: Programmi Operativi 2011/2012. Adeguamento per l'anno 2012

20 marzo 2012

Indice

1	Premessa	4
1.1	Stato avanzamento lavori	5
1.1.1	Governance: Potenziamento della struttura amministrativa e gestionale interna	5
1.1.2	Rete ospedaliera	6
1.1.3	Riqualificazione assistenza territoriale	8
1.1.4	Prevenzione, veterinaria ed igiene degli alimenti	11
1.1.5	Razionalizzazione gestione del personale	11
1.1.6	Farmaceutica	13
1.1.7	Interventi di sistema	16
1.1.8	Fornitura prestazioni da privati accreditati	17
1.1.9	Protocolli d'intesa con le Università degli Studi	19
1.1.10	Tariffe	19
1.2	Tendenziale 2012	20
2	I Programmi Operativi 2012	23
2.1	Governance	25
2.1.1	Rafforzamento del Nucleo di coordinamento	25
2.1.2	Verifica adempimenti LEA	26
2.1.3	Sistemi Informativi e Risorse ex art. 79, Legge n. 133/2008	27
2.1.4	Individuazione di un Dominio organizzativo responsabile per i Flussi Istituzionali	29
2.1.5	Potenziamento del sistema dei controlli di appropriatezza delle prestazioni	31
2.2	Personale	33
2.2.1	Blocco del <i>turn over</i>	33
2.2.2	Altri interventi di contenimento della spesa	35
2.2.3	Fondi contrattuali	36
2.3	Rapporti con gli erogatori	38
2.3.1	Accreditamento	38
2.3.2	Accordi contrattuali	39
2.3.3	Protocolli d'intesa con le Università	41
2.4	Rete Ospedaliera	42
2.4.1	Controllo dello stato di riconversione delle strutture	42
2.4.2	Assetto Rete	42
2.4.3	Tariffe	43
2.5	Rete Territoriale	44
2.5.1	Assetto Rete	44
2.5.2	Cure domiciliari	46
2.5.3	Rete Trasfusionale	47
2.5.4	Rete Emergenza Urgenza	49
2.5.5	Rete laboratoristica	50
2.5.6	Accordi MMG/PLS	51
2.5.7	Tariffe	52
2.5.8	Compartecipazioni	53
2.5.9	Riallineamento ambiti dei Distretti	54
2.6	Sistema di monitoraggio della spesa Farmaceutica	55

2.7	Acquisto beni e servizi	56
2.8	Regolarizzazione dei pagamenti ai creditori	58
2.9	Prevenzione, Veterinaria e igiene degli alimenti	60
3	Allegato	62
3.1	Acquisto Beni e Servizi	62

1 Premessa

Il presente Programma Operativo si pone come primo obiettivo quello di fare il punto sullo stato di attuazione delle manovre previste dal precedente Programma Operativo 2011 – 2012 e messe in campo nel corso del 2011 dalla Regione Campania. In un secondo momento gli obiettivi formulati nel precedente PO per il 2012 vengono rimodulati alla luce delle problematiche emerse nel corso dell'anno in esame.

Tabella 1 – Analisi degli scostamenti al IV Trimestre 2011

CONTO ECONOMICO	Consuntivo 2010	IV Trimestre 2011	Δ IV trim 2011 - Cons 2010	Program. 2011	Δ IV trim 2011 - Progr.2011
€/000	A	B	C=B-A	D	E=B-D
Contributi in c/esercizio FSR quota indistinta	9.423.006	9.592.350	169.344	9.582.547	(9.803)
Contributi in c/esercizio FSR quota vincolata	197.416	187.873	(9.543)	190.784	2.911
Saldo mobilità interregionale	(303.037)	(300.962)	2.075	(337.566)	(36.604)
Contributi in c/esercizio da FSR	9.317.385	9.479.261	161.876	9.435.765	(43.496)
Altre Entrate	204.519	191.991	(12.528)	212.746	20.755
TOTALE RICAVI	9.521.904	9.671.252	149.348	9.648.511	(22.741)
Prodotti farmaceutici (acquisto)	683.315	699.917	16.602	670.240	(29.677)
Altri beni sanitari (acquisto)	392.395	399.649	7.254	396.910	(2.739)
Variazione rimanenze sanitarie	(13.892)	(538)	13.354	0	538
Beni Sanitari (consumi)	1.061.818	1.099.028	37.210	1.067.150	(31.878)
Beni non Sanitari (consumi)	31.529	30.873	(656)	33.243	2.370
Servizi Sanitari	399.005	342.793	(56.212)	308.311	(34.482)
Servizi non Sanitari	844.987	856.671	11.684	847.156	(9.515)
Totale Beni & Servizi	2.337.339	2.329.365	(7.974)	2.255.860	(73.505)
Totale Personale con accantonamenti rinnovi	3.118.676	2.945.677	(172.999)	2.982.608	36.931
Medicina di Base con accantonamenti rinnovi	651.914	659.063	7.149	651.913	(7.150)
Farmaceutica Convenzionata	1.093.979	976.406	(117.573)	1.027.482	51.076
Assistenza Specialistica Esterna	740.953	762.602	21.649	762.744	142
Assistenza Riabilitativa Esterna	281.154	272.794	(8.360)	270.025	(2.769)
Assistenza Integrativa, Protesica	172.595	165.920	(6.675)	167.204	1.284
Assistenza Ospedaliera Esterna	805.305	825.031	19.726	812.630	(12.401)
Assistenza Termale	21.960	21.772	(188)	22.502	730
Psichiatria Res.le e Semires.le e Prestazioni	120.075	125.180	5.105	110.497	(14.683)
Distribuzione farmaci e File F	4.195	6.450	2.255	4.335	(2.115)
Totale Prestazioni sanitarie da Privato	2.146.237	2.179.749	33.512	2.149.937	(29.812)
Ammortamenti (al netto dei costi capitalizzati)	79.778	81.298	1.520	82.602	1.304
Accantonamenti per Rischi ed Oneri e svalutazione	308.783	429.747	120.964	280.160	(149.587)
Totale Costi della produzione	9.736.706	9.601.305	(135.401)	9.430.562	(170.743)
Margine Operativo	(214.802)	69.947	284.749	217.949	148.002
Proventi (+) Oneri (-) Finanziari Netti	(47.134)	(22.741)	24.393	(48.072)	(25.331)
Proventi (+) Oneri (-) Straordinari	(88.942)	(24.495)	64.447	(108.025)	(83.530)
Proventi (+) e Oneri (-) Finanziari e straordinari netti	(136.076)	(47.236)	88.840	(156.097)	(108.861)
Imposte e Tasse	243.962	238.773	(5.189)	232.924	(5.849)
Risultato Economico	(594.840)	(216.062)	378.778	(171.071)	44.991

A tale risultato economico bisogna aggiungere le perdite residue dell'anno 2009, arrivando ad una perdita complessiva di **287 €/mln**, come illustrato nella tabella seguente.

Tabella 2 – Totale perdite da coprire per l'anno 2011

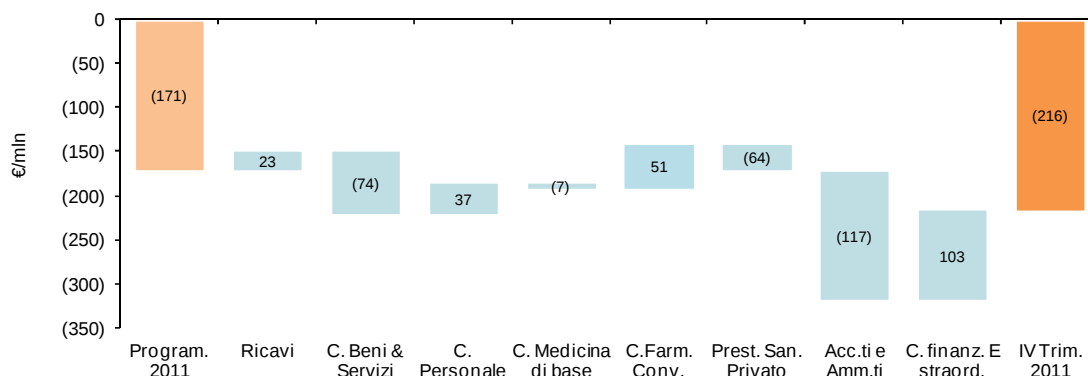
€/000	
Perdita di esercizio 2011	(216.062)
Perdite pregresse	(70.901)
Totale coperture necessarie	(286.963)

Da una prima analisi emergono, tra le voci più rilevanti, i seguenti scostamenti rispetto a:

- maggiori accantonamenti rischi per **149 €/mln**;
- minori costi straordinari per **103 €/mln**;
- maggiori costi per beni e servizi per **74 €/mln**;
- maggiori costi per prestazioni da privati per **30 €/mln**, dovute principalmente a:

- rimodulazione dei tetti 2011 a seguito dei nuovi decreti 84 e 86 del 20 dicembre 2011 per c.a. **14 €/mln**,
- incremento dei costi per salute mentale e sociosanitario pari a **15 €/mln** dovuto all'effettivo sfioramento dei tetti di spesa;
- minori costi per la farmaceutica convenzionata per **51 €/mln**;
- minori costi per personale per **37 €/mln**;
- maggiori ricavi per **23 €/mln**, dovuti principalmente alla diminuzione del saldo negativo di mobilità;
- maggiori costi per la medicina di base per **7 €/mln**.

Figura 1 – Variazione Programmatico 2011 vs IV Trimestre 2011



1.1 Stato avanzamento lavori

Per ognuno degli Interventi individuati nei Programmi Operativi 2011-2012 viene riportata una breve analisi sul livello di raggiungimento degli obiettivi programmati.

1.1.1 Governance: Potenziamento della struttura amministrativa e gestionale interna

Degli obiettivi programmati per il 2011 risultano completati nelle tempistiche previste i seguenti interventi:

- è stato adottato il Piano Regionale Integrato dei controlli ufficiali 2011-2014 con Delibera n.377 del 4 agosto 2011;
- è stato istituito, con Decreto n.66/2011, il nucleo di monitoraggio trimestrale per la valutazione dei risultati sull'operato dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL., per il conseguimento degli obiettivi in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, assegnati ai Commissari Straordinari e ai Direttori Generali con il Decreto n.09/2011;
- sono stati aggiornati i flussi informativi (GISA e SANAN) da parte dei referenti del servizio veterinario;
- è attuato in progress il Piano di riordino della rete dell'Assistenza Ospedaliera e Territoriale.

Si rileva che la Regione nel corso del 2011 ha ottenuto l'adempienza per i LEA per gli anni 2008 e, quasi completamente, per il 2009. Per quest'ultimo anno in particolare persistono ancora alcune inadempienze per gli obblighi informativi NSIS, per il mantenimento dell'erogazione dei LEA, per la contabilità analitica e per l'accreditamento istituzionale.

Per quanto riguarda invece gli altri interventi emerge la necessità di recuperare la tempistica di alcuni azioni riguardanti la piena operatività del Nucleo di Coordinamento, istituito con Decreto n.65/2011, nell'implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, e nel potenziamento dei flussi informativi gestionali e contabili. Per quest'ultima attività è stato presentato ai Ministeri competenti il documento programmatico per la richiesta dei fondi ex art.79, in ordine al quale il Ministero solo di recente ha formulato delle osservazioni che la Regione sta recependo, per definire successivamente l'accordo con i

Ministeri e quindi pubblicare il bando di gara al fine di dare maggiore impulso, inoltre, dovrà essere dedicato al miglioramento dei flussi istituzionali e al potenziamento del sistema dei controlli di appropriatezza delle prestazioni..

Tali interventi vengono rimodulati all'interno del presente Programma Operativo nel *Paragrafo 2.1 Governance*.

1.1.2 Rete ospedaliera

Razionalizzazione sistema ospedaliero

Le Aziende sanitarie hanno predisposto dei Piani attuativi Aziendali in linea con le indicazioni del Decreto n. 49/2010.

Riconversione dei piccoli ospedali

Sulla base delle Note inviate dalle Aziende sanitarie ad ArSan, in sede di monitoraggio trimestrale, e delle configurazioni emerse dagli atti attuativi aziendali è possibile evidenziare come il processo di riconversione sia in avanzato stato anche se non ancora completato al 31 dicembre 2011 in tutte le strutture.

Il mancato completamento del processo di riconversione è imputabile anche al forte contenzioso attivato dalle comunità locali, oltre che dalle criticità legate al blocco del *turn over*.

La tabella riportata nel seguito mostra lo stato di attuazione dei processi di riconversione dei piccoli ospedali al 31 dicembre 2011. Ad oggi il processo di riconversione è avanzato, ma, essendo trimestrale il monitoraggio puntuale effettuato da ArSan, bisogna attendere la fine di aprile per avere un ulteriore aggiornamento dello stato avanzamento lavori.

Tabella 3 – Analisi dello stato di riconversione dei piccoli ospedali

Presidio	Comune	Tipologia	Configurazione da DCA 49/2010 e DCA Approvazione	Stato del processo al 31.12.2011	Stato
			Pianificazioni Attuative Aziendali		
Ospedale di Bisaccia	Bisaccia	SPS *	Disattivazione PS 20 PL di RSA res. e 10 PL 20 PL SIR + centro diurno 10 PL di Hospice Punto prelievo Ambulatorio radiologico Day Service PSAUT - CMR	PS diattivato 20 PL SIR res. e 10 PL semires. Ambulatorio radiologico Day Service	
Ospedale San Giovanni di Dio	Sant'Agata dei Goti	SPS *	Dismissione presidio 20 PL SIR res.	Presidio Ospedaliero dismesso 20 PL SIR res.	
PO SS. Maria delle Grazie	Cerretto Sennitta	SPS *	Dismissione presidio 10 PL di Hospice 16 PL di ospedale di comunità Laboratorio di analisi Ambulatorio radiologia Farmacia distrettuale Unità complesse di cure PSAUT Percorso protetto maternità	Presidio Ospedaliero dismesso Laboratorio di analisi Ambulatorio radiologia Farmacia distrettuale Unità complesse di cure	
San Bartolomeo in Galdo	San Bartolome in Galdo	SPS *	Dismissione presidio 20 PL ospedale di comunità Laboratorio di analisi Ambulatori specialistici Unità complesse di cure PSAUT Percorso protetto maternità	Presidio Ospedaliero dismesso Laboratorio di analisi Ambulatori specialistici	
PO "F. Palasciano" Capua	Capua	SPS *	Dismissione presidio Ambulatori specialistici PSAUT Ospedale di comunità Chirurgia ambulatoriale	Presidio Ospedaliero dismesso Ambulatori specialistici Ospedale di comunità da 20 PL Chirurgia ambulatoriale	
Osp. San Felice a Cancellò	San Felice a Cancellò	H Riab	Disattivazione PS	PS diattivato	
Ospedale Teano	Teano	SPS *	Dismissione presidio Ambulatori specialistici PSAUT Ospedale di comunità	Presidio Ospedaliero dismesso Ambulatori specialistici PSAUT Ospedale di comunità	
PSI Loreto Crispi	Napoli	SPS *	Dismissione presidio Attività ambulatoriali Chirurgia ambulatoriale	Presidio Ospedaliero dismesso Attività ambulatoriali Chirurgia ambulatoriale	
Osp. Cav. Raffaele Apicella	Pollena Trocchia	H Riab	Disattivazione PS	PS diattivato	
PO Maresca	Torre del Greco	H Riab	10 PL di Hospice		
Italia Giordano	Castiglione di Ravello	SPS *	Dismissione presidio		
PO San Francesco D'Assisi	Oliveto Citra	H Riab	Dismissione presidio		
PO Mauro Scarlato Scafati	Scafati	H Riab	Disattivazione PS	PS diattivato	
PO Roccadaspiede	Roccadaspiede	H Riab	Dismissione presidio		
Ospedale Civile di Agropoli	Agropoli	SPS *	Dismissione presidio		

SPS * : Struttura Polifunzionale per la Salute

Tale intervento viene rimodulato all'interno del presente Programma Operativo nel *Paragrafo 2.4 Rete Ospedaliera*.

1.1.3 Riqualificazione assistenza territoriale

Nel complesso piano di riqualificazione della rete territoriale sono ricompresi anche i seguenti interventi:

Riorganizzazione della rete trasfusionale

L'obiettivo per il 2011 era l'approvazione del Decreto di razionalizzazione della rete. Con Decreto n.4/2012 del 23 gennaio 2012, è stato aggiornato l'intervento in ambito della riorganizzazione della rete trasfusionale, con approvazione del documento di "Qualificazione e riorganizzazione della Rete trasfusionale" e relativo crono programma.

In tale Decreto vengono indicati gli obiettivi strategici, le azioni e gli indicatori dell'intervento, in merito alla sicurezza trasfusionale, formazione e razionalizzazione del modello organizzativo. Vengono così ridefiniti e ampliati gli interventi sulla rete trasfusionale del PO 2011-2012, ad oggi non ancora implementati.

Ridefinizione degli ambiti distrettuali e sociali

Da giugno è al vaglio della presidenza il documento tecnico congiunto con il settore Sociale per la ridefinizione degli ambiti sociali in coerenza con gli ambiti distrettuali, contenente le linee guida per la redazione dei PAT e la definizione delle PUA, in attesa della valutazione dei Ministeri competenti. Tali implementazioni erano comunque previste solo per il 2012.

Altri interventi hanno invece riscontrato delle difficoltà, come meglio evidenziato nel seguito:

Attivazione delle strutture territoriali in attuazione del Decreto n.49 del 27 settembre 2010

Al 31 dicembre 2011 lo stato di attuazione dell'attivazione dei posti letto di assistenza territoriale all'interno dei presidi ospedalieri pubblici è stato rallentato anche a causa dei numerosi contenziosi che sono sorti nel corso dell'anno, così come è già stato evidenziato.

Per quanto riguarda la riconversione di strutture private provvisoriamente accreditate, il relativo percorso è legato alle procedure di accreditamento definitivo che si programma di completare entro il 31 dicembre 2012 alla luce di quanto previsto dalla Legge regionale n. 23 del 14 dicembre 2011.

Razionalizzazione rete laboratoristica

L'intervento sulla rete laboratoristica pubblica prevedeva un sistema di laboratori pubblici integrato da realizzarsi prima di tutto attraverso la dismissione o l'accorpamento dei laboratori a bassa produzione entro il 31 dicembre 2011.

Di seguito si riporta lo stato di attuazione monitorato al 31.12.2011. Entro la fine del mese di aprile saranno disponibili i dati aggiornati relativi al secondo monitoraggio trimestrale.

Tabella 4 – Sintesi interventi di riassetto della rete laboratoristica pubblica - dismissioni

Area	Sede di Laboratorio	Nuova Sede	Stato
Avellino			
	P.O. di Bisaccia	P.O. S. Angelo dei Lombardi	✗
	Distretto di Avellino	P.O. di Solofra	✓
	Casa Circondariale	P.O. di Solofra	✗
Benevento			
	Distretto di Montesarchio	P.O. S. Agata de' Goti	✓
	Distretto di Telesse Terme	P.O. S. Agata de' Goti	✓
	Distretto di Morcone	P.O. S. Agata de' Goti	✓
	Distretto di Benevento	AORN G. Rummo	✓
Caserta			
	P.O. Maddaloni	P.O. di Marcianise	✗
	SPS F. Palasciano	P.O. S. Maria Capua Vetere	✓
	SPS S. Felice a Cancellò	P.O. di Marcianise	✗
	SPS S. Felice a Cancellò (Ematologia)	P.O. Aversa	✓
	SPS Teano	P.O. Sessa Aurunca	✓
	Distretto di Teano (tossicologia)	-	
	Distretto di Caserta	P.O. di Marcianise*	✓
Salerno			
	SPS di Scafati	P.O. di Sarno	✗
	Hospice Agropoli	P.O. di Roccadaspide	✗
	Distretto di Salerno (tossicologia)	P.O. di Nocera Inferiore	✗
	Distretto di Vallo della Lucania	P.O. di Vallo della Lucania	✗
Napoli (provincia)			
	Distretto di Pozzuoli	P.O. di Pozzuoli	✗
	Distretto di Frattamaggiore	P.O. di Frattamaggiore	✗
	P.O. di Torre del Greco	P.O. di Boscotrecase	✓
	Ottavian	P.O. di Pollena Trocchia	✗
	Pomigliano	P.O. di Pollena Trocchia	✗
	Distretto di Torre del Greco	P.O. di Boscotrecase	✓
Napoli (città)			
	PSI Elena d'Aosta	P.O.S. Giovanni Bosco*	✓
	PSI Elena d'Aosta (med. nucleare)	P.O. Ascalesi	✓
	PSI Loreto Crispi (diagnostica virologica)	P.O. Ascalesi	✓
	Distretto 24	P.O. Loreto Crispi*	✓
	Distretto 25	P.O. S. Paolo	✓
	Distretto 27	Distretto 28*	✓
	Distretto 29	P.O. S. Giovanni Bosco	✓
	Distretto 30	Distretto 28	✓
	Distretto 33	PSI Napoli Est	✓
	P.O. S. Genanro	P.O. Ascalesi	✗

*: sede modificata rispetto al PO precedente.

Tabella 5 – Sintesi interventi di riassetto della rete laboratoristica pubblica - accorpamenti

Area	Sede di Laboratorio	Nuova Sede	Stato
Benevento	P.O. Cerreto Sannita	P.O.S.Alfonso de Liguri	✓
	P.O. S. Agata de' Goti	P.O.S.Alfonso de Liguri	✓
Salerno	P.O. di Battipaglia	P.O. Valle del Sele**	✗
	P.O. di Eboli	P.O. Valle del Sele**	✗
	P.O. di Oliveto Citra	P.O. Valle del Sele**	✗
	P.O. di Roccadaspide	P.O. Valle del Sele**	✗
	P.O. di Cava de' Tirreni	AOIU S.Giovanni di Dio	✓
	P.O. di Mercato S. Severino	AOIU S.Giovanni di Dio	✓
	P.O. di G. Da Procida	AOIU S.Giovanni di Dio	✓
Napoli (città)	P.O. Ascalesi	AORN Ospedale del Mare**	✗
	P.O. Incurabili	AORN Ospedale del Mare**	✗
	P.O. San Gennaro	AORN Ospedale del Mare**	✗
	P.O. S. Maria Loreto Mare	AORN Ospedale del Mare**	✗
	P.O. Santobono	AO Unica Pediatrica Regionale	✓
	P.O. Pausillipon	AO Unica Pediatrica Regionale	✓
	P.O. S.S. Annunziata	AO Unica Pediatrica Regionale	✓

** : accorpamenti non ancora avvenuti in quanto l'Ospedale del mare è ancora in costruzione e il P.O. Valle del Sele non è ancora progettato.

Per quanto riguarda la rete laboratoristica privata, con la Legge Regionale n. 23 del 14 dicembre 2011 sono state definite le procedure per l'accreditamento istituzionale dei laboratori di analisi provvisoriamente accreditati, ed è stato fissato il termine per l'adozione del Decreto commissariale contenente le modalità di associazione consortile e la definizione delle soglie minime di operatività. Una volta completato il processo di accreditamento si darà avvio alla riprogettazione della rete dei laboratori privati.

Potenziamento dell'assistenza domiciliare

Il precedente Programma Operativo prevedeva come obiettivi per il 2011 l'adozione con Decreto del fabbisogno regionale ADI e del relativo budget di risorse umane, finanziarie e tecnologiche-prestazionali, e l'adozione formale dei programmi di formazione. Trattasi di obiettivi che vanno riproposti nel 2012 per la relativa realizzazione.

Riqualificazione della rete Emergenza-Urgenza

E' stato redatto un Decreto attuativo del Decreto commissariale 49/2010 con il quale vengono approvate le linee di indirizzo regionali per la Pianificazione Attuativa aziendale per l'Emergenza Urgenza (PAA-EMUR), per l'organizzazione dell'OBI e del Triage e si dà il via all'implementazione dell'istituzione del DIE, le cui linee guida sono in via di adozione.

Il flusso EMUR è stato avviato nei tempi previsti dal DM del 17 dicembre 2008, anche se non è ancora completamente a regime.

Accordi MMG/PLS

E' stato costituito il Tavolo per la definizione degli accordi decentrati e i relativi lavori non risultano ancora completati.

Ognuno degli interventi di cui sopra vengono ripresi e rimodulati, alla luce delle difficoltà incontrate, nel Paragrafo 2.4.2 Assetto Rete.

1.1.4 Prevenzione, veterinaria ed igiene degli alimenti

Tutte le manovre previste in merito agli interventi di Prevenzione, Veterinaria e Igiene degli alimenti sono state avviate e, dove possibile, completate.

Piano regionale di Prevenzione Veterinaria e igiene degli alimenti

- **Programma “Guadagnare Salute”:** con Delibera 309 del 21 giugno 2011 è stato adottato il Piano Regionale della Prevenzione 2010 -2012.

Veterinaria e Igiene degli alimenti

- **Aggiornamento del Piano Regionale Integrato dei Controlli Ufficiali 2011 – 2014:** con Delibera 377/2011 la Regione Campania ha approvato il Piano Regionale Integrato dei Controlli ufficiali 2011 – 2014, secondo le linee guida emanate con Decreto n.9/2011, il cui stato di attuazione viene monitorato costantemente dal nucleo di monitoraggio (istituito con Decreto n. 66/2011) tramite il sistema informativo GISA.
- **Malattie vascolari del suino:** nel corso del 2011 sono stati emanati due decreti in merito alle misure speciali per l'eradicazione della MVS (Decreto n. 2/2011 e Decreto n. 93/2011) monitorato mensilmente dalla Regione, come da indicazioni dell'ordinanza ministeriale del 12 aprile 2008.
- **Piano alimentazione animale:** si tratta di un problema meramente formale legato alla modalità di rendicontazione, per il quale però era prevista una reportistica sullo stato di attuazione entro il 31 ottobre 2011 che verrà completato entro febbraio 2012; nei primi mesi del 2012 è stato attivato, con Decreto n. 12/2012 “Utilizzo del nuovo sistema informativo per la Sanità Animale (SANAN) in regione Campania”.
- **Controlli ufficiali sui residui di prodotti fitosanitari negli alimenti vegetali:** entro il 31 dicembre 2011 erano previsti sia la stipula di protocolli d'intesa con i Laboratori operanti in altre Regioni non accreditate, che l'avvio di campagne di sensibilizzazione destinate agli utilizzatori non professionali. Tale obiettivo va ancora perseguito.
- **Gestione del randagismo:** la Regione Campania ha avviato attività di formazione sia per il personale regionale che per gli operatori nel settore (Note Protocollo n.0787398 e n.0926549), piani di programmazione di progetti di ricerca in ambito di prevenzione (Nota Protocollo n.0787426) e campagne di sensibilizzazione per l'incentivazione delle adozioni; il sistema di monitoraggio del sistema di sorveglianza per la categorizzazione del rischio delle strutture di ricovero per cani è stato avviato e al 31 dicembre 2011 risultavano categorizzate 24 strutture di ricovero (contro una previsione di 19).

Nel Paragrafo 2.9 Prevenzione, Veterinaria e igiene degli alimenti del presente Programma Operativo si cercherà di omogeneizzare ulteriormente gli interventi e le procedure standard per l'erogazione degli stessi.

1.1.5 Razionalizzazione gestione del personale

Il costo del personale dipendente e non dipendente al IV Trimestre 2011 è diminuito rispetto al Consuntivo 2010 di circa **178 €/mln**, in misura superiore rispetto alle previsioni del Programma Operativo (**-44 €/mln**). Per il solo costo del personale dipendente si registra una diminuzione di c.a. **173 €/mln** rispetto al Consuntivo 2010, e di c.a. **37€/mln** rispetto al Programmatico.

Tabella 6 – Analisi degli scostamenti al IV Trimestre

ANALISI DEI COSTI DEL PERSONALE €/000	IV Trimestre 2011 A	Consuntivo 2010 B	Δ IV Trim 11 - Cons 10 C = A - B	Trend	Programmatico 2011 D	Δ IV Trim 11 - Prog 11 E = A - D	Trend
Personale Sanitario-Dipendente	2.420.606	2.552.993	(132.387)	↓	2.428.697	(8.091)	↓
Personale Non Sanitario-Dipendente	525.071	565.683	(40.612)	↓	553.911	(28.840)	↓
Totale Personale Dipendente	2.945.677	3.118.676	(172.999)	↓	2.982.608	(36.931)	↓
Personale Sanitario-Non Dipendente	116.967	121.698	(4.731)	↓	124.132	(7.165)	↓
Personale Non Sanitario-Non Dipendente	5.940	5.962	(22)	↓	6.081	(141)	↓
Totale Personale non Dipendente (al netto di SUMAI e consulenze)	122.907	127.660	(4.753)	↓	130.213	(7.306)	↓
Totale Personale dipendente e non dipendente (al netto di SUMAI e consulenze)	3.068.584	3.246.336	(177.752)	↓	3.112.821	(44.237)	↓
Consulenze-Personale Non Dipendente Sanitario	64.808	70.634	(5.826)	↓	70.967	(6.159)	↓
Consulenze-Personale Non Dipendente Non Sanitario	18.521	22.503	(3.982)	↓	22.952	(4.431)	↓
Prestazioni Da Sumaisti	207.028	205.473	1.555	↑	205.003	2.025	↑
Totale Personale	3.358.941	3.544.946	(186.005)	↓	3.411.743	(52.802)	↓

La maggior manovra registrata nel corso del 2011 rispetto al Programmatico è l'effetto dei risultati positivi ottenuti nelle singole manovre sul personale.

■ Attuazione del blocco del *turn over* e delle misure di contenimento del costo del personale

L'effetto del blocco totale del turnover, applicando i livelli retributivi medi regionali comprensivi di oneri riflessi porterebbe ad una diminuzione dei costi di c.a. **100 €/mln**, in linea con il programmatico che ne stimava c.a. **119 €/mln**. In termini di unità, la riduzione rispetto al 2010 è di **1.835** unità (rilevate dal confronto della "Tabella 2" al 31/12/2011 rispetto alle "Tabelle 2" al 31/12/2010), inferiore rispetto alle previsioni del Programmatico che per il 2011 stimava la fuoriuscita di **2.165** unità.

E' poi da rilevare che l'ulteriore riduzione dei costi del personale dipendente è imputabile ad azioni specifiche intraprese sul costo del personale (riduzione delle ore di straordinario), ad economie sui fondi della retribuzione accessoria in base all'applicazione del Decreto n.6/2012. e ad errate contabilizzazioni dell'anno 2010, come dichiarato dalle Aziende sanitarie.

■ Analisi della corretta definizione dei livelli retributivi: In linea con gli obiettivi del precedente PO sono state avviate e sono ancora in corso tre *due diligence*, per ASL NA1 Centro, ASL NA 3 Sud e ASL Salerno. Si sottolinea come il raggiungimento di tale obiettivo sia previsto per la fine del biennio;

■ Riduzione dei fondi della contrattazione integrativa: tutti gli obiettivi previsti sono stati raggiunti nel corso del 2011, ovvero:

- per l'anno 2011 tutte le Aziende hanno provveduto a deliberare i fondi delle diverse aree contrattuali;
- la Regione ha costituito con Decreto n.72 del 2 dicembre 2010, l'Organismo regionale per il monitoraggio dei fondi della contrattazione integrativa, effettuato settimanalmente,
- le riduzioni dei fondi contrattuali relativo agli interventi previsti dal DGRC n. 887/2007 per l'anno 2011 è pari a c.a. **16,8 €/mln** (al lordo degli oneri riflessi e IRAP), rispetto al valore raggiunto nel 2010;
- il risultato generale conforta una riduzione dei fondi erogati per l'anno 2011 (al netto dell'IRAP) per un ammontare di c.a. **41 €/mln** rispetto al deliberato 2011.

Con l'ausilio di un apposito *software* predisposto dalla Commissione Fondi, è stato inoltre possibile determinare un potenziale eccesso del deliberato partendo dalla verifica della costituzione storica dei Fondi per il periodo 2006-2011. Ad oggi sono in corso ulteriori approfondimenti e verifiche. Prosegue, inoltre, al fine di mettere in campo azioni correttive, l'attività di controllo degli sforamenti tra fondo deliberato e importo erogato che riguarda primariamente il fondo del disagio

■ Regolamento per la mobilità regionale del personale eventualmente in esubero: è stato approvato il DCA n.67/2011 "Accordo Regionale diretto a definire le linee guida volte a regolare la mobilità in caso di eccedenza dei dirigenti dell'area Medica, Veterinaria, Sanitaria, Professionale, Tecnica, Amministrativa e del Comparto", come programmato;

■ Formazione del personale: sebbene ad oggi non si sia raggiunto il dimezzamento della spesa annua per attività di formazione sostenuta dalle Aziende sanitarie rispetto al valore 2009, tale spesa risulta nel 2011 ca il 70% della spesa sostenuta nel 2009 (**18€/mln** del IV trimestre 2011 vs **25€/mln** del Consuntivo 2009).

Alcune criticità sono state invece riscontrate nei seguenti interventi:

- **Interventi derivanti dalla normativa finanziaria:** La spesa annua per incarichi di consulenza sanitaria del 2011 risulta superiore alla spesa del 2009 (**117€/mln** del IV trimestre 2011 vs **113€/mln** del Consuntivo 2009), e quindi non ancora allineate con le previsioni delle norme finanziarie in vigore. Occorre considerare che la quasi totalità del costo sostenuto si riferisce alle prestazioni aggiuntive del personale dipendente, che potrà essere ridotto solo con la completa realizzazione del piano di riqualificazione della rete ospedaliera e territoriale. Anche la spesa per consulenza non sanitaria del 2011 è superiore alla spesa del 2009 (**6€/mln** del IV trimestre 2011 vs **4€/mln** del Consuntivo 2009). D'altro canto, si può evidenziare che la voce di CE relativa ai costi per Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli organi direttivi e Collegio sindacale risulta in costante diminuzione nell'arco di tempo 2008-2011, registrando un decremento nel 2011 rispetto al 2008 del 29%.
- **Verifica sull'esercizio di mansioni non corrispondenti alle qualifiche di appartenenza ed eventuale riallocazione:** è stata avviata presso le ASL l'indagine in merito alla definizione della situazione di inidoneità alle proprie mansioni del personale impiegato. Si è quindi in attesa della risposta delle ASL in merito all'elenco del personale da riallocare o non riallocabile all'interno dell'Azienda stessa;
- **Gestione del servizio mensa e/o dell'esercizio del diritto alla mensa con modalità sostitutiva:** sono in via di emanazione le linee guida regionali che definiscano criteri univoci per tutte le Aziende sanitarie per il diritto alla fruizione del servizio mensa;
- **Prestazioni aggiuntive:** i dati per poter effettuare tale verifica sono solo parzialmente disponibili;
- **Ridefinizione delle strutture organizzative e Programmazione delle Risorse Umane:** per poter procedere nel raggiungimento di questi obiettivi si rimane in attesa di un parere favorevole del Ministero sulle Linee guida degli atti aziendali.
- **Valutazione delle performance del personale:** sono in corso di emanazione le linee guida regionali che individuano i criteri e gli indicatori per la valutazione delle performance del personale.

Tali interventi vengono confermati all'interno del presente Programma Operativo nel Paragrafo 2.2 Personale

1.1.6 Farmaceutica

Dall'analisi degli scostamenti al IV Trimestre 2011 si evince una contrazione della spesa sulla farmaceutica convenzionata di circa **117 €/mln** rispetto al consuntivo 2010, con un maggior risparmio di **51 €/mln** rispetto al Programmatico.

Per quanto riguarda i Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati si evidenzia invece un aumento della spesa rispetto al 2010 (+**21 €/mln**) che si traduce in un mancato risparmio rispetto al Programmatico di **34 €/mln**.

Tabella 7 – Analisi degli scostamenti al IV Trimestre

ANALISI DEI COSTI DELLA SPESA FARMACEUTICA €/000	IV Trimestre 2011 A	Consuntivo 2010 B	DIV trim 2011 - Cons 2010 C=A-B	Trend	Programmati co 2011 D	DIV trim 2011 - Progr. 2011 E=A-D	Trend
Prodotti farmaceutici ed emoderivati	699.917	683.315	16.602	↑	670.240	29.677	↑
Ossigeno	9.465	6.333	3.132	↑	6.406	3.059	↑
Prodotti dietetici	5.992	6.205	(213)	↓	6.276	(284)	↓
Prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici	715.374	695.853	19.521	↑	682.922	32.452	↑
Distribuzione farmaci e File F da privato	6.450	4.195	2.255	↑	4.335	2.115	↑
Totale costi per farmaci (consumo interno + DD) e per servizi di distribuzione	721.824	700.048	21.776	↑	687.257	34.567	↑
Farmaceutica convenzionata	976.406	1.093.979	(117.573)	↓	1.027.482	(51.076)	↓
Totale spesa farmaceutica	1.698.230	1.794.027	(95.797)	↓	1.714.739	(16.509)	↓

Le manovre completate, o quasi, sia a livello territoriale che ospedaliero sono le seguenti.

- **Incentivo alla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto e a basso costo (Spesa convenzionata):** la Regione si poneva l'obiettivo di incrementare la prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto inclusi nella lista di trasparenza AIFA. In tal senso la Regione ha emanato i Decreti n.55 e n.56 del 2011, al fine di indirizzare la prescrizione verso i farmaci a brevetto scaduto e definisce obiettivi precisi per l'attività

prescrittiva dei farmaci della classe Antimicorbici sistemici "J". E' stata inoltre trasmessa a Roma una bozza di Decreto per l'incentivazione all'utilizzo delle statine a brevetto scaduto. Dai dati a disposizione del sistema Tessera Sanitaria si rileva un aumento dell'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto, ma al momento non è possibile effettuare una valutazione economica puntuale dell'impatto di tale intervento.

- **Efficientamento della distribuzione dell'ossigeno liquido:** è stato siglato l'accordo tra la Regione e Federfarma in data 11 ottobre 2011 per la distribuzione dell'ossigeno liquido che prevede un maggiore sconto del 16,54% a partire dal mese di settembre, i cui effetti economici si scontreranno principalmente nel prossimo anno. E' stata inoltre programmata una gara centralizzata per l'acquisto diretto dell'ossigeno liquido.
- **Omogeneizzazione dei sistemi di distribuzione per conto (DPC):** è stato costituito il tavolo di confronto con Federfarma per l'elaborazione di un sistema unico di remunerazione del servizio di DPC. Non si è ancora sottoscritto l'accordo regionale in quanto in corso d'opera si è ritenuto più conveniente rimodulare l'obiettivo, omogeneizzando i sistemi di remunerazione della distribuzione per conto, laddove esistenti, e rafforzando, la distribuzione diretta. In pratica si sono omogeneizzati i sistemi distributivi nella provincia di Napoli. Alla distribuzione per conto, già avviata nelle ASL NA2 nord e NA3 sud ha aderito alle stesse condizioni l'ASL NA1 centro. L'ASL AV ha sottoscritto un nuovo accordo, a condizioni migliori delle ASL napoletane. L'ASL SA ha invece deciso di potenziare per il 2012 il sistema di distribuzione diretta. Le ASL CE e BN hanno lasciato inalterato il proprio sistema distributivo, basato in parte sulla distribuzione diretta e in parte sulla distribuzione per conto, ritenendolo più conveniente rispetto ad un accordo di distribuzione per conto assoluto. Nel corso dell'anno e nell'ambito del confronto in atto con Federfarma Campania si valuterà la possibilità di divenire a un accordo di DPC unificata, laddove emerga la possibilità di ottenere ulteriori economie garantendo l'appropriatezza prescrittiva.
- **Rafforzamento utilizzo farmaci a brevetto scaduto, a basso costo e farmaci biosimilari (Spesa Ospedaliera):** la Regione ha trasmesso a Roma la bozza del Decreto per incrementare l'uso di tale tipologia di farmaci, e ha ricevuto parere favorevole dal Ministero (Prot. Campania DG PROG 100-P del 15 marzo 2012). In ogni caso, in base ai dati a disposizione si rileva un aumento dei consumi ospedalieri dei farmaci biosimilari per c.a. **1,7 €/mln**, rispetto al 2010. L'utilizzo dei farmaci biosimilari in sostituzione dei farmaci *branded* ha consentito nel 2011 un risparmio di c.a. **5,5 €/mln**.
- **Gestione dei farmaci sottoposti a registro AIFA:** il monitoraggio dell'utilizzo *off-label* dei farmaci sottoposti a registro AIFA è stato affidato alle singole ASL, e inserito tra gli obiettivi dei Direttori Generali. Si rileva inoltre che l'accesso al file F dei farmaci oncologici ad alto costo è stato subordinato all'implementazione e all'effettiva definizione dei preparati farmacologici nel rispetto delle norme di buona preparazione.
- **Recupero economico del *payment by results*:** la corretta politica di informazione rivolta ai medici prescrittori e ai farmacisti per attuare il recupero degli extra-sconti hanno consentito, salvo casi particolari, l'entrata a regime delle procedure previste dal Decreto n.47/2010. In particolare alcune Aziende (ad esempio AO Moscati di Avellino, IRCCS Pascale, AO Rummo di Benevento, AO Cardarelli di Napoli) hanno già fornito i primi riscontri. La Regione ha predisposto una nota, della quale il Ministero delle Economie e delle Finanze e il Ministero della Salute hanno già preso atto, in cui vengono trasmessi i primi rimborsi comunicati dalle quattro Aziende Ospedaliere. Prendendo come riferimento le somme rese note relative al 2010, è possibile effettuare una prima valorizzazione degli importi da recuperare. Si rileva un importo pari a c.a. **1,4 €/mln** per tre Aziende Ospedaliere, con un recupero medio per Azienda pari a c.a. **0,5 €/mln** all'anno e, considerando le 17 AA.SS presenti in Campania, si calcola un rimborso presunto pari a c.a. **8,0 €/mln**. Tale valore viene abbattuto prudentemente del 30%, ottenendo un possibile rimborso annuo di c.a. **5,6 €/mln**.

Tabella 8 – Recupero economico del *payment by results*

Azienda €/000	Rimborso richiesto
IRCCS PASCALE	310
AO RUMMO	326
AO CARDARELLI	750
Totale Rimborso richiesto	1.386

- **Monitoraggio e controllo dei farmaci in ambito ospedaliero:** Si sono effettuati degli incontri con i farmacisti delle AA.SS. per costruire il budget. Le principali criticità emerse riguardano la definizione del consumo ottimale atteso. Si è così preferito un diverso approccio, del tipo di quello adottato dall'AIFA in attuazione al DL n.98/10 di verifica dell'appropriatezza e di supporto delle *performance* della Regione. Si vuole creare un sistema d'indicatori di appropriatezza prescrittiva, i quali verteranno sui consumi, per misurare le *performance* sia delle ASL che delle Aziende Ospedaliere. Tra i risultati programmati vi è l'adozione di specifiche procedure atte alla registrazione delle movimentazioni di carico e scarico dei farmaci in reparto, per garantire il monitoraggio dei consumi e il contenimento del fenomeno dei medicinali scaduti. A tal proposito il Decreto 60/2011 per l'implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, definisce il modello standard di riferimento per il ciclo magazzino e ne dispone l'adozione da parte delle AA.SS. regionali a partire dal 1 agosto 2011. Si rileva inoltre come l'attività di monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera in occasione delle verifiche trimestrali è stata attuata, richiedendo report specifici sugli scostamenti rilevati. I dati a IV Trimestre 2011 evidenziano un aumento della spesa rispetto al Consuntivo 2010 pari a c.a. il 3%.

Di seguito invece vengono evidenziate le criticità emerse nel completamento delle restanti manovre.

- **Sviluppo di un sistema di *reporting* per il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva:** la Regione sta predisponendo un decreto per il monitoraggio dell'induzione farmaceutica, ovvero delle prescrizioni farmaceutiche suggerite (ricette non SSN) da specialisti e medici ospedalieri (già trasmesso al Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali). In particolare è stata trasmessa al citato Tavolo con protocollo n.355 del 5 dicembre 2011 una bozza di Decreto denominato "Monitoraggio ricette indotte", per la prescrizione dei farmaci di fascia A da parte degli specialisti e dei MMG. La Regione sta predisponendo il sistema di indicatori di *performance*, che, tra gli obiettivi, ha anche quello di valutare l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni farmaceutiche.
- **Formazione MMG/PLS:** i programmi per la formazione dei MMG/PLS sono stati avviati nel 2011 secondo quanto programmato, ed è in corso una riprogrammazione degli interventi allo scopo di garantirne l'efficacia. Positiva è stata la partecipazione dei medici ai corsi organizzati. Sono in corso degli incontri con i MMG per condividere dei percorsi diagnostici terapeutici improntati alla *best practice* e parallelamente si è aperto il confronto sull'adozione di un sistema premiante dei comportamenti più virtuosi.
- **Incremento della distribuzione del primo ciclo di terapia:** rispetto all'incentivazione di farmaci del primo ciclo di terapia ai pazienti dimessi, la Regione, tenendo conto del blocco del *turn over*, ha preferito puntare sulla distribuzione dei farmaci del PHT, più costosi e di più lunga durata.
- **Revisione e aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale:** con Decreto n.92/2011, emanato a dicembre, è stato istituito un Tavolo Tecnico di Lavoro sul Farmaco che ha tra gli obiettivi la valutazione clinico terapeutica dei farmaci ai fini dell'inserimento nel Prontuario Terapeutico Regionale. Il Tavolo Tecnico è stato regolarmente attivato e prevede di completare il lavoro di aggiornamento del P.T.O.R. entro il primo semestre del 2012. Di conseguenza i risultati programmati quali l'unificazione dei modelli di prescrizione e/o l'unificazione dei budget per U.O.C. e centro prescrittore in via di realizzazione.

Tali interventi sono confermati anche per il 2012 e nel Paragrafo 2.6 Sistema di monitoraggio della spesa Farmaceutica viene invece rimodulato il sistema di *reporting* al fine di ottenere un modello univoco di misurazione delle prestazioni per la spesa convenzionata, ospedaliera e per la PHT.

1.1.7 Interventi di sistema

Accreditamento

Il precedente Programma Operativo prevedeva il completamento delle procedure inerenti l'accreditamento definitivo entro il 31 dicembre 2011, sulla base di quanto previsto dalla Legge Regionale n.14 del 4 agosto 2011. Tuttavia il Consiglio dei Ministri ha impugnato numerose disposizioni di tale Legge per cui si è reso necessario l'intervento del Commissario ad Acta che ha sospeso l'efficacia delle disposizioni in argomento, chiedendone l'abrogazione. Il Consiglio regionale è, pertanto, nuovamente intervenuto sulla materia, approvando la Legge n.23 del 14 dicembre 2011.

Vista l'impugnativa mossa dal Consiglio dei Ministri a tale Legge la struttura commissariale ha provveduto a sospendere l'efficacia dei commi della norma in argomento, chiedendone l'abrogazione in quanto in contrasto con il Piano di Rientro e consentendo l'attivazione della Piattaforma per la presentazione delle domande di accreditamento definitivo.

Tale intervento viene confermato all'interno del presente Programma Operativo nel Paragrafo 2.3.1 Accreditamento.

Compartecipazioni

Con Decreti commissariali la Regione ha introdotto con decorrenza dal 1 ottobre 2010 misure straordinarie di compartecipazione alla spesa sanitaria per i cittadini, come meglio evidenziato nel seguito:

- **Spesa farmaceutica:** dai dati a disposizione al IV Trimestre 2011 si evidenzia una diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al Programmatico di c.a. **51 €/mln**. Dai dati disponibili risulta un incremento delle entrate da *ticket* di c.a. **69 €/mln**, in linea con quanto previsto dal Programmatico. L'ulteriore risparmio è potrebbe essere riconducibile ad un calo della spesa lorda dovuto in parte ad un miglior risultato delle azioni previste in seno alla razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata, e in parte ad un maggior effetto di riduzione della domanda a seguito dell'introduzione del *ticket*.

Tabella 9 – Farmaceutica convenzionata

ANALISI DEI COSTI DELLA SPESA FARMACEUTICA	IV Trimestre 2011	Consuntivo 2010	Δ IV Trim 11 - Cons 10	Trend	Programmatico 2011	Δ IV Trim 11 - Prog 11	Trend
€/000	A	B	C = A - B		D	E = A - D	
Farmaceutica convenzionata	976.406	1.093.979	(117.573)	↓	1.027.482	(51.076)	↓

- **Assistenza termale e i codici bianchi da pronto soccorso:** dai dati da CE al IV Trimestre 2011 per i *ticket* sul pronto soccorso si registra un aumento delle entrate per c.a. **2 €/mln**. Sono in corso da parte della Regione approfondimenti in merito alle modalità di riscossione degli importi e agli accordi con le esattorie comunali. Dai dati gestionali a disposizione risulta inoltre una diminuzione delle prestazioni di assistenza termale.
- **Assistenza specialistica da pubblico:** dai dati da CE a disposizione al IV Trimestre 2011 si evidenzia un aumento delle entrate da *ticket* di c.a. **6,5 €/mln** (+16%) rispetto al Consuntivo 2010, mentre rispetto al Programmatico il dato è inferiore di c.a. **6,7 €/mln**. Si rileva quindi una contrazione delle entrate da *ticket* rispetto a quanto previsto nei Programmi Operativi 2011-2012, probabilmente imputabile al minor costo della stessa prestazione effettuata *out of pocket*.

Tabella 10 – Compartecipazione all'assistenza specialistica ambulatoriale

Compartecipazione all'assistenza specialistica da pubblico	IV Trimestre 2011	Consuntivo 2010	Δ IV Trim 11 - Cons 10	Trend	Programmatico 2011	Δ IV Trim 11 - Prog 11	Trend
€/000	A	B	C = A - B		D	E = A - D	
Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	47.499	40.901	6.598	↑	54.195	(6.696)	↓

Tali interventi vengono confermati all'interno del presente Programma Operativo nel Paragrafo 2.5 Rete Territoriale.

Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi

La manovra programmata nel precedente PO, relativamente alla riduzione di alcune voci di costo per l'acquisto di beni e servizi, non ha dato gli esiti previsti. Infatti, dal confronto di queste voci di costo al IV Trimestre 2011 con il Programmatico 2011 si evidenzia un incremento dell'aggregato delle voci di costo considerate pari a c.a. **34,1 €/mln**. Principalmente tale mancato risparmio è riconducibile ai prodotti farmaceutici ed emoderivati, come già evidenziato nel paragrafo 1.1.6 Farmaceutica.

Nonostante le attività di acquisto siano gestite da So.Re.Sa. le Aziende hanno comunque avviato procedure di acquisto proprie per i prodotti che ancora non risultano essere gestiti centralmente.

Di seguito si riporta il dettaglio inerente alle voci di costo dei beni e servizi oggetto di manovra nel PO precedente.

Tabella 11 – Analisi di alcune voci di costo per beni e servizi

Analisi dei costi dei beni e servizi €/000	IV Trimestre 2011 A	Programmatico 2011 B	Δ IV Trim 11 - Prog 11 C=A-B	Trend
Prodotti farmaceutici ed emoderivati	699.917	670.240	29.677	↑
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa e protesica	165.983	167.204	(1.221)	↓
Pulizia	147.714	140.028	7.686	↑
Mensa	98.328	93.106	5.222	↑
Materiali diagnostici prodotti chimici	83.290	90.067	(6.777)	↓
Materiali protesici	75.694	82.950	(7.256)	↓
Manutenzione e riparazione alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie	54.927	56.666	(1.739)	↓
Premi di assicurazione	63.387	62.722	665	↑
Utenze elettricità	51.290	41.759	9.531	↑
Lavanderia	35.200	36.846	(1.646)	↓
Totale	1.475.730	1.441.589	34.141	↑

In allegato vengono rimodulati gli obiettivi per singola Azienda, partendo per la determinazione del Programmatico 2011 dai dati di Consuntivo 2010 e prendendo in considerazione anche gli accorpamenti/scorporamenti avvenuti nel corso dell'anno.

Tale intervento viene rimodulato all'interno del presente Programma Operativo nel **Paragrafo 2.7 Acquisto beni e servizi**.

Attuazione del Decreto 12/2011 - Regularizzazione del pagamento ai creditori

Con decreto commissariale n. 12 del 21 febbraio 2011 è stato predisposto il Piano di Pagamento dei debiti sanitari in attuazione dell'art. 11, comma 2, del DL 78/2010, convertito in legge 122/2010.

Tale intervento viene ripreso e ampliato all'interno del presente Programma Operativo nel **Paragrafo 2.8 Regularizzazione dei pagamenti ai creditori**.

1.1.8 Fornitura prestazioni da privati accreditati

Rispetto all'obiettivo di costo programmato per il 2011 si sono registrati maggiori costi per i privati per **29,8 €/mln** (di cui 2,1€/mln già evidenziati nel Paragrafo 1.1.6 Farmaceutica).

Tabella 12 – Analisi dei costi per i privati

ANALISI DELLE PRESTAZIONI DA PRIVATO	IV Trimestre 2011	Programmatico 2011	DIV trim 2011 - Programm.2011	Trend
€/000	A	B	C=A-B	
<i>Assistenza Specialistica Esterna da terzi</i>	547.749	549.405	(1.656)	↓
<i>Costo SUMAI</i>	205.487	204.008	1.479	↑
<i>Accantonamenti rinnovi contrattuali</i>	1.002	995	7	↑
<i>Sperimentazione radioterapia sterotassica</i>	3.978	3.950	28	↑
<i>Assistenza Specialistica Esterna da Classificati</i>	4.386	4.386	0	↓
Assistenza Specialistica Esterna	762.602	762.744	(142)	↓
Assistenza Riabilitativa Esterna	272.794	270.025	2.769	↑
Assistenza Integrativa, Protesica	165.920	167.204	(1.284)	↓
<i>Assistenza Ospedaliera Esterna da Privato</i>	655.659	643.558	12.101	↑
<i>Assistenza Ospedaliera Esterna da IRCCS privati</i>	19.000	19.000	0	↓
<i>Assistenza Ospedaliera Esterna da Classificati</i>	140.672	140.672	0	↓
<i>Assistenza Ospedaliera Esterna da altri</i>	9.700	9.400	300	↑
Assistenza Ospedaliera Esterna	825.031	812.630	12.401	↑
Assistenza Termale	21.772	22.502	(730)	↓
Psichiatria Res.le e Semires.le e Prestazioni sociosan.	125.180	110.497	14.683	↑
Distribuzione farmaci e File F	6.450	4.335	2.115	↑
Totale Prestazioni sanitarie da Privato	2.179.749	2.149.937	29.812	↑

Tutti i contratti con gli erogatori privati per l'anno 2011 sono stati sottoscritti. Nel mese di dicembre 2011 l'emanazione di due decreti specifici (n.84 e n.86) ha comportato la modifica dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per le macroaree dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza riabilitativa extra-ospedaliera e altre attività residenziali.

- **Ticket sull'assistenza specialistica da privati:** il Decreto 53/2010 ha previsto per l'anno 2011 misure straordinarie di compartecipazione alla spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale, introducendo il pagamento di una quota aggiuntiva fissa per ogni prestazione. Il Decreto 63/2011 inoltre chiarisce che il tetto 2011 determinato dalla Regione deve essere considerato al lordo di questa "quota ricetta" fissa. Sulla base dei dati elaborati con il sistema SOGEI /Tessera sanitaria, emerge che il valore del *ticket* per quota fissa, è pari a c.a. **34 €/mln**, in linea con la manovra stimata nel precedente PO, valorizzata pari a **31 €/mln**. Si sottolinea che il valore relativo ai costi per l'Assistenza specialistica Esterna riportato in tabella e pari a **762,6 €/mln** è stato rideterminato al netto della quota ricetta, come previsto dal Decreto. Le ASL, che ad oggi hanno imputato a CE il tetto complessivo, dovranno rettificare in sede di Consuntivo tale costo, sottraendo dal tetto la parte di *ticket* regionale.

Nel dettaglio i contratti con gli erogatori privati sono stati sviluppati come segue:

- **Prestazioni di specialistica ambulatoriale:** come previsto nel corso dell'anno si sono svolti degli incontri con le organizzazioni rappresentative per la realizzazione delle intese regionali. In particolare a seguito dell'incontro avvenuto il 18 ottobre 2011 tra Regione Campania e Associazioni di categoria, è stato emanato il Decreto n.85/2011 che recepisce alcune modifiche al precedente Decreto n.24/2011, consentendo così la stipula dei contratti.
- **Assistenza riabilitativa, extra-ospedaliera e altre attività residenziali:** con Decreto n. 86/2011 è intervenuta una modifica dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati, precedentemente fissati dal Decreto n.25/2011, conseguente alle criticità emerse nel corso degli incontri con le Associazioni di categoria. In particolare, per le tre diverse macroaree sono state apportate le seguenti modifiche:
 - **+0,7 €/mln** per la macroarea dell'FKT;
 - **+2,9 €/mln** per la riabilitazione ex art.26;
 - **-1 €/mln** per la macroarea salute mentale e socio-sanitario.
- **Assistenza ospedaliera – Case di Cura:** con Decreto n.84/2011 è avvenuta una rimodulazione dei tetti di spesa precedentemente fissati dal Decreto n.23/2011, con un aumento del tetto di c.a. **14,5 €/mln**, rispetto al precedente citato Decreto n.23/2011, opposto dalle associazioni. Il nuovo Decreto tiene conto delle risultanze del pre-accordo integrativo tra Regione Campania e Ospedalità Privata svoltosi in data 22

giugno 2011. L'accordo ha previsto l'immediata sottoscrizione dei contratti da parte delle Case di Cura e l'impegno della Regione per l'istituzione di un Tavolo Tariffe Regione-Associazioni di Categoria, la modifica da parte della Regione del tetto di spesa massimo in **582 €/mln**, e la ridefinizione da parte della Regione dei singoli tetti di struttura.

■ **Assistenza ospedaliera – Istituti religiosi:** in Campania sono presenti quattro ospedali gestiti da istituti religiosi:

- con due di essi (Fatebenefratelli di Napoli e Benevento) con Decreto n. 20/2011 è stato stipulato un accordo fino al 2012 con un tetto incrementale su volumi di prestazioni e riconoscimento forfettario della funzione di emergenza e complessità. In tale accordo è definito anche tutto il contenzioso pregresso;
- i rapporti con l'Ospedale Evangelico di Napoli della Fondazione Evangelica Betania della Tavola Valdese sono fissati dal Decreto n. 52/2011, che determina un corrispettivo complessivo da erogare per l'anno 2011. La quota è onnicomprensiva per la remunerazione dei volumi di prestazione, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni e per il rimborso dei farmaci file F, di un riconoscimento forfettario per la funzione di pronto soccorso, della funzione di terapia intensiva e dei ricoveri di alta complessità. Il Decreto fa riferimento al periodo fino al 31 dicembre 2011, per l'esercizio 2012 deve essere definito un nuovo accordo;
- i rapporti con l'Ospedale S.Maria della Pietà di Casoria sono fissati dal Decreto n. 53/2011, che determina un corrispettivo complessivo da erogare per l'anno 2011. L'importo è onnicomprensivo per la remunerazione dei volumi di produzione, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni e per il rimborso dei farmaci file F e di un riconoscimento forfettario per le prestazioni di Osservazione Breve Intensiva. Il Decreto fa riferimento al periodo fino al 31 dicembre 2011, per l'esercizio 2012 deve essere definito un nuovo accordo.

Per quest'ultime due strutture sono in corso di definizione gli accordi per la regolarizzazione del contenzioso pregresso, per la quale la Regione ha già effettuato in gestione accentrata un debito appostamento a fondo rischi.

■ **Assistenza termale:** con Decreto n. 33/2011 sono stati determinati i limiti di spesa e i relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e la tipologia delle prestazioni di assistenza termale. Rispetto al limite di spesa per il 2011 pari a c.a. **22,8 €/mln** preventivato nei Programmi Operativi 2011-2012, gli accordi firmati hanno fissato un limite di spesa di c.a. **22,5 €/mln**. Mentre i volumi effettivamente erogati, al IV trimestre 2011 risultano c.a. **21,8 €/mln**.

Tali interventi vengono riproposti per il 2012 all'interno del presente Programma Operativo nel Paragrafo 2.3.2 Accordi contrattuali.

1.1.9 Protocolli d'intesa con le Università degli Studi

Definiti i protocolli con le Università Federico II di Napoli e Seconda Università di Napoli, è attualmente in itinere la stipula con l'Università di Salerno.

L'obiettivo della stipula con l'Università di Salerno viene riproposto per il 2012 all'interno del presente Programma Operativo nel Paragrafo 2.3.3 Protocolli d'intesa con le Università.

1.1.10 Tariffe

Con il Decreto 4/2011 son state approvate le tariffe per prestazioni residenziali per l'assistenza al Malato Terminale; per quanto riguarda le tariffe ambulatoriali, già adottate, si è in attesa della valutazione ministeriale.

Nel 2012 si programma l'adozione delle tariffe ancora mancanti per l'assistenza domiciliare, come esposto all'interno del presente Programma Operativo nel Paragrafo.2.5 Rete Territoriale.

1.2 Tendenziale 2012

Tabella 13 – Tendenziale 2012

CONTO ECONOMICO	Consuntivo 2010	IV Trimestre 2011	Δ IV trim 2011 - Cons 2010	Tendenziale 2012	Δ IV trim 2011 - Tend. 2012
€/000	A	B	C=B-A	D	E=B-D
Contributi in c/esercizio FSR quota indistinta	9.423.006	9.592.350	169.344	9.732.201	(139.851)
Contributi in c/esercizio FSR quota vincolata	197.416	187.873	(9.543)	187.873	0
Saldo mobilità interregionale	(303.037)	(300.962)	2.075	(310.962)	10.000
Contributi in c/esercizio da FSR	9.317.385	9.479.261	161.876	9.609.112	(129.851)
Altre Entrate	204.519	191.991	(12.528)	192.084	(93)
TOTALE RICAVI	9.521.904	9.671.252	149.348	9.801.196	(129.944)
<i>Prodotti farmaceutici (acquisto)</i>	<i>683.315</i>	<i>699.917</i>	<i>16.602</i>	<i>741.912</i>	<i>(41.995)</i>
<i>Altri beni sanitari (acquisto)</i>	<i>392.395</i>	<i>399.649</i>	<i>7.254</i>	<i>407.642</i>	<i>(7.993)</i>
<i>Variazione rimanenze sanitarie</i>	<i>(13.892)</i>	<i>(538)</i>	<i>13.354</i>	<i>0</i>	<i>(538)</i>
Beni Sanitari (consumi)	1.061.818	1.099.028	37.210	1.149.554	(50.526)
Beni non Sanitari (consumi)	31.529	30.873	(656)	31.133	(260)
Servizi Sanitari	399.005	342.793	(56.212)	349.651	(6.858)
Servizi non Sanitari	844.987	856.671	11.684	873.805	(17.134)
Totale Beni & Servizi	2.337.339	2.329.365	(7.974)	2.404.143	(74.778)
Totale Personale con accantonamenti rinnovi	3.118.676	2.945.677	(172.999)	2.945.677	0
Medicina di Base con accantonamenti rinnovi	651.914	659.063	7.149	659.043	20
Farmaceutica Convenzionata	1.093.979	976.406	(117.573)	995.934	(19.528)
Assistenza Specialistica Esterna	740.953	762.602	21.649	862.862	(100.260)
Assistenza Riabilitativa Esterna	281.154	272.794	(8.360)	300.900	(28.106)
Assistenza Integrativa, Protesica	172.595	165.920	(6.675)	183.655	(17.735)
Assistenza Ospedaliera Esterna	805.305	825.031	19.726	861.091	(36.060)
Assistenza Termale	21.960	21.772	(188)	23.154	(1.382)
Psichiatria Res.le e Semires.le e Prestazioni	120.075	125.180	5.105	129.540	(4.360)
Distribuzione farmaci e File F	4.195	6.450	2.255	4.590	1.860
Totale Prestazioni sanitarie da Privato	2.146.237	2.179.749	33.512	2.365.792	(186.044)
Ammortamenti (al netto dei costi capitalizzati)	79.778	81.298	1.520	81.298	0
Accantonamenti per Rischi ed Oneri e svalutazione	308.783	429.747	120.964	430.078	(331)
Totale Costi della produzione	9.736.706	9.601.305	(135.401)	9.881.966	(280.661)
Margine Operativo	(214.802)	69.947	284.749	(80.770)	150.717
Proventi (+) Oneri (-) Finanziari Netti	(47.134)	(22.741)	24.393	(23.197)	456
Proventi (+) Oneri (-) Straordinari	(88.942)	(24.495)	64.447	(74.706)	50.211
Proventi (+) e Oneri (-) Finanziari e straordinari netti	(136.076)	(47.236)	88.840	(97.903)	50.667
Imposte e Tasse	243.962	238.773	(5.189)	238.873	(100)
Risultato Economico	(594.840)	(216.062)	378.778	(417.546)	201.484

La tabella precedente illustra lo schema sintetico gestionale dei Conti Economici Consuntivo 2010 e IV Trimestre 2011 e del Conto Economico Tendenziale 2012.

Si premette che il tendenziale per l'anno 2011 è stato stimato sulla base del Conto Economico NSIS - Consuntivo 2010 come illustrato nel Programma Operativo 2011 – 2012, mentre il tendenziale per l'anno 2012 è stato stimato sulla base del Conto Economico NSIS – IV Trimestre 2011.

Nel seguito, si specifica il dettaglio e le ipotesi di calcolo per le principali voci di CE.

Generalmente, per costruire il tendenziale, è stato previsto un tasso di crescita annuo delle voci del Pre-Consuntivo 2011 pari al 2% annuo (basato sul Tasso di Inflazione Programmata pari all'1,5%, come previsto nel D.P.E.F., aumentato prudenzialmente dello 0,5% per tener conto anche dell'aumento dell'aliquota IVA), ad eccezione delle voci relative al FSR e dei contributi vincolati, al costo del Personale e alla Medicina di base, agli accantonamenti a fondo rischi e al saldo della gestione straordinaria. Per tali voci si rimanda alla specifica trattazione che segue.

RICAVI

Contributi in c/esercizio indistinti

Per l'importo del FSR è stato riportato il dato derivante dall'accordo politico raggiunto in data 29 febbraio 2012. In tale data sono state approvate anche le tabelle dei saldi di mobilità. Tale valore porta a un incremento dell'aggregato di Conto Economico di c.a. **139,8 €/mln.**

Saldo mobilità

Per il 2012 è stato riportato il dato derivante dall'accordo politico raggiunto in data del 29 febbraio 2012, pari a **301,9 €/mln** a cui sono stati aggiunti prudenzialmente **9 €/mln** di accantonamento per eventuali conguagli.

Contributi in c/esercizio a destinazione vincolata

I contributi vincolati sono stati assunti sono stati previsti prudenzialmente stabili rispetto al 2011.

Altre entrate

Rispetto al IV trimestre 2011, tali voci sono state mantenute prudenzialmente stabili, eccetto un incremento del 2% del saldo dell'intramoenia. Con riguardo agli effetti dell'introduzione dei *ticket*, considerando che i relativi provvedimenti di introduzione coprono anche il 2012, questi sono stati previsti stabili.

COSTI

Beni e Servizi

Per quanto riguarda la stima dell'andamento dei costi per beni e servizi, le ipotesi formulate sono state:

- gli acquisti di **beni sanitari e non sanitari**, esclusi i **prodotti farmaceutici**, sono stati incrementati del 2%. Per i **prodotti farmaceutici** si è invece utilizzato un CAGR pari all'6%, con un incremento complessivo per beni e servizi sanitari di circa **50,7 €/mln**;
- i **servizi sanitari e non sanitari** sono stati incrementati del 2% all'anno e al 2012 si attesteranno ad un valore superiore al 2011 di circa **24 €/mln**.

Complessivamente la voce di beni e servizi subirà un incremento di circa **74,7 €/mln**.

Costo del Personale dipendente

Nel tendenziale 2012 il numero dei dipendenti è stato ipotizzato stabile, senza abbattimento per blocco del *turn over*. Pertanto, il costo del personale dipendente è stabile rispetto al valore al IV Trimestre 2011, che già comprende l'indennità di vacanza contrattuale. Ricordiamo come l'abbattimento del blocco del turnover sia stato valorizzato tra le manovre per un importo pari a **- 84,3 €/mln**.

Medicina di Base

Il costo dei medici di base e degli specialisti ambulatoriali convenzionati è stato ipotizzato stabile, pertanto il relativo costo è uguale al valore di IV Trimestre 2011, così come i relativi accantonamenti per rinnovi che accolgono il valore dell'indennità di vacanza contrattuale non corrisposta.

Farmaceutica convenzionata

Con riguardo agli effetti dell'introduzione dei *ticket*, si consideri che i relativi provvedimenti di introduzione coprono anche il 2012. Tale voce di costo è prevista comunque in aumento del 2% rispetto al IV Trimestre 2011.

Prestazioni sanitarie da privato

Il costo tendenziale delle prestazioni sanitarie acquistate da terzi (in generale) è stato stimato per il 2011 in base alla produzione del 2010, compresi gli *extra budget* di alcune categorie e, per il 2012, con un ulteriore incremento del 2%. Di conseguenza, il totale delle prestazioni sanitarie acquistate da terzi presenta un incremento tendenziale dal 2010 al 2012 di circa **218 €/mln**. Avendo considerato nella stima del tendenziale i dati di produzione 2010, questi non tengono conto del maggiore *ticket* introdotto dalla Regione a fine settembre 2010.

Più in dettaglio, si prevedono i seguenti andamenti:

- **l'assistenza specialistica** da privati accreditati aumenta di oltre il 23% nel 2011 principalmente per effetto del sopra richiamato passaggio della dialisi dall'assistenza indiretta al temporaneo accreditamento per un totale di **121 €/mln**. Per quanto riguarda le altre prestazioni di assistenza specialistica, si prevede nel 2011 un incremento dei costi pari al 2%. Tale incremento percentuale è anche previsto per il monte complessivo delle prestazioni (inclusa la dialisi) per il 2012. Anche il costo degli specialisti SUMAI cresce del 2%, così come i relativi accantonamenti per rinnovi che accolgono il valore dell'indennità di vacanza contrattuale non corrisposta.
- **l'assistenza ospedaliera** presenta un incremento del costo dal 2010 al 2012 di **54 €/mln**:
 - l'assistenza erogata dalle case di cura private cresce di 27 €/mln nel 2011 (produzione 2009 erogata incrementata del 2%), così come per il 2012, il quale rispetto al 2010 presenta una crescita di **42 €/mln**;
 - l'assistenza erogata dagli ospedali classificati presenta nel 2012 un incremento pari a **12 €/mln** rispetto al 2010, derivante dal recente riconoscimento della remunerazione delle funzioni ex art. 8 sexies D.Lgs. 502/92 e s.m.i.; tale incremento, tuttavia, è causato soprattutto dal fatto che il costo 2010 di tale riconoscimento è registrato nell'accantonamento al fondo rischi ed oneri (essendo in corso il perfezionamento degli accordi con gli ospedali classificati);
- **l'assistenza riabilitativa** (ex art. 26), **neuropsichiatrica** e la **residenzialità socio sanitaria** (RSA) nel 2011 presentano un incremento tendenziale rispetto al consuntivo 2010 (che, si ricorda, è contenuto dalla applicazione dei tetti 2010) tra il 4 ed il 6%; che portano ad un incremento dal 2010 al 2012 di circa **30 €/mln**;
- **l'assistenza integrativa e protesica** ed il costo della **distribuzione "per conto" dei farmaci** da parte delle farmacie convenzionate sono stati incrementati nel 2011 di circa il 2% rispetto al 2009 e del 2% nel 2012, che si traduce in un incremento dal 2010 al 2012 di circa **11,4 €/mln**, nel presupposto di un mix costante. Qualora si pervenga ad un'intesa per la generalizzata anche se parziale distribuzione per conto, ci sarebbe solo un mero spostamento all'interno della farmaceutica territoriale.
- **l'assistenza termale** presenta una crescita intorno all'1,5% annuo.

Ammortamenti

Gli ammortamenti non sterilizzati sono stati previsti stabili rispetto al 2011.

Accantonamenti a fondi rischi,

Gli **accantonamenti a fondi rischi** sono stati mantenuti pari ai livelli raggiunti nel IV Trimestre 2011, che contiene **156 €/mln** riportati in gestione accentrata per rischi di ritardate contabilizzazioni.

Gestione straordinaria, finanziaria e fiscale

- Gli **oneri straordinari** sono stati mantenuti pari ai livelli raggiunti nel IV Trimestre 2011. I proventi straordinari sono stati prudenzialmente azzerati;
- i **proventi e gli oneri finanziari** sono stati stimati in crescita del 2% all'anno;
- le **imposte** ad eccezione dell'IRAP sono state stimate in crescita del 2% all'anno, mentre l'**IRAP** relativa al personale dipendente è prevista stabile rispetto al IV Trimestre 2011 in relazione alla stabilità tendenziale del costo del personale.

Tali stime portano ad un peggioramento dell'aggregato di Conto Economico di circa **101 €/mln**.

Considerando quanto esposto, la perdita d'esercizio per il 2012 sarebbe stimata in 418 €/mln. Le risorse finanziarie disponibili alla copertura del disavanzo, ad oggi previste, sono pari a circa 242 €/mln, tuttavia le Manovre previste dalla Regione consentiranno di raggiungere per l'anno 2012 una perdita programmatica pari a circa 174 €/mln.

2 I Programmi Operativi 2012

Tabella 14 – Tendenziale e Programmatico 2012

CONTO ECONOMICO	Consuntivo 2010	IV Trimestre 2011	Tendenziale 2012	Manovre 2012	Programm. 2012
€/000	A	B	C	D	E=C+D
Contributi in c/esercizio FSR quota indistinta	9.423.006	9.592.350	9.732.201	-	9.732.201
Contributi in c/esercizio FSR quota vincolata	197.416	187.873	187.873	-	187.873
Saldo mobilità interregionale	(303.037)	(300.962)	(310.962)	-	(310.962)
Contributi in c/esercizio da FSR	9.317.385	9.479.261	9.609.112	-	9.609.112
Altre Entrate	204.519	191.991	192.084	-	192.084
TOTALE RICAVI	9.521.904	9.671.252	9.801.196	-	9.801.196
Prodotti farmaceutici (acquisto)	683.315	699.917	741.912	(41.995)	699.917
Altri beni sanitari (acquisto)	392.395	399.649	407.642	-	407.642
Variazione rimanenze sanitarie	(13.892)	(538)	0	-	0
Beni Sanitari (consumi)	1.061.818	1.099.028	1.149.554	(41.995)	1.107.559
Beni non Sanitari (consumi)	31.529	30.873	31.133	-	31.133
Servizi Sanitari	399.005	342.793	349.651	-	349.651
Servizi non Sanitari	844.987	856.671	873.805	-	873.805
Totale Beni & Servizi	2.337.339	2.329.365	2.404.143	(41.995)	2.362.148
Totale Personale con accantonamenti rinnovi	3.118.676	2.945.677	2.945.677	(69.205)	2.876.472
Medicina di Base con accantonamenti rinnovi	651.914	659.063	659.043	20	659.063
Farmaceutica Convenzionata	1.093.979	976.406	995.934	-	995.934
Assistenza Specialistica Esterna	740.953	762.602	862.862	(68.294)	794.568
Assistenza Riabilitativa Esterna	281.154	272.794	300.900	(27.955)	272.945
Assistenza Integrativa, Protesica	172.595	165.920	183.655	(13.655)	170.000
Assistenza Ospedaliera Esterna	805.305	825.031	861.091	(10.314)	850.777
Assistenza Termale	21.960	21.772	23.154	(1.154)	22.000
Psichiatria Res.le e Semires.le e Prestazioni	120.075	125.180	129.540	(4.524)	125.016
Distribuzione farmaci e File F	4.195	6.450	4.590	(168)	4.422
Totale Prestazioni sanitarie da Privato	2.146.237	2.179.749	2.365.792	(126.064)	2.239.729
Ammortamenti (al netto dei costi capitalizzati)	79.778	81.298	81.298	-	81.298
Accantonamenti per Rischi ed Oneri e svalutazione	308.783	429.747	430.078	-	430.078
Totale Costi della produzione	9.736.706	9.601.305	9.881.966	(237.244)	9.644.722
Margine Operativo	(214.802)	69.947	(80.770)	237.244	156.474
Proventi (+) Oneri (-) Finanziari Netti	(47.134)	(22.741)	(23.197)	-	(23.197)
Proventi (+) Oneri (-) Straordinari	(88.942)	(24.495)	(74.706)	-	(74.706)
Proventi (+) e Oneri (-) Finanziari e straordinari netti	(136.076)	(47.236)	(97.903)	-	(97.903)
Imposte e Tasse	243.962	238.773	238.873	(5.917)	232.956
Risultato Economico	(594.840)	(216.062)	(417.546)	243.161	(174.385)

La Regione Campania, a fronte delle osservazioni mosse in sede di verifica degli adempimenti delle manovre dei Programmi Operativi 2011 - 2012 (DCA 45/2011), in merito allo stato di avanzamento delle manovre, intende programmare per l'anno 2012 una serie di interventi in grado di:

- rafforzare la *governance* del Sistema Sanitario Regionale (SSR) in ogni suo aspetto per consentire un maggior controllo delle azioni messe in campo;
- perseguire il raggiungimento dell'equilibrio economico- finanziario del Sistema Sanitario Regionale (SSR);
- perseguire la riqualificazione dell'offerta dei servizi ospedalieri e territoriali sulla base delle indicazioni del Patto della Salute 2010 – 2012 perseguendo l'obiettivo della continuità assistenziale;
- migliorare la qualità dei servizi percepita dai cittadini nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Tali interventi programmatori possono essere distinti in due diverse tipologie:

- azioni che nell'immediato possono generare importanti risparmi poiché si basano su azioni concrete di riduzione della spesa agendo direttamente sulle voci di spesa del SSR, ottimizzando l'impiego e l'approvvigionamento dei fattori produttivi. Ad esempio, il numero di cessazioni del Personale dipendente comporterà una diminuzione della spesa relativa al personale. La Centralizzazione degli acquisti di Beni e Servizi nonché di Farmaci permetterà importanti riduzioni sulla spesa del 2012;
- azioni orientate alla riqualificazione ed al potenziamento delle competenze necessarie per il buon governo del SSR. Al contrario degli interventi di risultato i cui effetti sono spesso quantificabili nel breve periodo, gli

interventi di sistema presuppongono manovre di natura strutturale di cui non è possibile misurare effetti nel breve periodo ma che intervengono sull'organizzazione del SSR, producendo i loro effetti nel medio - lungo periodo. Ad esempio, la razionalizzazione della Rete Ospedaliera e delle Reti Territoriali ridefinisce l'efficiente *setting* assistenziale delle cure, riducendo ricoveri inappropriati e migliorando la qualità dell'*outcome*¹. Si procederà inoltre ad ultimare il processo relativo all'accreditamento istituzionale definitivo.

I paragrafi che seguono illustrano l'intervento, i risparmi stimati dalla Direzione Regionale competente e le leve di azione da perseguire per raggiungere quanto programmato.

Tabella 15 – Riepilogo manovre 2012 e valorizzazione

	€/mIn
Totale manovre	243,1
Governace	-
Personale	79,2
Rapporto con gli erogatori	121,9
Rete Ospedaliera	-
Rete Territoriale	-
Sistema di monitoraggio della spesa Farmaceutica	-
Acquisto beni e servizi	42,0
Regolarizzazione dei pagamenti ai creditori	-
Prevenzione, Veterinaria e igiene degli alimenti	-

¹ L'*outcome* definisce il risultato globale del servizio socio- sanitario al cittadino.

2.1 Governance

Tabella 16 – Riepilogo manovre e valorizzazioni 2012 - *Governance*

	€/m ln
Governance	-
Rafforzamento del Nucleo di coordinamento	-
Verifica adempimenti LEA	-
Sistemi informativi e Risorse ex art 79, Legge n.133/2008	-
Individuazione di un Dominio organizzativo responsabile dei flussi istituzionali	-
Potenziamento del sistema dei controlli di appropriatezza delle prestazioni	-

2.1.1 Rafforzamento del Nucleo di coordinamento

Con il Decreto n. 65/2011 è stato istituito il Nucleo di Coordinamento, con lo scopo di verificare l'efficacia della programmazione regionale e il monitoraggio istituzionale dei programmi operativi ma non sono disponibili evidenze sulla sua effettiva operatività nel corso del 2011.

Viene quindi ribadito nel presente Programma Operativo l'esigenza di rafforzare tale Nucleo nel suo ruolo di monitoraggio e supporto del Programma Operativo e del Piano Sanitario Regionale, anche grazie al supporto tecnico-scientifico dell'ArSan.

Come già ribadito nel precedente Programma Operativo, il Nucleo di Coordinamento dovrà:

- interfacciarsi con i responsabili identificati negli interventi previsti dai presenti Programmi Operativi per assicurare la trasmissione delle informazioni, della documentazione e della modulistica atta a certificare l'adempimento delle azioni previste, garantendo il rispetto delle tempistiche stabilite;
- interfacciarsi con la Struttura Commissariale per comunicare lo stato avanzamento lavori degli interventi previsti, l'eventuale inadempimento nella trasmissione delle informazioni richieste in corrispondenza di ogni scadenza prevista nei presenti Programmi Operativi;
- supportare la Regione nella pianificazione di interventi atti ad assicurare a livello operativo la verifica della coerenza tra i dati condivisi e la realtà;
- supportare la pianificazione degli interventi e delle manovre correttive da attivare a fronte del rilevamento di mancati adempimenti o disallineamenti rispetto agli obiettivi prestabiliti.

Il Nucleo di Coordinamento per adempiere ai suoi compiti di monitoraggio utilizzerà "tabelle sinottiche" di risultati / responsabilità per singolo intervento, che i Dirigenti Regionali dovranno obbligatoriamente compilare al fine di individuare i referenti aziendali dei singoli Programmi Operativi e saranno elemento di valutazione dell'operato dei Dirigenti Regionali concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione.

Il Nucleo di coordinamento già istituito, e la sua effettiva funzionalità e potenziamento non comporterà un aumento dei costi per il SSR.

Risultati programmati

- Ciascuno dei Dirigenti Regionali responsabili delle linee di attività dei programmi operativi dovrà presentare alla Struttura Commissariale e al Nucleo di Coordinamento il crono programma delle attività di propria competenza;
- redazione di un report trimestrale sullo stato di avanzamento dei lavori per programma operativo e sintesi per la Struttura Commissariale delle principali aree di criticità rilevate, ed eventualmente ove necessario indicazione delle possibili azioni correttive.

Indicatori di risultato Regionali

- Presentazione alla Struttura Commissariale e al Nucleo di Coordinamento dei crono programmi delle linee di attività dei Programmi Operativi da parte dei dirigenti responsabili entro e non oltre 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente Programma Operativo;

- avvenuta produzione di un *report* trimestrale sullo stato di avanzamento dei lavori e sintesi per la Struttura Commissariale delle principali aree di criticità rilevate per programma operativo a partire 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente Programma Operativo;
- raggiungimento degli obiettivi di manovra per il 2012.

2.1.2 Verifica adempimenti LEA

La Regione, al fine di migliorare l'accesso alle risorse finanziarie dello Stato, ritiene fondamentale adottare tutte le procedure necessarie per garantire il superamento degli adempimenti LEA alle scadenze prefissate, così come stabilito dall'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, dal Patto per la salute 2007-2009 e da successivi accordi Stato-Regione o norme entrate in vigore. La Regione si fissa quindi come obiettivo per l'anno 2012, di raggiungere il pieno superamento degli adempimenti LEA per l'anno 2010, di monitorare e ridurre gli inadempimenti per l'anno 2011, mentre per l'anno 2012 è in attesa della definizione della griglia LEA da parte del Ministero della Salute.

Si confermano dunque gli obiettivi declinati nel precedente Programma Operativo in merito agli adempimenti di natura economico finanziaria e alle azioni di carattere strutturale non ancora pienamente raggiunti nel 2011².

Si sottolinea in questa sede come pur avendo come riferimento quanto indicato dal Comitato Lea per la verifica degli adempimenti del 2009, la regione Campania è impegnata nell'ambito del Piano di azione Obiettivo di servizio So6 –Programmazione unitaria 2007-2013 nel raggiungimento dello standard del 3,5% di popolazione ultra sessantacinquenne collocata in ADI al 31 dicembre 2012; tale standard- del 3,5% rilevata sempre attraverso il modello ministeriale FLS 21 riquadro H - è riportato nel documento "Nuova caratterizzazione delle cure domiciliari".

Pertanto si ritiene quale valore target di riferimento per la Regione Campania il valore standard del 3,5% calcolato sulla popolazione ultra sessantacinquenne che vede da quattro anni la regione Campania impegnata attraverso l'implementazione di azioni di sistema volte al conseguimento di tale obiettivo.

Al fine di raggiungere tale obiettivo risulta fondamentale il ruolo di *governance* assegnato al Nucleo di Coordinamento che avrà il compito di assicurare:

- il monitoraggio sistematico dell'avanzamento delle attività propedeutiche al superamento degli adempimenti da parte della Regione e delle Aziende sanitarie;
- la trasmissione da parte dei responsabili aziendali dei dati necessari per la verifica di tutti gli adempimenti riportati.

Risultati programmati

- Monitoraggio continuo dell'avanzamento delle attività necessarie per il superamento degli adempimenti da parte della Regione e delle Aziende Sanitarie;
- trasmissione da parte dei responsabili aziendali di tutti i dati necessari per la verifica degli adempimenti riportati.

Indicatori di risultato Regionali

- avvio del monitoraggio trimestrale sullo stato di avanzamento delle attività necessarie per il superamento degli adempimenti;
- miglioramento del livello di assicurazione degli adempimenti LEA.

²Riduzione del ricorso all'ospedalizzazione per quei ricoveri che devono essere erogati, in maniera appropriata, in regime territoriale, mantenimento dell'erogazione LEA nell'ambito dell'assistenza distrettuale e veterinaria.

Indicatori di risultato Aziendali

- Trasmissione dei dati necessari per la verifica degli adempimenti nelle tempistiche stabilite;
- miglioramento del livello qualitativo e quantitativo dei dati trasmessi.

2.1.3 Sistemi Informativi e Risorse ex art. 79, Legge n. 133/2008

La Giunta Regionale della Campania, nell'ambito del processo di modernizzazione, ha avviato le seguenti azioni:

- sul versante *amministrativo-gestionale*, con Delibera n. 612 del 29 ottobre 2011, è stato approvato il regolamento "Ordinamento amministrativo della Giunta regionale", che prevede la riorganizzazione e ridefinizione delle competenze degli Uffici. Nell'ambito delle funzioni attribuite alla Direzione generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale, è anche identificata la cura degli adempimenti connessi ai sistemi informativi in materia sanitaria;
- sul versante più specificamente *informativo* invece, con Delibera della Giunta Regionale n.438 del 9 agosto 2011, sono state avviate le procedure per l'indizione delle gare di appalto per "la gestione delle reti e del sistema informativo regionale" e per la "gestione e manutenzione del software applicativo del SIR e realizzazione del SIAR". Questo intervento prevede:
 - la reingegnerizzazione delle procedure amministrative con la metodologia del *Business Process Reengineering* (BPR);
 - la dematerializzazione volta all'introduzione dell'ICT in tutti i principali processi contabili, amministrativi, e decisionali;
 - l'introduzione di strumenti di analisi.

Il complessivo Sistema Informativo Sanitario della Regione Campania rimane, a tutt'oggi, affidato a tre attori. In particolare, i compiti e le funzionalità sono così ripartiti:

- L'Agenzia Regionale Sanitaria (ArSan), nell'ambito dei compiti affidati dal legislatore regionale, nonché quelli specifici di volta in volta affidati dalla Giunta Regionale e dalla Struttura del Commissario ad Acta per le attività inerenti il Piano di rientro dal disavanzo sanitario, ha sviluppato sin dalla data di primo impianto una complessa attività di progettazione, realizzazione e gestione dei sistemi informativi regionali, consolidando, negli anni, una piattaforma regionale stratificata di accoglienza delle prestazioni sanitarie dove affluiscono nelle seguenti banche dati:
 - Sistema di Anagrafe delle prestazioni di assistenza medica di base (file B), specialistica ambulatoriale (file C), farmaceutica (file D), cure termali (file E), erogazione diretta per conto dei farmaci (file F), ambulanza ed elisoccorso (file G) e strutture residenziali (file H).
 - Sistema di analisi dei ricoveri ospedalieri, *datawarehouse* delle Schede di Dimissione Ospedaliere provenienti da tutte le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate della Regione Campania, sulle quali viene svolta attività di analisi e reportistica con particolare attenzione all'appropriatezza delle prestazioni effettuate.
 - Sistema della gestione della compensazione della mobilità attiva e passiva interregionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera, medicina generale, specialistica ambulatoriale, distribuzione di farmaci sia diretta che a mezzo di farmacie convenzionate, assistenza termale, prestazioni di trasporto infermi, in conformità al Testo Unico per la Compensazione;
 - Sistemi di infrastruttura di livello regionale di cui alle delibere di Giunta Regionale n. 999/2006 e 1200/2006, della piattaforma della Tessera sanitaria di cui all'art. 50 del Decreto Legge 30 novembre 2003, convertito con la Legge 24/11/2003 n. 326, per il continuo monitoraggio dei dati pervenuti al cruscotto del sistema TS e del sistema di collegamento in rete dei medici prescrittori del Servizio Sanitario Nazionale, nonché della trasmissione telematica delle relative prescrizioni mediche ed invio dei certificati di malattia.
 - Sistema di monitoraggio LEA SOCIOSAN della Regione Campania, piattaforma per le prestazioni di cui all'allegato 1/C del DPCM 29/11/2001.
- la So.Re.Sa Spa che ai sensi, della Legge Regionale n. 4 del 2011 ha il compito di provvedere alla creazione di una banca dati unificata che dovrebbe raccogliere tutti i dati finanziari, contabili ed extracontabili dei fornitori delle ASL e delle AO ai fini del monitoraggio della spesa sanitaria e dei relativi flussi finanziari.

Inoltre, So.Re.Sa. S.p.A. ha il compito di assistere e supportare le ASL e le AO in materia di controllo di gestione e di pianificazione aziendale nei settori tecnologico, informatico e logistico - gestionale. In qualità di centrale unica di acquisto, la So.Re.Sa. è titolare in via esclusiva delle funzioni di acquisto e fornitura dei beni e attrezzature sanitarie e dei servizi non sanitari;

- l'Assessorato alla Sanità cura l'organizzazione e il coordinamento dei processi di acquisizione e trattamento dei flussi informativi per gli adempimenti nazionali verso il Ministero della Salute (NSIS), garantendo il raccordo, ai fini dell'ottimizzazione dei flussi fra sistemi informativi e informatici, con le Aziende sanitarie, l'Agenzia Regionale Sanitaria e So.Re.Sa. S.p.A. coinvolte nei processi di elaborazione e gestione dei dati. Si occupa, inoltre, degli adempimenti legati alla gestione ed all'indirizzo del Centro Unico regionale di Prenotazione (CUREP). Cura il monitoraggio dei tempi di attesa e la gestione della rete dell'emergenza.

Dal punto di vista procedurale è stato avviato, con i Decreti commissariali nn 14/2009 e 60/2011, un percorso di rivisitazione e ridefinizione delle procedure amministrative, contabili e gestionali. La necessità di investire nel miglioramento della struttura amministrativa, gestionale e contabile delle singole Aziende sanitarie e dell'Assessorato alla Sanità, trova ulteriore conferma nel D.Lgs. n.118/2011 - "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi". In tale provvedimento vengono definiti, tra gli altri, due elementi di forte impatto per la Regione Campania a valere dal 2012:

- individuazione di uno specifico centro di responsabilità (gestione sanitaria accentrata) presso la Regione, deputato all'implementazione ed alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale per la sistematica e continuativa rilevazione di tutti i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti tra la Regione e gli altri enti;
- coinvolgimento della Regione nella fase di "sperimentazione", al fine di verificare l'effettiva rispondenza del nuovo assetto contabile definito dal presente Decreto alle esigenze conoscitive della finanza pubblica.

Al fine di consentire alle Regioni di dare piena e uniforme applicazione a quanto previsto dal D.Lgs. 118/2011 il Ministero della Salute e dell'Economia e delle Finanze hanno definito una bozza di Decreto che prevede tra l'altro l'approvazione della cd "casistica applicativa", l'obbligo della certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci da parte degli enti del SSN previsti dal Dlgs 118/2011 e la presentazione da parte delle Regioni di un Programma Attuativo della certificabilità.

Tuttavia, già dall'iniziale applicazione dei suddetti decreti commissariali è emerso che singoli provvedimenti regionali da soli non risultano sufficienti per garantire il raggiungimento degli obiettivi strutturali richiesti nell'ambito dei Programmi Operativi stessi. Il contesto operativo che si è venuto a delineare al momento attuale infatti riscontra notevoli difficoltà nell'implementazione e verifica:

- dell'adozione di coerenti azioni a livello locale;
- dell'attendibilità e tempestività del dato contabile;
- dell'aderenza di quanto dichiarato nelle rappresentazioni economiche delle Aziende alla realtà gestionale delle strutture in cui si producono ed erogano i servizi;
- dell'adozione di sistemi e meccanismi di controllo di gestione e controllo amministrativo e contabile a livello locale.

Per superare tali difficoltà operative, sono necessari interventi mirati a:

- omogeneizzare le procedure di raccolta e analisi gestionale dei dati inerenti i flussi informativi e la loro produzione continuativa, attraverso la realizzazione del sistema di monitoraggio;
- attivare dei processi di programmazione, gestione, rendicontazione e controllo, a livello regionale ed aziendale, in attuazione di quanto stabilito dai Decreti Commissariali nn.14/2009 e 60/2011 e dal Dlgs 118/2011;
- avviare degli interventi volti all'adeguamento dei sistemi informativi aziendali, al fine di garantire la corretta alimentazione del modello di monitoraggio regionale;

- realizzare il modello di monitoraggio del SSR, attraverso lo sviluppo e la messa a regime del sistema di raccolta, validazione, conservazione e presentazione dei dati e del *reporting* a livello aziendale e regionale;
- definire il modello di *governance* delle funzioni gestionali e contabili a livello regionale ed aziendale, finalizzata ad intraprendere il percorso di certificabilità;
- garantire crescita e formazione professionale al personale delle Aziende sanitarie e della Regione interessato dal processo di cambiamento.

Con queste finalità, in data 5 maggio 2011, la Regione Campania ha redatto il documento programmatico "Interventi ai sensi dell' art. 79 comma 1 sexies della L. 133/08 e dell'art. 2 comma 70 della L. 191/2009", che allo stato risulta in corso di revisione alla luce dei suggerimenti trasmessi dal Ministero della Salute.

La Regione Campania si impegna a presentare un nuovo Documento Programmatico, coerente con le indicazioni ministeriali entro il 30 giugno 2012.

Risultati programmati

- Individuazione della struttura di riferimento regionale del Sistema Informativo Sanitario Regionale;
- definizione dei ruoli degli attori interni ed esterni del sistema;
- presentazione del nuovo Documento Programmatico ex art. 79, comma 1 L. 133/08, coerente con le indicazioni del Ministero;
- attivazione delle procedure con la pubblicazione del bando di gara europeo relativo al citato art. 79;
- aggiudicazione del bando.

Indicatori di risultato Regionali

- Individuazione della struttura di riferimento regionale per il Sistema Informativo Sanitario Regionale entro il 30 giugno 2012;
- definizione dei ruoli degli attori interni ed esterni del sistema entro il 31 dicembre 2012;
- presentazione del nuovo Documento Programmatico ex art. 79, comma 1 L. 133/08, coerente con le indicazioni del Ministero, entro il 30 giugno 2012;
- attivazione delle procedure con la pubblicazione del bando di gara europeo relativo all'ex art. 79, entro 30 giorni dalla validazione da parte del Ministero del Documento Programmatico;
- aggiudicazione del bando entro il 31 dicembre 2012.

2.1.4 Individuazione di un Dominio organizzativo responsabile per i Flussi Istituzionali

Nel quadro attuale, i vari settori e servizi della Giunta Regionale curano l'organizzazione e il coordinamento dei processi di acquisizione e trattamento dei flussi informativi per gli adempimenti nazionali verso il Ministero della Salute (NSIS), garantendo il raccordo, ai fini dell'ottimizzazione dei flussi fra sistemi informativi e informatici, con le Aziende sanitarie, l'Agenzia Regionale Sanitaria e la So.Re.Sa. S.p.A. coinvolte nei processi di elaborazione e gestione dei dati.

La Regione Campania con il progetto SPICCA (Sistema Pubblico di Interoperabilità e Cooperazione Applicativa in Campania) ha realizzato le infrastrutture tecnologiche necessarie per realizzare soluzioni informatiche che possano cooperare con altri attori istituzionali e promuovere presso le Pubbliche Amministrazioni del territorio la diffusione di sistemi integrati che favoriscano la condivisione delle informazioni e il coordinamento delle attività di competenza attraverso la costituzione di una *Community Network* regionale.

Primo esempio di utilizzo dell'infrastruttura SPICCA è stata la realizzazione del Centro Unico di Prenotazione Regionale (CUREP). Il CUREP è il sistema che consente la prenotazione di prestazioni sanitarie presso tutte le AA.SS.LL./AA.OO della Regione Campania. Il CUREP costituisce pertanto un canale di accesso alle agende di prenotazione, aggiuntivo rispetto ai canali dei singoli CUP locali che sono attivi presso le Aziende sanitarie.

In tale quadro si collocano, anche, gli adempimenti legati al monitoraggio dei tempi di attesa e la gestione della rete dell'emergenza.

Al fine di potenziare la gestione di tutti i flussi informativi, nonché di garantire il migliore raccordo tra gli attori coinvolti nella gestione dei sistemi informativi della Regione Campania per rispondere in maniera sempre più organica e coordinata alle esigenze in tema di debito informativo è necessario individuare un Dominio organizzativo a livello regionale responsabile per i "Flussi Istituzionali" che garantisca:

- l'integrazione e l'evoluzione degli stessi, in stretta collaborazione con l'ArSan, che già possiede sia le competenze scientifiche che tecnologiche utili alla raccolta ed elaborazione dei dati;
- la piena soddisfazione del debito informativo derivante dall'istituzione dei nuovi flussi NSIS (EMUR, Consumo di medicinali in ambito ospedaliero, Distribuzione diretta dei farmaci, FAR e ADI).

A tal fine, le Aziende sanitarie hanno già individuato analogamente al loro interno i domini organizzativi responsabili dell'attuazione a livello operativo delle direttive regionali.

Il dominio organizzativo responsabile per i "Flussi Istituzionali" avrà il compito insieme con ArSan di:

- interagire con i referenti dei flussi informativi sanitari sia a livello regionale sia a livello nazionale (Ministero della Salute, Agenzie delle Entrate/SOGEI);
- fornire attività di supporto alle Aziende sanitarie relativamente ai flussi regionali e NSIS;
- censire e controllare i flussi informativi sanitari esistenti (tipologia, destinatari, scadenze, ecc.);
- definire nuovi flussi informativi coerentemente con quanto previsto dal livello nazionale;
- generare una reportistica standard condivisa con le Aziende sanitarie riguardante la qualità, completezza e tempestività dei dati;
- coordinare e promuovere la reingegnerizzazione e l'integrazione delle Anagrafiche Regionali necessarie per la gestione e l'integrazione dei flussi informativi sanitari con particolare attenzione all'assistenza ospedaliera (SDO), assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale, ovvero:
 - Anagrafe Regionale Assistibili;
 - Anagrafe Regionale Prestazioni;
 - Anagrafe Regionale Prescrittori;
 - Anagrafe Regionale Prescrizioni;
 - Anagrafe Regionale Strutture (con particolare riferimento all'implementazione del modello MRA);
- coordinare e promuovere progetti di integrazione delle banche dati esistenti a livello di singola azienda sanitaria.

Risultati programmati

- Individuazione del Dominio organizzativo responsabile per i "Flussi Istituzionali" entro il 30 giugno 2012;
- reportistica standard periodica che evidenzia lo stato dei flussi regionali e aziendali;
- reingegnerizzazione dell'attuale sistema di gestione di alcune anagrafiche di livello regionale (Assistibili, operatori sanitari, strutture sanitarie) e di alcuni sistemi di classificazione e codifica (nomenclatori e tariffari, comuni, quartieri etc.), costituendo il sistema integrato delle anagrafiche regionali;
- avvio di attività di coordinamento e integrazione fra i diversi soggetti coinvolti a livello sia locale sia nazionale;
- Popolamento Anagrafe Strutture secondo il modello MRA entro il 31 dicembre 2012.

Indicatori di risultato Regionali

- Emanazione di un Decreto commissariale per l'avvenuta individuazione del Dominio organizzativo responsabile per i "Flussi Istituzionali" regionale entro il 30 giugno 2012;
- condivisione di almeno tre report standard riguardante la qualità, completezza e tempestività dei dati entro il 31 ottobre 2012;

- numero report periodici realizzati rispetto a quelli previsti entro il 31 dicembre 2012;
- certificazione del miglioramento di qualità e tempistiche di invio dei flussi istituzionali da parte del Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze entro il 31 dicembre 2012;
- implementazione dei Flussi Informativi di recente istituzione (EMUR, Consumi farmaci ospedalieri, Distribuzione diretta dei farmaci, FAR e ADI) entro il 31 dicembre 2012;
- identificazione dei nuovi referenti regionali e aziendali in merito al Monitoraggio della Rete di Assistenza (MRA) entro il 30 maggio 2012;
- Costituzione di Gruppi di Lavoro e formazione dei referenti aziendali per il monitoraggio del nuovo sistema MRA entro il 31 luglio 2012;
- Messa a regime al 31 dicembre 2012 del sistema MRA.

2.1.5 Potenziamento del sistema dei controlli di appropriatezza delle prestazioni

In sede di programmazione degli obiettivi di razionalizzazione e di riqualificazione dell'assistenza del SSR, occorre parimenti identificare le linee di azione per il monitoraggio e il controllo degli erogatori, sia pubblici sia privati, per garantire il rispetto delle politiche di programmazione regionale e, conseguentemente, l'appropriatezza delle prestazioni rese. Tali linee di azione devono, in particolare, essere guidate da principi quali:

- la verifica formale degli impegni contrattuali degli erogatori pubblici e privati verso la Regione Campania;
- l'individuazione di situazioni che potenzialmente possono alterare:
 - la garanzia di un processo di diagnosi e cura appropriato del paziente, minimizzandone i possibili rischi;
 - la misura della domanda soddisfatta e quindi la corretta programmazione sanitaria che su questa si basa.

A tal fine, con Decreto Commissariale 6/2011, la Regione Campania ha previsto l'emanazione di:

- "Linee guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero", controlli intesi non solo come "controlli di appropriatezza", ma anche come "controlli di congruità" tra iter diagnostico-terapeutico documentato nella cartella clinica e sintesi clinico-amministrativa riportata nella Scheda di Dimissione Ospedaliera;
- "Linee guida per la corretta compilazione delle SDO", al fine di migliorare l'accuratezza dei dati registrati elemento fondante sia per le attività di programmazione, valutazione ed analisi epidemiologica, sia per la corretta attribuzione di ciascun episodio di ricovero al corrispondente DRG e relativa tariffa.

In tale Decreto, i controlli sono assegnati operativamente alle ASL territorialmente competenti, le quali individuano un responsabile unico della unità operativa SDO quale referente del flusso informativo SDO, nonché coordinatore delle attività di controllo sulle prestazioni di ricovero. Spetta, invece, all'ArSan il coordinamento delle attività di controllo, ivi compresi l'aggiornamento degli eventi da sottoporre a controllo e la formazione del personale delle ASL.

Pertanto, coerentemente con le disposizioni del Decreto 6/2011 medesimo, si dispone che le ASL trasmettano annualmente all'ArSan dei report di sintesi sull'attività dei controlli eseguiti indicando, in particolare:

- il numero dei controlli effettuati, che dovrà essere coerente con le soglie minime individuate dalla normativa nazionale e regionale;
- gli indicatori sulle non conformità riscontrate e sul livello di inappropriatezza delle prestazioni;
- l'impatto economico delle decurtazioni derivanti dalla diversa codifica delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e quindi da una diversa classificazione delle prestazioni erogate;
- la quantificazione delle somme da recuperare a fronte delle decurtazioni previste.

Sarà compito dell'ArSan predisporre, conseguentemente, la reportistica di sintesi per la Regione, provvedendo anche ad avvalersi, a regime, di un sistema informativo relativo ai controlli.

Tali report dovranno essere redatti nel rispetto delle tempistiche indicate stante la loro rilevanza ai fini della programmazione delle attività di controllo, ma soprattutto stante la loro rilevanza ai fini del monitoraggio degli obiettivi di riqualificazione del SSR e del comportamento degli erogatori.

Si sottolinea, infine, che l'eventuale accertamento di irregolarità diffuse nella compilazione e conservazione delle cartelle cliniche dell'anno saranno:

- nelle strutture pubbliche, elemento di valutazione dell'operato dei Direttori Generali, dei Direttori Sanitari, e dei responsabili di unità operativa nelle strutture pubbliche, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione. L'accertamento di irregolarità diffuse nella compilazione e conservazione delle cartelle cliniche dell'anno costituisce una violazione grave del rapporto fiduciario tra la Regione Campania e il Direttore Generale, il Direttore Sanitario ed il dirigente, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabile di struttura semplice e/o complessa e può comportare, nei modi e nelle forme di legge e, salve le responsabilità penali, la decadenza dalla nomina;
- nelle strutture private, elemento per la liquidazione delle prestazioni erogate dalle strutture medesime e per la determinazione dell'entità economica del rinnovo del "Contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'azienda sanitaria locale e le strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di ricovero" per l'anno successivo rispetto a quello dei controlli. L'accertamento di irregolarità diffuse nella compilazione e conservazione delle cartelle cliniche dell'anno, costituisce una violazione grave del rapporto fiduciario tra la Regione Campania e la struttura privata accreditata e può comportare conseguenze sull'entità economica nel rinnovo del contratto.

Risultati programmati

- Invio mensile delle SDO entro il trentesimo giorno del mese successivo a quello di dimissione;
- attuazione del numero minimo dei controlli previsti dalla normativa nazionale e regionale;
- invio report sullo stato di attuazione dei controlli delle ASL all'ArSan contenente anche la quantificazione delle somme corrispondenti alle decurtazioni calcolate in sede di controllo.

Indicatori di risultato Aziendali

- Invio mensile delle SDO entro il trentesimo giorno del mese successivo al mese di dimissione;
- invio report sullo stato di attuazione dei controlli delle ASL all'ArSan entro il 30 aprile 2012;
- quantificazione del recupero delle somme corrispondenti alle decurtazioni calcolate in sede di controllo 2011 entro il 31 ottobre 2012;
- attuazione del numero minimo dei controlli previsti da normativa con particolare riferimento a quanto disposto dal Decreto commissariale 6/2011 ed in conformità con quanto stabilito dalla Legge 133/2008 (controllo analitico annuo del 10% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione), nonché con il DM 10.12.2009 che per quanta attiene al controllo delle sole "prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza" pone una soglia pari al 2,5% sul totale dei ricoveri complessivi della regione.

2.2 Personale

Tabella 17 – Riepilogo manovre e valorizzazioni 2012 - Personale

	€/m ln
Personale	79,2
Blocco del turn over	79,2
Altri interventi di contenimento della spesa	-
Fondi contrattuali	-

2.2.1 Blocco del *turn over*

La Regione Campania, in ottemperanza alle disposizioni di legge³, è tenuta, anche per il 2012, ad osservare il blocco totale delle assunzioni per il personale dipendente, salvo potersi avvalere di specifiche norme nazionali che ne dispongano uno sblocco parziale per garantire l'erogazione dei LEA, ovvero, sempre a tal fine, adottare deroghe assolutamente eccezionali.

Nel blocco del *turnover* rientrano tutte quelle tipologie di reclutamento *ex novo* di personale che comportino un incremento di spesa a carico del SSR, ovvero:

- le assunzioni a tempo indeterminato e determinato, ivi compresi i conferimenti di incarichi di direzione di UU.OO.CC. di Dipartimento e di Distretto;
- i conferimenti di incarichi a tempo determinato ex art. 15 septies D.Lgs n. 502/92;
- le assunzioni a tempo determinato per la sostituzione di personale assente a vario titolo, qualora tale assunzione sia onerosa;
- le acquisizioni di personale tramite mobilità intercompartimentali, mobilità extraregionali in entrata nell'ambito del Comparto Sanità, dell'Area SPTA e dell'Area Medica e Veterinaria ovvero le mobilità da Enti ex art.15 undicies del D.Lgs 502/92;
- i comandi, le assegnazioni temporanee ed i distacchi previsti dalle vigenti disposizioni legislative o dalla contrattazione collettiva ad esclusione dei casi in cui sia configurabile, in capo all'interessato, un diritto soggettivo al trasferimento e di quanto previsto dal Decreto del Commissario ad Acta del n.1 del 5 gennaio 2011;
- le acquisizioni in *outsourcing* di servizi finalizzati all'espletamento di funzioni istituzionali che possono configurarsi come elusive del blocco delle assunzioni e che, pertanto, non rientrano nei processi di centralizzazione delle gare seguiti dalla Centrali Acquisti Regionale;
- il conferimento di incarichi ex art.7, comma 6 D.Lgs 165/2011, nonché tutte le altre forme di lavoro flessibile.

Sono vietati nuovi conferimenti di incarichi o incrementi di oneri degli specialisti ambulatoriali interni in assenza di autorizzazione del Commissario ad Acta da adottarsi con Decreto.

Si specifica che le disposizioni del blocco del *turn over* dovranno tener conto delle seguenti indicazioni:

- il trattenimento in servizio di un biennio viene equiparato ad una nuova assunzione e va, pertanto, gestito nei limiti del turnover, quindi potrà essere accordato solo previa autorizzazione del Commissario ad Acta, dietro motivata richiesta nel caso sia stato previsto da specifiche norme nazionali;
- l'età per i pensionamenti verrà allineata con le indicazioni nazionali vigenti in materia.

³ In applicazione dell'art. 2, comma 2 bis del D.L. 125 del 08.08.2010 convertito in L. 163 del 01.10.2010, è disposto per le Regioni sottoposte al Piano di Rientro il blocco automatico del *turnover* del personale dipendente e del personale convenzionato. L'art. 1 comma 52 Legge 13.12.2010 n. 220 ha inserito la seguente disposizione "Qualora i citati tavoli tecnici di verifica dell'attuazione dei piani accertino l'attuazione degli stessi in misura parziale, entro il predetto termine del 31 ottobre 2010 non operano le citate misure del blocco automatico del *turnover* nel limite del 10% e in correlazione alla necessità di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza".

Relativamente all'anno 2012, la Regione intende intensificare il flusso informativo istituzionale per monitorare costantemente l'andamento del personale al fine di verificare che non vi siano violazioni non autorizzate al blocco delle assunzioni. Le Aziende sanitarie dovranno compilare ed inviare alla Regione le Tabelle 5 e 6 del Conto Annuale ISTAT con cadenza mensile, al 10 del mese successivo.

La mancata attuazione del rispetto di tali obblighi informativi comporterà grave inadempienza ai fini della conferma dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie.

Complessivamente l'intervento sul contenimento della spesa per il personale determinerà una manovra di risparmio di 79,2 €/mln rispetto al tendenziale 2012.

Risultato programmato

- Attuazione del divieto di nuove assunzioni, sia per il personale a tempo indeterminato che determinato;
- avvio del monitoraggio del blocco delle assunzioni;
- diminuzione del costo del personale dipendente.

Indicatori di risultato Regionali

- Variazione economica in relazione alla variazione della consistenza numerica del personale dipendente del SSR (personale a tempo indeterminato) nel 2012 rispetto al 2011.

Indicatori di risultato Aziendali

- Invio delle Tabelle 5 e 6 del Conto Annuale ISTAT con cadenza mensile, al 10 del mese successivo di competenza per tutto il 2012;
- numero di assunti pari alle sole deroghe eccezionali.

Valorizzazione dell'intervento

Le variazioni del personale sono calcolate come differenza tra i dati di Tabella 2 – IV trimestre 2011 e Consuntivo 2010.

La variazione di personale in servizio nel 2012 è stata stimata nel 70% di quella registrata nel 2011 per prendere in considerazione l'effetto dell'innalzamento dell'età pensionabile al sessantacinquesimo anno. In via prudenziale ai fini del calcolo della manovra sono state valorizzate solo il 40% delle cessazioni previste, come evidenziato nella tabella seguente.

Tabella 18 – Stima dei cessati e assunti 2010 – 2012

Qualifica	% Cessati medi annui	2010		2011		2012	
		Cessati	Assunti	Variazione teste		Variazione teste*	
Dirigenti medici	4%	601	118	358	-	100	-
Dirigenti non medici	6%	94	22	113	-	32	-
Comparto	4%	1.641	860	1.389	-	389	-
Totale	4%	2.336	1.000	1.860	-	521	-

* stima prudenziale

Considerando il costo medio per ruolo ed area contrattuale si è quindi proceduto a calcolare il valore della manovra sul saldo per anno come riportato in seguito. Ai fini della valorizzazione si è ipotizzato che il personale cessa ed entra in servizio a metà dell'anno, per cui per ogni anno è stato considerato il 50% della manovra annuale prevista.

Il costo medio annuo è stato calcolato considerando le Tabelle 12 e 13 del Conto Annuale dell'anno 2010 al netto degli arretrati, le quali espongono il costo annuo sostenuto per le competenze fisse e accessorie corrisposte, e dividendolo per le teste desumibili dalla Tabella 1 del Conto Annuale 2010.

Considerando inoltre nel calcolo anche l'impatto degli oneri sociali a carico dell'Amministrazione pari a circa il 27% del costo del lavoro si determinano i valori medi riportati nella seguente tabella:

Tabella 19 – Costo medio annuo del personale per ruolo

Qualifica	Costo medio annuo
Dirigenti medici	109.483
Dirigenti non medici	90.303
Comparto	42.284

Tabella 20 – Stima impatto manovra – blocco del *turn over*

	2010	2011	2012
Stima saldo			
Dirigenti medici	483	358	100
Dirigenti non medici	72	113	32
Comparto	781	1.389	389
Totale	1.336	1.860	521
Valorizzazione (€)			
2010	46.202.795	46.202.795	
2011		54.065.568	54.065.568
2012			15.138.359
Totale	46.202.795	100.268.363	69.203.927

La manovra rispetto ammonterà quindi a circa **69,2 €/mln** rispetto al tendenziale 2012.

La manovra sul personale avrà effetti anche sul costo sostenuto per l'IRAP, che applicando l'aliquota d'imposta pari all'8,55% sul risparmio potenziale derivante dalle azioni esposte nel presente programma, porterebbe ad un ulteriore risparmio di **5,9 €/mln**.

Tabella 21 – Stima impatto manovra IRAP

	Manovra 2012
IRAP (8,55% della manovra)	5.916.936
Totale	5.916.936

Ai fini della determinazione della manovra complessiva sul contenimento della spesa per il personale occorre considerare che, disponendosi per i medici specialisti ambulatoriali il divieto di attivare e mettere a bando nuovi turni per ore di attività, il divieto di ampliare i turni in atto o ricoprire turni divenuti vacanti, e, considerando che la quasi totalità dei contratti è a tempo indeterminato, si prevede che i costi relativi a tale categoria di personale non aumentino rispetto al dato di Pre-consuntivo 2011. In tal senso la manovra si concretizza prudenzialmente nel solo contenimento della crescita tendenziale prevista nel 2012, ovvero **4,1 €/mln** per il 2012.

2.2.2 Altri interventi di contenimento della spesa

Anche per il 2012 la Regione Campania conferma gli interventi derivanti dal Decreto Legge n.78 del 31 maggio 2010, convertito nella Legge n.122 del 30 giugno 2010:

- a decorrere dalla data di conferimento o di rinnovo degli incarichi sono ridotti del 10% i compensi spettanti agli organi collegiali rispetto ai compensi risultanti alla data del 30 aprile 2010⁴;
- la spesa annua per incarichi di consulenza non sanitaria dovrà essere ridotta dell' 80% per cento di quella sostenuta nell'anno 2009, tenuto, comunque, conto delle scadenze contrattuali⁵;

⁴ comma 3 dell'art. 6 del D.L. 78/2010

⁵ comma 7 dell'art. 6 del D.L. 78/2010

- la spesa per consulenze sanitarie non può essere superiore al 70% di quella sostenuta nell'anno 2009, tenuto, comunque, conto anche delle scadenze contrattuali;
- all'interno dei limiti economici sopra indicati, le nuove consulenze dovranno essere attivate esclusivamente previa espressa autorizzazione regionale;
- le Aziende sanitarie non possono effettuare spese per relazioni pubbliche, convegni, mostre, pubblicità e di rappresentanza, per un ammontare superiore al 20 per cento della spesa sostenuta nell'anno 2009 per le medesime finalità. In ogni caso gli eventi, che non devono comportare aumento delle spese destinate in bilancio alle predette finalità, si devono svolgere al di fuori dall'orario di ufficio. Il personale che vi partecipa non ha diritto a percepire compensi per lavoro straordinario ovvero indennità a qualsiasi titolo. Tale disposizione può essere derogata solo nel caso in cui le spese da sostenere siano totalmente coperte da contributi *ad hoc* a carico di fondi privati;
- le Aziende sanitarie non possono effettuare spese per missioni, anche all'estero, per un ammontare superiore al 50 per cento della spesa sostenuta nell'anno 2009.

L'attività di monitoraggio di tale intervento sarà svolta dal Nucleo di Coordinamento trimestralmente all'interno delle procedure di monitoraggio dei Conti Economici delle Aziende sanitarie.

La mancata attuazione degli interventi necessari al conseguimento dei risultati programmati costituirà inadempimento ai fini della valutazione dei Direttori Generali e Commissari.

Risultati Programmati

- Riduzione compensi Organi Collegiali;
- contenimento costi per consulenze;
- contenimento costi per relazioni pubbliche.

Indicatori di risultato Regionali

- Spesa 2011 e 2012 su spesa attuale per compensi Organi Collegiali;
- spesa 2011 e 2012 su spesa attuale per consulenze.

2.2.3 Fondi contrattuali

Nel corso del 2011 la Commissione Fondi ha avviato le verifiche sull'applicazione delle disposizioni del Decreto commissariale n.63/2010 in merito alla corretta determinazione dei fondi contrattuali, tenendo conto:

- del blocco parziale del *turn over* per il periodo 2007 – 2009;
- delle riduzioni disposte *con delibera* di G.R. n. 887 del 22/5/2007 (Blocco *turn over* anno 2007, riduzione dei fondi della contrattazione *integrativa* in linea con la riduzione della consistenze organiche. Riallineamento risorse competenze accessorie alla media regionale);
- e di quanto prescritto dai CC.NN.LL. delle singole aree contrattuali sanitarie.

Ad ausilio di tale verifica è stata implementata una procedura informatica in formato *MS Access*, che consentirebbe di rilevare la corretta determinazione delle riduzioni da operare per singola area contrattuale, partendo dalla ricostruzione dei fondi dal 1 gennaio 2006 come previsto dal sopracitato Decreto.

Da tale verifica è emerso che i fondi contrattuali deliberati nel 2011 dovrebbero essere superiori a quanto elaborato dal nuovo software. Ad oggi sono in corso di approfondimento tali scostamenti tra deliberato e quanto emerso in sede di verifica.

Nel corso del 2012 la Regione procederà nella rideterminazione dei fondi in linea con le evidenze emerse.

Continua a persistere, come evidenziato dalla Commissione Fondi, uno scostamento tra l'importo deliberato e i costi del personale per retribuzioni accessorie riferibili ai fondi contrattuali individuati al IV Trimestre 2011. Questo sfioramento deriva per tutte le Aziende sanitarie esaminate, dallo sfioramento dei fondi del disagio principalmente per il personale di comparto. Tale situazione deriva sia dai criteri di applicazione degli istituti contrattuali che dal blocco del *turn over* che costringe le Aziende sanitarie a ricorrere a strumenti "atipici" di lavoro per garantire il mantenimento dei LEA, attraverso richieste di prestazioni aggiuntive o ricorso al lavoro straordinario.

Fatte salve specifiche norme nazionali che dispongano uno sblocco anche parziale del *turn over*, la Regione, con il supporto della Commissione Fondi, ha avviato le seguenti iniziative per uniformare l'applicazione degli istituti contrattuali:

- con nota n. 6985 del 9/11/2011 sono state inviate alle Aziende sanitarie le linee guida sul controllo e il contenimento dell'utilizzo del fondo del disagio e degli istituti contrattuali connessi;
- in sede di verifica e monitoraggio del III trimestre 2011 sono stati utilizzati degli specifici questionari per il controllo della corretta applicazione delle disposizioni contrattuali, nazionali e/o regionali;
- per le Aziende sanitarie che hanno sfiorato i fondi per la contrattazione integrativa, la Commissione ha suggerito delle misure atte al superamento di tale situazione per l'anno successivo ed è stato predisposto un sistema di monitoraggio mensile sull'andamento dei fondi contrattuali.

Risultati programmati

- Verifica della corretta determinazione dei fondi contrattuali 2011;
- completamento delle attività per quantificare gli effetti della mobilità intraregionale per l'anno 2011 al fine di determinare correttamente i fondi contrattuali per l'anno 2012;
- determina dei fondi contrattuali per l'anno 2012, considerando l'effetto del blocco del *turn over*, della mobilità intraregionale e delle rideterminazioni derivanti dall'esito delle verifiche;
- predisposizione di una relazione per singola Azienda contenente il dettaglio delle verifiche effettuate e l'esito, per la rideterminazione dei fondi aziendali;
- controllo e monitoraggio dell'andamento della spesa per il personale con interventi mirati a ridurre gli sfioramenti dei fondi del disagio;
- predisposizione di ulteriori questionari anche per ulteriori istituti contrattuali quale quelli applicati per la pausa mensa dei lavoratori dipendenti.

Indicatori di risultato regionali

- Verifica della corretta determinazione dei fondi contrattuali per l'anno 2011 entro il 30 giugno 2012;
- completamento delle attività per quantificare gli effetti della mobilità intraregionale per l'anno 2011 al fine di determinare correttamente i fondi contrattuali per l'anno 2012 entro 30 giugno 2012;
- determinazione dei fondi contrattuali per l'anno 2012 entro il 30 settembre 2012;
- predisposizione di una relazione per singola Azienda contenente il dettaglio delle verifiche effettuate e l'esito, per la rideterminazione dei fondi aziendali entro il 30 giugno 2012;
- scostamento economico dei fondi del disagio 2011 e 2012;
- predisposizione di questionari per ulteriori istituti contrattuali quale quelli applicati per la pausa mensa dei lavoratori dipendenti entro il 31 dicembre 2012.

2.3 Rapporti con gli erogatori

Tabella 22 – Riepilogo manovre e valorizzazioni 2012 – Rapporti con gli erogatori

	€/m ln
Rapporto con gli erogatori	121,9
Accreditamento	-
Accordi contrattuali	121,9
Protocolli d'intesa con le Università	-

2.3.1 Accreditamento

Il processo dell'accREDITAMENTO definitivo risulta fondamentale al fine di:

- definire e consolidare l'insieme di soggetti che erogano prestazioni in nome e per conto della Regione stessa, realizzandosi così anche un registro informatico dei soggetti accreditati;
- prevenire il contenzioso legale da parte delle strutture private nei suoi confronti attraverso la sottoscrizione degli accordi annuali per la remunerazione delle prestazioni;
- permettere il completamento delle procedure di riconversione e l'attivazione delle nuove attività territoriali.

La Regione Campania, sebbene in ritardo rispetto alle tempistiche nazionali, segnatamente, per l'accREDITAMENTO delle strutture private di ricovero e di specialistica ambulatoriale, con Legge n.23 del 14 dicembre 2011 ha armonizzato le varie disposizioni legislative ed amministrative in merito all'accREDITAMENTO definitivo, prevedendo un procedimento che utilizza una piattaforma applicativa informatica messa a disposizione da So.Re.Sa. Spa.

In presenza d'impugnativa da parte del Consiglio dei Ministri a tale Legge la struttura commissariale ha provveduto a sospendere con Decreto n. 19 del 7 marzo 2012 l'efficacia di alcuni dei commi della norma in argomento, chiedendone l'abrogazione in quanto in contrasto con il Piano di Rientro e consentendo l'attivazione della Piattaforma per la presentazione delle domande di accREDITAMENTO definitivo.

Il Decreto commissariale di presa d'atto della trasmissione da parte di So.Re.Sa. dell'elenco contenente la ricognizione delle domande regolarmente ammesse sulla piattaforma informatica costituisce la prima fase del processo. Con Decreti successivi suddivisi per branche di attività e per singole ASL, a seguito delle verifiche di compatibilità con la programmazione regionale e delle procedure di verifica previste dalla normativa vigente si consegue l'effettiva conferma dell'accREDITAMENTO.

Risultati programmati

- Report trimestrale a partire dal mese di aprile 2012 sullo stato di attuazione del processo di accREDITAMENTO;
- adozione di un Decreto di presa d'atto dell'elenco delle domande regolarmente ammesse sulla piattaforma informatica;
- completamento del processo regionale di accREDITAMENTO definitivo per le strutture di ricovero e ambulatoriali;
- completamento del processo regionale di accREDITAMENTO definitivo per le strutture socio sanitarie entro il 31 dicembre 2012.

Indicatori di risultato Regionali

- Tempestività della reportistica trimestrale;
- emanazione del Decreto di presa d'atto dell'elenco della ricognizione delle domande regolarmente ammesse sulla piattaforma informatica entro il 30 giugno 2012;
- numero di strutture accreditate definitivamente.

2.3.2 Accordi contrattuali

Nel proseguo delle azioni avviate nel 2011, la Regione intende giungere nel breve termine alla stipula dei contratti con gli operatori privati accreditati per la definizione dei tetti di spesa. L'obiettivo che si vuole perseguire è il mantenimento dei limiti di spesa fissati dai decreti sottoscritti nel corso del 2011 con alcune eccezioni.

I tetti per l'assistenza ospedaliera sono stati portati a **851 €/mln**, includendo prudenzialmente un accantonamento di **10 €/mln** eventualmente da destinare in sede di contrattazione anche per far fronte alle criticità del sistema di emergenza urgenza.

Si stima inoltre un aumento del limite di spesa per l'assistenza specialistica che raggiunge un tetto di circa **588 €/mln** e per l'assistenza integrativa protesica per un tetto di **170 €/mln** nel 2012, mentre si stima un abbattimento del limite per l'assistenza termale portando il tetto 2012 a **22 €/mln**.

Tabella 23 – Tetti di spesa 2011 – 2012

Tetti di spesa	2011	2012
€/000		
Assistenza Ospedaliera:	825.572	850.777
Case di cura private	656.500	670.000
Ospedali Classificati: Fatebenefratelli NA	37.281	38.027
Ospedali Classificati: Fatebenefratelli BN	47.991	48.951
Ospedali Classificati: Villa Betania	37.900	37.900
Ospedali Classificati: Camilliani	17.500	17.500
IRCCS privati	19.000	19.000
Altri (Don Gnocchi)	9.400	9.400
Accantonamento		10.000
Assistenza Specialistica	585.388	587.895
Ospedali Classificati: Fatebenefratelli NA	459	468
Ospedali Classificati: Fatebenefratelli BN	1.989	2.029
Ospedali Classificati: Villa Betania	714	714
Ospedali Classificati: Camilliani	1.224	1.224
DIALISI	122.887	125.345
FKT	60.380	60.380
Altre Branche della Specialistica	397.735	397.735
IRCCS privati	-	
Assistenza Riabilitativa ex art. 26	272.945	272.945
Salute mentale e Socio Sanitario	107.016	125.016
di cui: salute mentale	29.291	29.291
di cui: socio san.	77.725	95.725
Assistenza Termale	22.500	22.000
Assistenza Integrativa e Protesica	168.404	170.000
Distribuzione diretta FILEF	4.335	4.422
Totale	1.986.160	2.033.055

Tenuto conto che entro il 2012 è assolutamente necessario dare avvio a regime delle attività delle RSA e Hospice sia attraverso le riconversioni che le nuove attivazioni, dai volumi complessivi destinati a FKT e Assistenza riabilitativa ex art. 26 verranno stornate le somme necessarie a tal fine.

Risultati programmati

- Stipula intese con le associazioni rappresentative;
- stipula dei contratti con gli erogatori.

Indicatori di risultato Regionale

- Stipula degli accordi entro il 15 aprile 2012.

Indicatori di risultato Aziendale

- Stipula dei contratti entro il 30 aprile 2012.

Valorizzazione dell'intervento

Rispetto al Tendentiale 2012 costruito così come illustrato nel Paragrafo 1.2 Prestazioni sanitarie da privato, i tetti previsti per il 2012 portano ad una manovra di circa **122 €/mln**, meglio illustrata nella tabella seguente.

Tabella 24 – Manovra sui tetti 2012

Tetti di spesa €/000	Tendenziale 2012	Tetti 2012	Manovra 2012
Assistenza Ospedaliera:	861.091	850.777	10.314
Case di cura private	688.500	670.000	18.500
Ospedali Classificati: Fatebenefratelli NA	38.027	38.027	-
Ospedali Classificati: Fatebenefratelli BN	48.951	48.951	-
Ospedali Classificati: Villa Betania	38.658	37.900	758
Ospedali Classificati: Camilliani	17.850	17.500	350
IRCCS privati	19.477	19.000	477
Altri (Don Gnocchi)	9.629	9.400	229
Accantonamento		10.000	(10.000)
Assistenza Specialistica	652.058	587.895	64.164
Ospedali Classificati: Fatebenefratelli NA	468	468	-
Ospedali Classificati: Fatebenefratelli BN	2.029	2.029	-
Ospedali Classificati: Villa Betania	728	714	14
Ospedali Classificati: Camilliani	1.248	1.224	24
DIALISI	125.345	125.345	-
FKT	73.440	60.380	13.060
Altre Branche della Specialistica	448.800	397.735	51.065
IRCCS privati			-
Assistenza Riabilitativa ex art. 26	300.900	272.945	27.955
Salute mentale e Socio Sanitario	129.540	125.016	4.524
di cui: salute mentale	35.700	29.291	6.409
di cui: socio san.	93.840	95.725	(1.885)
Assistenza Termale	23.154	22.000	1.154
Assistenza Integrativa e Protesica	183.655	170.000	13.655
Distribuzione diretta FILE F	4.590	4.422	168
Totale	2.154.989	2.033.055	121.934

2.3.3 Protocolli d'intesa con le Università

Nel corso del 2010 sono stati approvati e validati dal Tavolo Ministeriale, i Decreti commissariali n. 60 e n. 61 del 15 ottobre 2010 per disciplinare il rapporto tra il Servizio sanitario regionale e le Università, a seguito del Decreto n. 49/2010 per la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale.

Attraverso la sottoscrizione dei nuovi protocolli d'intesa Regione – Università, anche le attività assistenziali delle Aziende ospedaliere universitarie si uniformano ai criteri ed ai parametri di appropriatezza che hanno ispirato la complessiva riorganizzazione della rete ospedaliera, fatte salve, ovviamente, le specifiche esigenze di carattere didattico e di ricerca.

Non risulta, invece, ancora validato dal Tavolo Ministeriale il Decreto commissariale n. 16 del 11 marzo 2011 che approva il Protocollo d'intesa tra Regione ed Università di Salerno per la costituzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona – Scuola Medica Salernitana, e disciplina nel contempo i rapporti di natura giuridica ed economica.

Risultati programmati

- Sottoscrizione del Protocollo d'intesa all'atto della validazione del Tavolo Ministeriale.

Indicatori di risultato Regionale

- Sottoscrizione del Protocollo d'intesa all'atto della validazione del Tavolo Ministeriale.

2.4 Rete Ospedaliera

Tabella 25 – Riepilogo manovre e valorizzazioni 2012 – Rete Ospedaliera

	€/m ln
Rete Ospedaliera	-
Controllo dello stato di riconversione delle strutture	-
Assetto Rete	-
Tariffe	-

2.4.1 Controllo dello stato di riconversione delle strutture

Il Decreto 49/2010 ha disposto la dismissione o la rimodulazione di parte dell'offerta ospedaliera di 15 strutture pubbliche, prospettando per alcune di esse la riconversione in strutture territoriali. Dall'analisi delle note inviate dalle Aziende sanitarie risulta che la maggior parte delle strutture da riconvertire in strutture territoriali, abbia dismesso l'attività ospedaliera nel corso dell'anno 2011.

Al fine di conoscere lo stato effettivo delle riconversioni e per poter valutare l'operato dei Direttori Generali, la Regione ha monitorato nel corso del 2011 e dovrà continuare ad effettuare nel 2012 le seguenti attività specifiche:

- verifica dell'effettiva cessazione dell'attività di ricovero;
- verifica dell'effettiva cessazione e/o adeguamento dei contratti in essere e dei servizi appaltati;
- controllo e monitoraggio dei principali indicatori economico-finanziari in riferimento ai costi cessanti e ai costi sorgenti;
- effettiva riconversione delle strutture.

Particolare attenzione dovrà essere posta alla definizione delle dotazioni organiche delle strutture riconvertite e alla ricollocazione del personale resosi disponibile dalle riconversioni. Infatti, la corretta gestione del personale per mezzo della mobilità a livello regionale sarà in grado di garantire l'efficace applicazione del meccanismo del *turn over*.

Risultati programmati

- Verifica da parte del Nucleo di Coordinamento entro il 30 maggio 2012 dell'effettiva dismissione dell'attività ospedaliera e la cessazione dei costi correlati.

Indicatori di risultato Regionali

- Numero di presidi dismessi sul totale dei presidi da dismettere.

Indicatori di risultato Aziendali

- Numero di strutture che hanno dismesso l'attività per acuti entro i tempi programmati.

2.4.2 Assetto Rete

La Regione Campania è, ad oggi, orientata a continuare il processo di razionalizzazione e riorganizzazione del sistema ospedaliero pubblico esistente avviato con il Decreto 49/2010 e alla sua integrazione con il sistema privato.

Nell'ottica della razionalizzazione delle unità operative, sono al vaglio dei Ministeri competenti le linee guida per l'adozione degli atti aziendali, che individuano le soglie operative prioritarie per la definizione delle Unità complesse, semplici dipartimentali e semplici:

- per le strutture ospedaliere attraverso:

- l'individuazione di soglie di risorse professionali, operative e organizzative, rispetto alla necessità di contare su una massa critica adatta qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- quantità e qualità adeguate delle *performance* realizzate sul piano del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti, nonché di quelle garantite da servizi sanitari specialistici specifici che agiscono da supporto alle attività sanitarie in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile;
- per quanto riguarda le strutture territoriali attraverso:
 - l'individuazione di un indice rapportato alla popolazione residente;
 - quantità e qualità adeguate delle *performance* realizzate sul piano della prevenzione, delle prestazioni medico – legali, del controllo della spesa farmaceutica convenzionata, del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo degli utenti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile, ove previsto.

In un successivo momento, la Regione intende valutare l'opportunità di avvalersi, in sede di programmazione della rete, dei seguenti modelli, sviluppati sulla base delle analisi adottate a livello nazionale dal SiVeAS, caratterizzata dai seguenti passaggi:

- definizione del **fabbisogno ospedaliero** per Azienda o Macroarea;
- allocazione del fabbisogno individuato sulla rete esistente, attraverso lo studio dei **bacini d'utenza** allo scopo di identificare eventuali eccessi o carenze di strutture, di discipline e/o reparti e di grandi apparecchiature utilizzando anche strumenti di geolocalizzazione;
- identificazione delle **sacche di inefficienza** in termini di durata delle degenze medie delle strutture non oggetto di riconversione, per identificare, attraverso il confronto col *benchmark*, degenze medie eccessivamente lunghe per stimare l'entità del "dimagrimento" della struttura a parità di ricoveri da garantire alla popolazione;
- integrazione dei dati di costo ed efficienza, attraverso la metodologia per la **valutazione degli esiti**, per identificare le strutture che oltre ad essere inappropriate ed inefficienti costituiscono anche un rischio per la salute dei cittadini.

I risparmi previsti per la razionalizzazione della rete ospedaliera sono stati scontati già nel corso del 2011.

Risultati programmati

- Razionalizzazione delle unità operative come indicato nelle linee guida per l'adozione degli atti aziendali;
- pubblicazione da parte delle Aziende sanitarie degli Atti aziendali in coerenza con gli indirizzi regionali;

Indicatori di risultato Regionali

- Effettiva emanazione degli indirizzi per gli Atti Aziendali;
- avvio del monitoraggio sullo stato di attuazione.

Indicatori di risultato Aziendali

- Emanazione degli Atti Aziendali in coerenza con gli indirizzi regionali;
- invio del report trimestrale per la valutazione dello stato di attuazione.

2.4.3 Tariffe

Nel determinare le tariffe, le Regioni devono temperare sia i complessivi fondi destinati alla remunerazione tariffaria, sia il rispetto dei principi ex Decreto Legislativo n.502/1992, così da determinare sia un volume di spesa in linea con la programmazione, sia l'equa remunerazione delle prestazioni per gli erogatori privati.

La Regione Campania ha attivato un Tavolo specifico con le Associazioni di categoria per condividere un adeguamento tariffario che garantisca la giusta remuneratività agli operatori privati e al contempo agisca anche sull'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Con il Decreto n.84/2011 si è proceduto ad un primo aggiornamento forfettario delle tariffe, fermo restando i limiti massimi ministeriali, come di seguito riportato:

- adeguamento delle tariffe relative ai ricoveri per acuti in misura pari al 1% della tariffa vigente in Regione;
- adeguamento delle tariffe della riabilitazione intensiva in misura pari al 2% della tariffa vigente in Regione;
- adeguamento della tariffa di neuro riabilitazione (codice 75) in misura pari al 5% della tariffa vigente in Regione.

In attesa dell'emanazione dei nuovi massimali nazionali delle tariffe per acuti la Regione Campania si impegna ad emettere ulteriori aggiornamenti delle tariffe della riabilitazione, sempre in misura proporzionale.

Risultati programmati

- Emanazione del Decreto di rimodulazione delle tariffe per la riabilitazione.

Indicatori di risultato Regionali

- Emanazione del Decreto di rimodulazione delle tariffe per la riabilitazione entro il 31 maggio 2012, fatto salvo l'esito del contenzioso in corso.

2.5 Rete Territoriale

Tabella 26 – Riepilogo manovre e valorizzazioni 2012 – Rete Territoriale

	€/m ln
Rete Territoriale	-
Assetto Rete	-
Cure domiciliari	-
Rete Trasfusionale	-
Rete Emergenza Urgenza	-
Rete laboratoristica	-
Accordi MMG/PLS	-
Tariffe	-
Compartecipazioni	-
Riallineamento ambiti dei Distretti	-

2.5.1 Assetto Rete

Il complesso piano di riqualificazione della rete territoriale programmato in attuazione del Decreto n. 49/2010 prevedeva:

- la riconversione di presidi ospedalieri pubblici in strutture territoriali, avviati ma ancora in corso di completamento;
- la riconversione di strutture private provvisoriamente accreditate.

Il crono programma previsto nel precedente Programma Operativo, nella sua parte riguardante gli operatori privati provvisoriamente accreditati, deve essere quindi riconsiderato alla luce della forte dipendenza con il processo dell'accreditamento definitivo.

Con Decreto n. 19/2012 è stata aperta la piattaforma informatica So.Re.Sa per consentire la presentazione delle domande di accreditamento definitivo. La prospettiva è quella di assicurare nel 2012:

- una ricognizione delle strutture da riconvertire entro 45 giorni dall'emanazione del Decreto di presa d'atto dell'elenco delle domande regolarmente ammesse sulla piattaforma informatica;

- emanazione di un documento di programmazione comprensivo dello studio di fattibilità per la copertura economica, per l'attivazione nel corso del triennio 2012-2014 dei posti letto residenziali e semiresidenziali:
 - in RSA per disabili,
 - in RSA per anziani e per pazienti affetti da demenza senile o da Alzheimer,
 - in strutture psichiatriche,
 - in comunità per tossicodipendenti,
 - in Hospice,

In particolare la riconversione dovrà anche riguardare le case di cura c.d. neuropsichiatriche. Infatti ancora oggi persiste l'anomalia di strutture che erogano prevalentemente prestazioni di tipo psichiatrico o neuropsichiatrico e che sono erroneamente codificate e lette dal sistema informativo sanitario come prestazioni ospedaliere per acuti.

Per quanto attiene alle caratteristiche strutturali e di funzionamento di tali strutture, occorre considerare che:

- si evidenzia, nella maggior parte dei casi, una alta dotazione di posti letto nelle singole strutture che permette un'elevata concentrazione di degenti con disturbi psichici in una stessa struttura, che ripropone modelli aboliti espressamente dalla normativa vigente per la salute mentale;
- la remunerazione dei ricoveri è attualmente già effettuata per giornate di degenza, nonostante le strutture compilino regolarmente la scheda di dimissione ospedaliera in quanto erroneamente classificate con posti letto per acuti.

Considerando lo scenario peculiare che caratterizza la Regione Campania e la necessità di raggiungere il fabbisogno di PL previsti nel DC 49/2010, saranno riconvertite le strutture neuropsichiatriche in strutture di carattere territoriale di tipo residenziale.

Tale riconversione deve essere messa in atto secondo criteri che tengano conto del contesto e, soprattutto, della necessità di attuare un approccio di cura più appropriato. L'intervento di riconversione si basa sull'attribuzione ad alcune strutture neuropsichiatriche, di uno specifico ruolo di assistenza territoriale che, in linea con quanto riportato nel DC 49/2010, prevede:

- 300 PL in strutture residenziali psichiatriche terapeutico riabilitative nella fase intensiva;
- 300 posti in strutture residenziali psichiatriche terapeutico riabilitative nella fase estensiva.

Per quanto riguarda gli ulteriori 200 PL potranno essere previste riconversioni verso altre aree assistenziali.

In seguito ad un'analisi svolta sulla base dei dati del Mattone n.12, la Regione Campania ha inoltre evidenziato la mancanza delle tipologie assistenziali sotto elencate, già evidenziate nel precedente Programma Operativo, come classificate dal Ministero stesso (**RD1, R1 e R2**).

Per poter completare la propria offerta territoriale ed evitare l'utilizzo di forme assistenziali inappropriate la Regione si impegna ad effettuare una ricognizione che rilevi l'effettiva domanda dei livelli assistenziali sopra descritti entro il 30 settembre 2012. Entro tale data è necessario che le Aziende sanitarie abbiano effettuato le valutazioni multidimensionali dei pazienti presi in carico.

Il mancato completamento della valutazione multidimensionale dei pazienti entro il 30 settembre 2012 comporterà inadempimento di fini delle valutazioni dei Direttori Generali.

Risultati programmati

- ricognizione delle strutture che presenteranno istanza di riconversione entro 45 giorni dall'emanazione del Decreto di presa d'atto dell'elenco delle domande regolarmente ammesse sulla piattaforma informatica;
- emanazione entro ottobre 2012 un documento di programmazione comprensivo dello studio di fattibilità per la copertura economica, per l'attivazione nel corso del triennio 2012-2014 dei posti letto residenziali e semiresidenziali:
 - in RSA per disabili,

- in RSA per anziani e per pazienti affetti da demenza senile o da Alzheimer,
 - in strutture psichiatriche,
 - in comunità per tossicodipendenti,
 - in Hospice,
- completamento delle riconversione delle strutture ospedaliere in SPS individuate da DC 49/2010 entro il 31 dicembre 2012.

Per poter completare la propria offerta territoriale ed evitare l'utilizzo di forme assistenziali inappropriate la Regione si impegna a emanare un documento per la definizione dei requisiti per l'autorizzazione all'esercizio, l'accreditamento e le tariffe per le speciali unità di accoglienza permanente (SUAP) rivolte a persone in stato vegetativo (R1) e minima coscienza (RD1) entro il 30 giugno 2012, nonché per i nuovi servizi assistenziali "di accoglienza" e "specialistici" per le comunità residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti entro il 30 settembre 2012.

Prudenzialmente non sono valorizzate né maggiori entrate da compartecipazione, né maggiori costi di attivazione per strutture territoriali nel corso del 2012.

Indicatori di risultato Regionali

- Emanazione dei documenti sopra elencati nel rispetto delle tempistiche descritte;
- attuazione della ricognizione delle strutture da riconvertire entro 45 giorni dall'emanazione del Decreto di presa d'atto dell'elenco delle domande regolarmente ammesse sulla piattaforma informatica;
- avvio di una ricognizione che rilevi l'effettiva domanda dei livelli assistenziali descritti entro il 30 giugno 2012.

Indicatori di risultato Aziendali

- Numero di strutture territoriali (SPS) attivate per riconversione di presidi ospedalieri al 31 dicembre 2012;
- attivazione delle valutazioni multidimensionali dei pazienti presi in carico entro il 30 giugno 2012.

2.5.2 Cure domiciliari

Attestate le carenze nella Regione Campania, risulta impellente la necessità di avviare la riqualificazione dell'attività in regime di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e per le Unità di Cure Palliative Domiciliari.

Date le forti differenze territoriali e demografiche che stanno portando le Aziende sanitarie ad adottare diversi modelli organizzativi, la Regione istituisce un gruppo di lavoro al fine di predisporre gli elementi di riferimento per la riqualificazione e la riorganizzazione dei sistemi di cure domiciliari, che definisca inoltre:

- l'effettivo fabbisogno regionale di Cure domiciliari integrate (ADI) e per le Cure Palliative Domiciliari;
- la definizione ed adozione delle tariffe per le Cure domiciliari integrate (ADI) e per le Cure Palliative Domiciliari, qualora le prestazioni siano erogate da privati.

Si sottolinea in questa sede come pur avendo come riferimento quanto indicato dal Comitato Lea per la verifica degli adempimenti del 2009, la regione Campania è impegnata nell'ambito del Piano di azione Obiettivo di servizio So6 –Programmazione unitaria 2007-2013 nel raggiungimento dello standard del 3,5% di popolazione ultra sessantacinquenne collocata in ADI al 31 dicembre 2012; tale standard- del 3,5% rilevata sempre attraverso il modello ministeriale FLS 21 riquadro H - è riportato nel documento "Nuova caratterizzazione delle cure domiciliari".

Pertanto si ritiene quale valore target di riferimento per la Regione Campania lo standard del 3,5% calcolato sulla popolazione ultra sessantacinquenne che vede da quattro anni la regione Campania impegnata attraverso l'implementazione di azioni di sistema volte al conseguimento di tale obiettivo.

Risultati programmati

- Definizione degli standard assistenziali e del sistema di tariffazione, in base ai profili di cura e bisogno entro il 30 giugno 2012;
- adozione di criteri omogenei per la realizzazione di programmi e percorsi di formazione continua in materia di cure domiciliari entro il 30 giugno 2012;
- definizione e adozione delle tariffe per le Cure Palliative Domiciliari entro il 31 dicembre 2012;
- potenziamento della copertura del sistema informativo SIAD.

Indicatori di risultato Regionali

- Adozione del sistema tariffario per profili di cura e bisogni assistenziali per le cure domiciliari entro il 30 giugno 2012;
- adozione di criteri omogenei per la realizzazione di programmi e percorsi di formazione continua in materia di cure domiciliari entro il 30 giugno 2012;
- definizione e adozione delle tariffe per le Cure Palliative Domiciliari entro il dicembre 2012;
- copertura del sistema informativo SIAD su almeno il 70% dei soggetti presi in carico in ADI entro il 31 dicembre 2012;
- presa in carico in ADI del 3,5% degli ultra sessantacinquenni residenti entro il 31 dicembre 2012.

2.5.3 Rete Trasfusionale

La Regione Campania ha incrementato negli ultimi anni le attività trasfusionali coerentemente con le disposizioni nazionali, raggiungendo in ambito regionale livelli di autosufficienza di sangue intero e suoi componenti e solo in parte, di plasma derivati.

Nonostante i risultati positivi registrati, il Sistema Trasfusionale della Regione Campania è ancora costituito da un quadro disomogeneo caratterizzato da un progressivo aumento della raccolta sangue in alcune territoriali e da una relativa carenza in altre aree, con un trend positivo comunque a livello regionale, controbilanciato però dal contemporaneo sviluppo delle discipline ad alta intensità e dei trapianti che hanno determinato un progressivo aumento del fabbisogno di sangue e derivati.

Le manovre messe in campo nel precedente Programma Operativo sono state rimodulate dal recente Decreto n. 4/2012, in cui vengono ridefiniti gli obiettivi e gli interventi da apportare sulla rete trasfusionale della Regione. Gli obiettivi strategici che sono stati individuati dalla Regione sono:

- la normalizzazione del livello di sicurezza del sangue e degli emocomponenti;
- l'individuazione dei requisiti minimi e delle linee guida;
- la realizzazione dell'accreditamento istituzionale;
- riorganizzazione dell'assetto organizzativo della rete.

Più nello specifico il Decreto n.4/2012 prevede i seguenti obiettivi operativi:

- Al fine di normalizzare il livello di sicurezza del sangue e degli emocomponenti:
 - riduzione della donazione occasionale di sangue e di emocomponenti fino a raggiungere la media nazionale;
 - conseguimento di un elevato livello di controllo delle attività diagnostiche di qualificazione biologica del sangue e degli emocomponenti;
 - formazione, sensibilizzazione e responsabilizzazione degli operatori e delle associazioni e federazioni dei donatori di sangue sulle tematiche inerenti la sicurezza trasfusionale;
- diventa urgente la necessità di adeguare i Servizi trasfusionali e le Unità di raccolta del sangue gestite dalle Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue, ai nuovi requisiti autorizzativi specifici previsti

dall'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, e di applicare le linee guida per l'accreditamento di cui all'art.20 della Legge 219/2005. A tale fine si prevede:

- censimento delle caratteristiche di attività ed autorizzative dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di raccolta fisse e mobili gestite dalle associazioni donatori;
 - supporto informativo e formativo ai Servizi Trasfusionali e delle Unità di raccolta fisse e mobili gestite dalle associazioni donatori;
 - definizione di procedure, modalità operative e strumenti per l'avvio e l'efficace realizzazione dell'accreditamento istituzionale dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di raccolta fisse e mobili gestite dalle associazioni donatori;
- è necessaria infine una riorganizzazione della rete trasfusionale affinché si possa garantire un più elevato livello di sicurezza, qualità e standardizzazione degli emocomponenti e delle prestazioni erogate, nonché di produrre economie di scala a vantaggio della complessiva efficienza del sistema.

Risultati programmati

- Riduzione della donazione occasionale del 40% entro il 31 dicembre 2012;
- concentrazione delle attività di diagnostica sierologica (HBV, HIV, HCV, lue) presso 3 centri NAT entro il 30 ottobre 2012;
- produzione ed implementazione di un progetto di formativo su sicurezza trasfusionale entro il 30 giugno 2012;
- realizzazione del censimento attività e situazione autorizzativa relativa alla rete dei Centri Trasfusionali e delle Unità di raccolta con attribuzione del codice identificativo univoco in conformità alla Norma UNI 10529 entro il 30 aprile 2012;
- emanazione del Decreto commissariale procedure, modalità operative, strumenti, pianificazione temporale e le risorse per l'accreditamento istituzionale entro il 31 marzo 2012;
- costituzione di un Nucleo dei valutatori per il sistema regionale di verifiche ispettive e misure di controllo entro il 31 marzo 2012;
- attivazione Centro Regionale Sangue entro il 30 gennaio 2012;
- attivazione DIMT entro il 30 giugno 2012;
- attivazione rete informatica trasfusionale regionale entro il 30 giugno 2012.

Indicatori di risultato Regionali

- Numero di donatori occasionali 2011 vs 2012;
- concentrazione delle attività di diagnostica sierologica (HBV, HIV, HCV, lue) presso 3 centri NAT entro il 30 ottobre 2012;
- numero di corsi di formazione su sicurezza trasfusionale eseguiti entro il 30 giugno 2012;
- realizzazione del censimento entro il 30 aprile 2012;
- emanazione del Decreto commissariale entro il 31 marzo 2012;
- costituzione di un Nucleo dei valutatori per il sistema regionale di verifiche ispettive e misure di controllo entro il 30 aprile 2012;
- attivazione Centro Regionale Sangue entro il 30 gennaio 2012;
- attivazione DIMT entro il 30 giugno 2012;
- attivazione rete informatica trasfusionale regionale entro il 30 giugno 2012.

2.5.4 Rete Emergenza Urgenza

E' al vaglio dei Ministeri competenti il Decreto attuativo degli obiettivi del precedente Programma Operativo, contenente:

- le Linee di Indirizzo regionali per la Pianificazione Attuativa Aziendale Emergenza Urgenza (PAA-EMUR);
- lo Schema dell'Atto d'intesa interaziendale per consentire la costituzione dei Dipartimenti Integrati dell'Emergenza (DIE) e l'attivazione del Coordinamento regionale del Sistema Integrato dell'Emergenza;
- le Linee d'indirizzo regionali per l'organizzazione delle unità OBI (Osservazione Breve intensiva);
- le Linee d'indirizzo regionali per l'organizzazione del Triage ospedaliero per impegnare le Aziende sanitarie ad una concreta riorganizzazione delle attività del pronto soccorso.

Per poter quindi passare alla concreta attuazione del piano di riordino della rete dell'emergenza è quindi necessario che:

- le Aziende sanitarie presentino i propri piani attuativi entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del Decreto;
- la Regione procede all'approvazione di tali piani entro 90 giorni dalla data di pubblicazione del Decreto;
- la Regione attivi il Coordinamento Regionale del Sistema Integrato dell'Emergenza entro il 31 luglio 2012;
- la Regione emani il piano regionale delle elisuperfici per l'emergenza sanitaria, con la specifica dei finanziamenti necessari a realizzarli entro il 31 luglio 2012.

Per risolvere il problema del massiccio ricorso al Pronto Soccorso dei cittadini, spesso in maniera inappropriata, è stata già prevista la rimodulazione del *ticket* (come meglio evidenziato nel *Paragrafo 2.5.1*) a cui la Regione Campania si impegna ad adottare modalità di assistenza differenziata per i codici di minore gravità (bianchi), secondo modelli definiti a livello nazionale con linee d'indirizzo del Ministero della Salute.

Una volta quindi adottato omogeneamente il sistema di valutazione delle priorità di intervento del *triage*, è opportuno procedere con la emanazione di specifiche linee di indirizzo regionali e la sperimentazione operativa di tali modelli.

La Regione inoltre prevede di realizzare la piena attivazione del sistema informativo nazionale sulle prestazioni di Emergenza Urgenza (EMUR) che si compone di una parte dedicata al 118 ed una specifica per l'accesso al Pronto Soccorso (entrambe avviate ma non ancora pienamente completate), attraverso l'adeguamento del sistema di gestione delle Centrali Operative e del trasporto infermi, già realizzata, e l'indicazione alle Aziende sanitarie delle specifiche del sistema per i Pronto Soccorsi.

Risultati Programmati

- Definizione ed approvazione formale dello schema dell'atto d'intesa interaziendale per la costituzione del Dipartimento Integrato dell'Emergenza (DIE) entro il 30 aprile 2012;
- attivazione del Coordinamento Regionale del Sistema Integrato dell'Emergenza- Urgenza entro il 30 aprile 2012;
- approvazione dei piani attuativi aziendali per la rete dell'emergenza entro 90 giorni dalla data di pubblicazione del Decreto;
- definizione e approvazione formale di linee d'indirizzo regionali per la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi per garantire l'assistenza sanitaria in H 24, con riduzione di accessi impropri nelle Strutture di emergenza e gestione dei codici bianchi entro il 31 dicembre 2012;
- definizione e approvazione formale di linee d'indirizzo regionali per i protocolli operativi in fase preospedaliera ed in fase ospedaliera nella rete dell'emergenza, con particolare riguardo alle reti specialistiche (cardiovascolare, ictus, trauma) entro il 31 dicembre 2012;

- adeguamento e implementazione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza, con la piena attivazione del flusso informativo EMUR (DM 17 dicembre 2008) entro il 31 dicembre 2012;
- emanazione del piano regionale delle elisuperfici per l'emergenza sanitaria, con la specifica dei finanziamenti necessari a realizzarli entro giugno 2012.

Indicatori di risultato Regionali

- Definizione ed approvazione formale dello schema dell'atto d'intesa interaziendale per la costituzione del Dipartimento Integrato dell'Emergenza (DIE) entro il 30 aprile 2012;
- adozione formale del Decreto di nomina del Coordinamento Regionale del Sistema Integrato Emergenza-Urgenza entro il 30 aprile 2012;
- presentazione dei piani attuativi entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del Decreto;
- approvazione dei tali piani attuativi aziendali entro 90 giorni dalla data di pubblicazione del Decreto;
- emanazione linee d'indirizzo regionali per i protocolli operativi in fase preospedaliera ed in fase ospedaliera nella rete dell'emergenza entro il 31 dicembre 2012;
- emanazione linee d'indirizzo regionali per la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi per garantire l'assistenza sanitaria in H 24 entro il 31 dicembre 2012;
- completa attivazione flusso EMUR entro il 31 dicembre 2012;
- emanazione del piano regionale delle elisuperfici per l'emergenza sanitaria, con la specifica dei finanziamenti necessari a realizzarli entro giugno 2012.

Indicatori di risultato Aziendali

- Presentazione dei piani attuativi entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del Decreto.

2.5.5 Rete laboratoristica

Le azioni di dismissione e accorpamento delle **strutture pubbliche** a bassa produzione, pianificate nel precedente Programma Operativo e definite in ottemperanza al Decreto n.55/2010, sono state solo parzialmente raggiunte nel 2011. Tale manovra viene quindi rimodulata nel presente Programma Operativo, con l'obiettivo di terminare le attività di dismissione e accorpamento delle strutture pubbliche mancanti entro il 31 dicembre 2012.

Con riferimento invece alla rete dei **laboratori privati**, viene indicato come prioritario l'obiettivo della definizione di specifici requisiti di accreditamento in ragione della produttività minima, ad integrazione di quelli già previsti nel Regolamento del Consiglio Regionale n. 1 del 2007. Infatti il raggiungimento di questo obiettivo è propedeutico per la ridefinizione della rete laboratoristica privata e per implementare il processo di accreditamento in fase di avvio.

Inoltre, vista l'esigenza di ridurre il numero dei piccoli laboratori, che non sono in grado di garantire la qualità degli esami eseguiti, la Regione Campania prevede la possibilità che questi possano trasformarsi in Centri prelievo.

Inoltre bisognerà definire i rapporti economico e giuridici tra i diversi laboratori che decidano di mettersi in rete, tramite lo strumento del *Service* disciplinando come rispetto a questi si applichino i requisiti previsti dal Decreto 55/2010, anche in considerazione della riconversione dei laboratori in Centri prelievo.

Risultati programmati

Per il settore pubblico:

- completamento del processo di dismissione e accorpamento delle strutture laboratoristiche pubbliche entro il 31 dicembre 2012;

- i Direttori Generali e Commissari delle Aziende sanitarie di competenza delle strutture per le quali il Decreto 55/2010 prevede riorganizzazioni, trasmettano e certifichino nei tempi del crono programma e comunque entro e non oltre il 31 dicembre 2012 la dismissione e/o l'accorpamento dei laboratori al Nucleo di Coordinamento;
- la Regione proceda, entro il 31 dicembre 2012, al completamento della ricognizione della rete laboratoristica e dei servizi con specifico riferimento alle reti di anatomia patologica, di genetica e di medicina trasfusionale, non inclusi nel Decreto n. 55/2010.

Per il settore privato:

- la mappatura complessiva di tutti gli erogatori privati accreditati o in fase di accreditamento e la rilevazione delle prestazioni da essi erogate nel 2011 entro il 30 giugno 2012;
- l'individuazione di specifici requisiti di accreditamento ad integrazione di quelli previsti nel citato Regolamento n.1/2007, a partire dal livello di produttività analitica minima di regime fissato per anno di valutazione, in linea con quanto definito per la rete pubblica e in linea con i fabbisogni territoriali, entro il 31 luglio 2012;
- definizione dei requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e di accreditamento dei Centri prelievo entro il 31 luglio 2012;
- definizione dei rapporti economico-giuridici tra laboratori entro il 31 ottobre 2012.

Indicatori di risultato Regionali

- Definizione degli standard produttivi minimi per l'operatività di laboratori privati entro il 31 luglio 2012.

Indicatori di risultato aziendali

- Numero di laboratori pubblici dismessi su numero di laboratori da dismettere al 31 dicembre 2012;
- completamento degli indirizzi per i Centri prelievo (requisiti per autorizzazione/accreditamento; piano del fabbisogno regionale; rapporti economico-giuridici tra gli erogatori) entro il 30 novembre 2012.

2.5.6 Accordi MMG/PLS

Il Medico di medicina generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS) assolve, all'interno del SSR, un ruolo centrale: è infatti la figura professionale alla quale il cittadino, in un rapporto diretto e di reciproca fiducia, affida primariamente la tutela della propria salute.

Tuttavia, a fronte del mutare delle problematiche assistenziali, come l'emergere della complessità delle cure legata all'aumentata prevalenza delle malattie cronico-degenerative e al manifestarsi della fragilità connessa all'invecchiamento demografico e alla conseguente necessità di garantire la continuità assistenziale, il MMG/PLS deve uscire dal ruolo tradizionale di libero professionista solista e interagire con gli altri attori del Sistema sanitario regionale.

La definizione degli accordi con i MMG/PLS consentirà la piena integrazione nella rete dei servizi che connotano l'offerta sanitaria e la partecipazione al governo della domanda. Il MMG/PLS rafforzerà il suo ruolo di attore e promotore di efficaci interventi di prevenzione e fornitore di cure primarie ad ampio raggio, anche in maniera integrata con altre professionalità sanitarie e sociali.

Risultati programmati

- Sottoscrizione accordi regionali con la medicina convenzionata;
- adozione degli strumenti di programmazione aziendale e territoriale in conformità con gli Accordi Regionali della Medicina convenzionata;
- avvio del processo di valutazione e miglioramento continuo delle cure primarie e valorizzazione delle forme associative;

- avvio dei processi di integrazione ospedale territorio e sociosanitario;
- piena attuazione di quanto previsto dal DPCM del 26 marzo 2008 sulla trasmissione telematica delle ricette (Medici in Rete)

Indicatori di risultato

- Sottoscrizione accordi regionali con la medicina convenzionata entro il 30 giugno 2012;
- adozione degli strumenti di programmazione aziendale e territoriale in conformità con gli Accordi Regionali della Medicina convenzionata entro il 31 dicembre 2012,
- avvio del processo di valutazione e miglioramento continuo delle cure primarie e valorizzazione delle forme associative entro il 31 dicembre 2012;
- avvio dei processi di integrazione ospedale territorio e sociosanitario entro il 31 dicembre 2012;
- piena attuazione di quanto previsto dal DPCM del 26 marzo 2008 sulla trasmissione telematica delle ricette (Medici in Rete) entro il 31 luglio 2012.

2.5.7 Tariffe

Con Decreto n.6/2010 sono state approvate le tariffe per le RSA per anziani, disabili e soggetti affetti da demenza residenziali e semiresidenziali. Le stesse tariffe sono applicate alle strutture residenziali e semiresidenziali ex. Art 26 (Legge 833/1978) dopo i 240 giorni di permanenza in struttura.

Con Decreto n.18/2010 sono state aggiornate le tariffe per le strutture residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti al tasso di inflazione programmata. Sono in corso gli aggiornamenti per le nuove tipologie assistenziali, come evidenziato dai risultati programmati.

Con Decreto n.5/2011 la Regione Campania ha approvato le tariffe per le prestazioni a carattere residenziale e semiresidenziale per persone affette da patologie psichiatriche. Mentre, le tariffe per la bassa intensità assistenziale (comunità alloggio, gruppo appartamento) definite d'intesa tra Struttura Commissariale e Assessorato alle Politiche Sociali sono state approvate con Delibera di Giunta Regionale n.666/2011. Per tale ultima tipologie di strutture è prevista la compartecipazione da parte del Comune/utente in applicazione al DPCM del 29/11/2001.

Per quanto riguarda le tariffe per gli Hospice, il Decreto n.4/2011 è stato osservato dal Ministero. Sono attualmente in corso le modifiche, anche in vista dei recenti aggiornamenti normativi.

Infine, con i Decreti 64/2011 e 88/2012 sono state definite le procedure prescrittive ed erogative delle prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitativa per le patologie semplici con l'introduzione di pacchetti terapeutici e la definizione delle relative tariffe.

Nel corso del 2012 la Regione intende predisporre le nuove tariffe per:

- le speciali unità di accoglienza permanente (SUAP) rivolte a persone in stato vegetativo (R1) entro il 30 settembre 2012;
- le cure domiciliari, per profili di cura e bisogni assistenziali entro il 30 settembre 2012;
- i nuovi servizi assistenziali "di accoglienza" e "specialistici" per le comunità residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti entro il 30 settembre 2012;
- le Cure Palliative Domiciliari entro il 31 dicembre 2012.

Per quanto riguarda invece le prestazioni di specialistica ambulatoriale in data 19 marzo 2012 i Ministeri competenti hanno richiesto chiarimenti in merito alla proposta di rimodulazione delle tariffe. Si provvederà dunque entro il 30 aprile 2012 a riformulare la proposta tenendo conto dei rilievi del Tavolo Ministeriale. A far data dalla validazione le nuove tariffe diventeranno operative.

Ricordando che, ai sensi del Decreto Legislativo 502/1992 per procedere alla determinazione delle nuove tariffe si stabilisce che il massimo da corrispondere alle strutture accreditate, debba basarsi su almeno uno dei seguenti elementi:

- costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario;
- costi standard delle prestazioni già disponibili presso le Regioni e le province autonome;
- tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome.

In fase di adozione delle nuove tariffe sarà inoltre considerata:

- la compatibilità con i requisiti di accreditamento;
- la sostenibilità per il SSR sulla base del fabbisogno determinato (anche in considerazione dei risparmi derivanti da altre azioni del presente programma).

Risultati programmati

- Documento di determinazione delle nuove tariffe e verifica della compatibilità con i requisiti, con i fabbisogni e con gli oneri complessivi derivanti per il SSR per le prestazioni di assistenza territoriale per le quali non è ancora definita la tariffa;
- riformulazione della proposta di rimodulazione delle tariffe per le prestazioni ambulatoriali alla luce dei rilievi del Tavolo Ministeriale.

Indicatori di risultato Regionali

Emanazione di documenti formali per l'approvazione delle seguenti tariffe nella tempistica riportata:

- le speciali unità di accoglienza permanente (SUAP) rivolte a persone in stato vegetativo (R1) entro il 30 giugno 2012;
- le cure domiciliari, per profili di cura e bisogni assistenziali entro il 30 settembre 2012;
- i nuovi servizi assistenziali "di accoglienza" e "specialistici" per le comunità residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti entro il 30 settembre 2012;
- le Unità di Cure Palliative Domiciliari entro il 31 dicembre 2012;
- riformulazione della proposta di rimodulazione delle tariffe per le prestazioni ambulatoriali alla luce dei rilievi del Tavolo Ministeriale, entro il 30 aprile 2012.

2.5.8 Compartecipazioni

La rimodulazione del *ticket* non porta solamente maggiori entrate, ma ha anche la funzione di poter indirizzare la domanda del cittadino nel consumo sanitario. In quest'ottica già nel precedente Programma Operativo sono stati previsti interventi straordinari di compartecipazione della spesa farmaceutica, ambulatoriale specialistica e per l'assistenza termale e i codici bianchi di pronto soccorso.

Con Decreto n.90/2011 inoltre la Regione ha prorogato tali misure di compartecipazione alla spesa di cui decreti commissariali n. 50, n. 51, n.52 e n. 53 del 27.09.2010, fino al 31 dicembre 2012 salvo anticipata cessazione a seguito dell'adozione di nuovi decreti.

Pronto soccorso

Al fine di migliorare l'appropriatezza di accesso al pronto soccorso e di incanalare la domanda dei cosiddetti "codici bianchi e verdi" verso altre strutture territoriali di primo intervento più appropriate la Regione Campania nel corso del 2012 ha intenzione di operare una rimodulazione del *ticket* per le prestazioni di pronto soccorso.

Attualmente si rileva una quota di compartecipazione per le prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero (codice bianco) di c.a. 50 €, mentre non è prevista alcuna quota di compartecipazione per le prestazioni di pronto soccorso codificate come codice verde.

Il piano di rimodulazione regionale prevede, mantenendo la stessa quota di compartecipazione totale, una ripartizione tra prestazioni di pronto soccorso codificate come codice bianco (con una quota di c.a. 35 €) e prestazioni di pronto soccorso codificare come codice verde (con una quota di c.a. 15 €).

Farmaceutica

Per quanto riguarda la compartecipazione farmaceutica la Regione Campania prevede una rimodulazione del *ticket*, maggiormente orientata all'incremento del consumo dei farmaci a brevetto scaduto entro il 30 marzo 2012.

Specialistica ambulatoriale

L'introduzione della quota fissa per i *ticket* della specialistica ambulatoriale ha reso alcune prestazioni private più convenienti di quelle pubbliche, incidendo negativamente sulla capacità di questa manovra di portare benefici sul sistema pubblico. La Regione si riserva quindi la possibilità di rimodulare il *ticket* nel corso del 2012.

Prudenzialmente non vengono stimati ulteriori risparmi derivanti dalla rimodulazione del *ticket*.

Risultati programmati

- Riduzione delle prestazioni di pronto soccorso codificare come codice verde;
- rimodulazione del *ticket* per la farmaceutica entro il 31 maggio 2012;
- incremento delle entrate da *ticket*.

Indicatori di risultato Regionali

- Confronto delle entrate da *ticket* 2012 vs 2011;
- emanazione di un Decreto per la rimodulazione del *ticket* sulla farmaceutica entro il 31 maggio 2012.

Indicatori di risultato Aziendali

- Confronto delle entrate da *ticket* 2012 vs 2011 per Trimestre;
- confronto dei consumi 2012 vs 2011 per prestazioni di pronto soccorso ospedaliero codificare come codice bianco o codice verde per Trimestre.

2.5.9 Riallineamento ambiti dei Distretti

Con deliberazione n. 40 del 14.2.2011 la Giunta Regionale ha costituito un tavolo tecnico congiunto Sanità – Politiche Sociali con il compito di definire i criteri e di redigere un documento con la proposta di riassetto-riallineamento tra ambiti sociali e distretti sanitari, per favorire una *governance* unitaria dell'assetto sociosanitario dei servizi alla persona.

Tale determinazione è scaturita dalla necessità di completare le previsioni del Decreto commissariale n. 49/2010 di riassetto della rete ospedaliera, anche alla luce delle osservazioni formulate dai Ministeri della salute e del Tesoro.

Il Tavolo Tecnico ha elaborato il rapporto sul riallineamento ambiti/distretti, tenendo conto dei principi contenuti nel D.L.vo n. 502/99 e s.m.i., nonché di quelli indicati nella citata DGR n.40/2011 (omogeneità dei sistemi di erogazione dei servizi; principio dell'efficienza; uniformità dell'erogazione dei livelli essenziali di

assistenza (LEA); uniformità dei sistemi di gestione, organizzazione ed erogazione dei servizi territoriali di natura sociosanitaria; allineamento dei sistemi informativi sociali, sanitari e sociosanitari)

E' stata formulata una proposta che, tenendo conto della situazione di criticità determinatasi con la sovrapposizione di norme in materia di riorganizzazione dei distretti sanitari con quelle di aggregazione degli ambiti territoriali, punta ad una nuova configurazione di ambiti e distretti sociosanitari, intesi quali strutture tecniche ed amministrative che assicurino una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione, mediante un'articolazione territoriale che sia sede di gestione e coordinamento operativo e organizzativo dei servizi sociosanitari.

Attualmente è in corso, come previsto dalla normativa sociale, la concertazione su base provinciale con gli ambiti territoriali di zona. Al termine di tale fase concertativa, accolte le eventuali proposte di miglioramento, potranno essere predisposti gli atti consequenziali per il riallineamento ambiti-distretti.

Risultati programmati

- Conclusione fase concertativa entro il 31 dicembre 2012.

Indicatori di risultato Regionali

- Conclusione fase concertativa entro il 31 dicembre 2012.

2.6 Sistema di monitoraggio della spesa Farmaceutica

Tabella 27 – Riepilogo manovre e valorizzazioni 2012 – Farmaceutica

	€/m ln
Sistema di monitoraggio della spesa farmaceutica	-

Nell'ottica di superare le criticità emerse nella definizione di un sistema di *reporting* e al fine di ottenere un modello univoco di misurazione delle prestazioni la Regione si pone l'obiettivo di creare un nuovo sistema di indicatori di *performance* per misurare la spesa farmaceutica: ospedaliera, convenzionata e di PHT. Tale sistema permetterà di monitorare la spesa farmaceutica regionale e di individuare le criticità presenti; l'obiettivo principale è la diminuzione dei consumi DDD/1000 ab. e la riduzione dell'utilizzo inappropriato del farmaco.

In particolare si utilizzeranno le seguenti banche dati:

- per la **spesa farmaceutica convenzionata** si prenderanno come riferimento i dati SOGEI relativi al sistema TS, la lettura ottica delle ricette, gli indicatori di appropriatezza AIFA DDD/1000 ab. i dati da DCRU e i dati da CE;
- per la **spesa ospedaliera** si farà riferimento ai nuovi sistemi informatici (incluso il sistema ISOLATI), il flusso dei consumi ospedalieri e i dati di spesa da CE;
- relativamente alla **spesa PHT** si prenderà in considerazione il flusso della distribuzione diretta, i dati della distribuzione per conto e gli indicatori DDD/1000 ab.

I risultati delle analisi saranno oggetto di monitoraggio durante le verifiche trimestrali e saranno messi in correlazione ai risultati economici delle AASS.

Tale sistema di indicatori di *performance* verrà utilizzato per valutare il livello di conseguimento degli obiettivi fissati a livello regionale e fornirà indicazioni sull'operato delle singole AA.SS. in termini di consumi e di appropriato utilizzo dei farmaci.

Ricordiamo inoltre che è stato istituito un Tavolo Tecnico di Lavoro sul Farmaco che ha tra gli obiettivi la valutazione clinico terapeutica dei farmaci ai fini dell'inserimento nel Prontuario Terapeutico Regionale. Il Tavolo Tecnico è stato regolarmente attivato e prevede di completare il lavoro di aggiornamento del P.T.O.R. entro il primo semestre del 2012.

Risultati programmati

- Aggiornamento del P.T.O.R. entro il 30 giugno 2012;
- definizione di un nuovo sistema di indicatori entro settembre 2012.

Indicatori di risultato Regionali

- Emanazione Decreto di aggiornamento del P.T.O.R. entro il 30 giugno 2012;
- confronto spesa 2012 vs 2011;
- costo medio per terapia oncologica;
- livello di utilizzo dei farmaci biosimilari;
- livello di utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto;
- spesa pro-capite.

Indicatori di risultato Aziendali

- Confronto spesa 2012 vs 2011 per Trimestre;
- costo medio per terapia oncologica;
- livello di utilizzo dei farmaci biosimilari;
- livello di utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto;
- livello di appropriatezza nella prescrizione e nell'utilizzo dei farmaci.

2.7 Acquisto beni e servizi

Tabella 28 – Riepilogo manovre e valorizzazioni 2012 – Beni e servizi

	€/m ln
Acquisto beni e servizi	42,0

L'efficacia delle manovre su beni e servizi dipende certamente dalla capacità della Regione, ma soprattutto delle singole Aziende sanitarie, di agire sulle voci di spesa più importanti (farmaci, assistenza integrativa e protesica, pulizia, mensa e buoni pasto).

Da un lato, le Aziende sanitarie devono intervenire sulle prime voci di spesa riducendo le quantità acquistate; dall'altro, So.Re.Sa. (Centrale Acquisti), deve incidere su quelle voci di spesa garantendo una riduzione dei prezzi di acquisto.

Al fine dell'abbattimento dei prezzi di acquisto, per l'anno 2012 So.Re.Sa. ha definito 21 gare in programmazione per un valore complessivo pari a circa **941 €/mln**; tali iniziative sono state selezionate sulla base di una serie di criteri, quali:

- la scadenza dell'anno 2012 dei precedenti contratti di analoghe forniture;
- l'incidenza economica della fornitura;
- il risparmio atteso;
- l'istruttoria già espletata;
- la copertura dei diversi settori merceologici.

Tabella 29 – Gare programmate per il 2012

Gara	Valore annuale presunto (€)
Farmaci	676.104.575
Presidi per diabetici	48.141.580
Ossigeno	45.000.000
Energia elettrica	42.000.000
DPI	21.000.000
Sistemi per stonia	12.876.389
Immunologa generale per infettivologia	12.875.796
Suture	11.371.033
Ectomografo completo di sonde varie	9.707.500
Batteriologia	9.407.000
TAC	8.180.000
Angiografo fisso e Angiografo portatile	8.140.000
Ematologia e coagulazione	6.500.000
Core Lab	6.171.000
Vaccini antiinfluenzali	5.330.121
Telefonia	4.500.000
Reti chirurgiche	4.039.068
Siringhe e aghi generici	3.705.457
Guanti	3.506.351
Medicazioni	2.150.000
Flacone per metodone	125.404
Totale	940.831.274

Inoltre nel corso dell'anno verranno avviate delle analisi del mercato per la definizione e la progettazione di ulteriori iniziative di centralizzazione di beni e servizi, definendo entro il 31 dicembre 2012 il piano gare per gli anni 2013-14, con specifica delle risorse necessarie alla progettazione dei servizi da mettere a gara, degli elementi di innovazione che queste dovranno prevedere, delle caratteristiche generali in termini di standardizzazione e degli obiettivi che si intendono perseguire finalizzati al contenimento della spesa.

Per eliminare progressivamente gli acquisti "fuori piattaforma So.Re.Sa." effettuati dalle Aziende sanitarie, la Regione intende costituire una "Task Force Acquisti". Dall'altra parte So.Re.Sa. provvederà all'interno del sistema informativo (sistema di gestione degli ordini centralizzati) a sviluppare un'area su cui far convergere le richieste dei beni/servizi esclusi dalla centralizzazione. Tali richieste, previo parere della competente struttura regionale, saranno di volta in volta autorizzata da So.Re.Sa.

Inoltre, al fine di introdurre un modello innovativo di logistica integrata, la Centrale Acquisti prevede di avviare nel corso del 2012 uno specifico studio di fattibilità la cui sperimentazione è programmata per l'esercizio 2013.

Alla luce dei risultati ottenuti nel corso del 2011, per il 2012 vengono rimodulati gli obiettivi di risparmio aziendali, concentrando l'attenzione sulla voce di spesa più consistente, quella per prodotti Farmaceutici ed Emoderivati.

Per tale voce di costo nel 2012 le Aziende sanitarie non dovranno superare la spesa sostenuta nel 2011, come evidenziata dai dati di IV Trimestre 2011.

La valorizzazione del mantenimento dello stesso livello di spesa del 2011 per prodotti farmaceutici porta ad una manovra di 42 €/mln.

Risultati programmati

- Emissione dei bandi di gara per le 21 gare individuate entro il 30 ottobre 2012;
- creazione della "Task Force Acquisti" entro il 30 giugno 2012;
- avvio dell'analisi del mercato entro il 30 giugno 2012;

- emissione del nuovo piano gare per il 2013-2014 entro il 31 dicembre 2012;
- studio di fattibilità inerente il sistema di logistica integrato entro 31 dicembre 2012;
- riduzione delle spesa per l'acquisto di beni e servizi.

Indicatori di risultato Regionali

- Emissione dei bandi di gara per le 21 gare individuate entro il 30 ottobre 2012;
- creazione della "Task Force Acquisti" entro il 30 giugno 2012;
- avvio dell'analisi del mercato entro il 30 giugno 2012;
- emissione del nuovo piano gare per il 2013-2014 entro il 31 dicembre 2012;
- studio di fattibilità inerente il sistema di logistica integrato entro 31 dicembre 2012;
- costo per i beni e servizi 2011 vs 2012.

Indicatori di risultato Aziendali

- Spesa per prodotti Farmaceutici ed Emoderivati 2011 vs 2012.

Valorizzazione intervento

Tabella 30 – Valorizzazione manovra sul contenimento della spesa

	IV Trim. Tendenziale		Manovre	Programm.
CONTO ECONOMICO	2011	2012	2012	2012
Prodotti farmaceutici (acquisto)	699.917	741.912	(41.995)	699.917

Imponendo che le Aziende sanitarie debbano mantenere per il 2012 lo stesso livello di spesa per i prodotti farmaceutici del 2011 si evidenzia un risparmio rispetto al Programmatico di **41,9 €/mln.**

2.8 Regolarizzazione dei pagamenti ai creditori

Tabella 31 – Riepilogo manovre e valorizzazioni 2012 – Regolarizzazione pagamenti

	€/mln
Regolarizzazione dei pagamenti ai creditori	-

Con decreto commissariale n. 12 del 21 febbraio 2011 è stato predisposto il Piano di Pagamento dei debiti sanitari in attuazione dell'art. 11, comma 2, del DL 78/2010, convertito in legge 122/2010.

La menzionata disposizione, come è noto, prevede che i Commissari ad Acta delle regioni già sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, sottoscritti ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi dei medesimi piani di rientro nella loro unitarietà, anche mediante il regolare svolgimento dei pagamenti dei debiti accertati in attuazione dei medesimi piani alla conclusione della procedura di ricognizione di tali debiti, predispongano un piano che individui modalità e tempi di pagamento. La norma aveva anche disposto, fino al 31 dicembre 2010 il divieto di intraprendere o di proseguire azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle predette regioni.

E' poi intervenuto, dapprima, l'art. 1, comma 51, della legge 220/2010 (cd. legge di stabilità 2011), che, nel precisare più nel dettaglio la portata della "impignorabilità" ne ha esteso l'efficacia fino al 31 dicembre 2011 e, da ultimo, l'art. 17, comma 4, lett. e), del DL 98/2011, convertito in legge 111/2011, che ha ulteriormente prolungato fino al 31 dicembre 2012 i divieti recati dalla legge di stabilità 2011.

Nell'ambito di tale quadro normativo di riferimento, il citato decreto commissariale 12 si pone, dunque, i seguenti obiettivi:

- ripristinare l'ordinato e regolare svolgimento dei pagamenti ai creditori delle Aziende Sanitarie;

- abbattere il contenzioso ed i relativi oneri per il mancato pagamento nonché il volume di pignoramenti in essere.

Lo stesso decreto si muove, infatti, dalla constatazione che l'andamento finanziario della sanità regionale è diventato un autonomo fattore di crisi, generando costi per contenzioso per centinaia di milioni di euro all'anno, e rendendo molto più ardua la stessa azione di programmazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale. In particolare, tra le premesse del decreto in parola si osserva che il contenzioso per mancato e/o ritardato pagamento, che coinvolge la platea dei fornitori di beni e servizi, sanitari e non sanitari, e che raggiunge livelli particolarmente elevati e complessi, quando si intreccia ai contenziosi "di merito" (per questioni legate alle tariffe, alle modalità di remunerazione, ai tetti di spesa, agli arbitrati con le case di cura, all'accreditamento istituzionale, alla applicazione di disposizioni di legge nazionali o regionali), ovvero quando nel ritardo del pagamento si inseriscono iniziative di studi legali e/o società finanziarie che sfruttano ogni possibilità per moltiplicare le azioni e la loro remunerazione a carico delle aziende sanitarie, determina oneri in rapida crescita e nell'ordine di circa **250 €/mln** all'anno. Di qui l'urgenza di bloccare e ridurre lo sviluppo di entrambe le forme di contenzioso.

Tra le varie misure previste dal Decreto 12, vi è anche quella di certificare, limitatamente ai casi in cui non sia possibile procedere al pagamento per mancanza di fondi liquidi, i crediti vantati dai fornitori del SSR che siano certi, liquidi ed esigibili, al fine di consentire al creditore la cessione pro-soluto a favore di banche o intermediari finanziari riconosciuti dalla legislazione vigente.

Proprio rispetto alla possibile cessione pro-soluto del credito certificato a favore di cessionari bancari, con il Decreto commissariale n. 48 del 20 giugno 2011 sono state apportate talune modifiche al Decreto 12, così come espressamente richiesto da codesto Tavolo di verifica, al fine di prevedere che: *"al 31 dicembre del 2011 e del 2012, il debito sanitario residuo certificato e ceduto pro soluto a favore di banche o intermediari finanziari riconosciuti dalla legislazione vigente, a seguito di accordi transattivi aventi ad oggetto anche la rimodulazione dei termini di pagamento, non potrà superare l'ammontare già registrato al 31 dicembre 2010 (pari a circa 700 mln di euro)"*.

Con il Decreto del Commissario ad Acta n. 22/2012 (pubblicato sul BURC n. 17 del 19.03.2012) sono state approvate significative modifiche ed integrazioni al piano di pagamento dei debiti sanitari di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 12/2011.

Tra le principali novità, si segnala quella relativa al pagamento pronta cassa dei "Crediti Pregressi" di "piccolo importo", definiti come quei crediti, comunque iscritti nella piattaforma gestita dalla So.Re.Sa. S.p.A. ai sensi del Decreto 12/2011 e ss.mm.ii., riferiti a partite fatturate al 30 giugno 2011 e ancora non soddisfatte per un importo complessivo non superiore a **60.000,00 €** vantato dal creditore nei confronti di ciascuna Azienda Sanitaria.

Altra importante innovazione riguarda la possibilità che gli accordi con le Associazioni dei creditori e/o con singoli creditori di maggiore rilievo, già previsti dalle Linee Guida allegate al Decreto n. 12/2011, prevedano tra l'altro:

- la definizione, in via convenzionale, del riferimento temporale dei "Crediti Pregressi" oggetto dell'accordo;
- il pagamento in contanti, in una o più soluzioni, di tutto o parte dei "Crediti Pregressi";
- l'emissione di certificazioni, secondo quanto già previsto dal Decreto n. 12/2011 e ss.mm.ii., relativamente alla parte dei "Crediti Pregressi" non oggetto di pagamento in contanti, con il riconoscimento di un indennizzo forfettario omnicomprensivo, da commisurare alla sorte capitale convenuta;
- che parte del pagamento in contanti e l'emissione di certificazioni, di cui ai punti precedenti, vengano subordinati, in presenza di procedure esecutive intraprese dal creditore, al conseguimento dei provvedimenti di svincolo rilasciati dai giudici dell'esecuzione debitamente notificati al Tesoriere aziendale.

Si rappresenta, altresì, che al 29 febbraio 2012 l'importo totale delle "richieste di certificazione" pervenute dai creditori del SSR, e già iscritte nella piattaforma gestita dalla So.Re.Sa. S.p.A. ai sensi del Decreto n. 12/2011,

risulta pari a circa **1.500 €/mln**, rispetto ai quali sono in corso ormai da mesi le operazioni di transazione e dilazione di pagamento secondo quanto già previsto dal citato decreto.

Allo stesso modo, si rappresenta pure che nella prima settimana di operatività delle modifiche apportate al Decreto n. 12/2011 dal Decreto n. 22/2012, sono stati stipulati, o sono in corso di stipula, accordi quadro con associazioni di categoria e con singoli creditori di rilevante importo per un ammontare complessivo pari a circa **600 €/mln**, con la previsione del pagamento per cassa nell'arco dei prossimi tre mesi per circa la metà dell'importo complessivo (con l'emissione delle relative certificazioni per la restante parte).

Risultati programmati

- Prosecuzione del piano di pagamento dei debiti sanitari secondo le linee guida tracciate con il Decreto n. 12/2011, come integrato e modificato dai Decreti n. 48/2011 e 22/2012;
- prosecuzione delle azioni volte alla definizione degli accordi quadro con associazioni di categoria e con singoli creditori di rilevante importo, con la previsione del pagamento in contanti di almeno parte delle pretese creditorie, fino all'esaurimento della disponibilità delle risorse finanziarie utilizzabili nell'immediatezza (circa 600 mln di euro, come da ricognizione effettuata con il Decreto n. 18/2012 pubblicato sul BURC n. 16 del 12.03.2012) e nei limiti delle certificazioni oggetto di cessione *pro-soluto* ad intermediari finanziari fissati con il Decreto n. 48/2011 (**700 €/mln** al 31 dicembre di ogni anno a venire).

Indicatori di risultato

- Numero e volume degli accordi quadro stipulati con associazioni di categoria e con singoli creditori di rilevante importo ed entità degli importi oggetto degli atti transattivi di dilazione di pagamento sottoscritti tra le singole Aziende Sanitarie ed i loro creditori;
- volume della riduzione della debitoria fin qui maturata;
- entità del risparmio per il Servizio Sanitario Regionale a seguito delle rinunce ad interessi, spese legali, diritti ed onorari già riconosciuti dalle Autorità Giudiziarie;
- entità degli svincoli di risorse pignorate presso i Tesorieri aziendali.

2.9 Prevenzione, Veterinaria e igiene degli alimenti

Tabella 32 – Riepilogo manovre e valorizzazioni 2012 – Prevenzione e veterinaria

	€/mln
Prevenzione, Veterinaria e igiene degli alimenti	-

Nel corso del 2011 la Regione Campania ha avviato le azioni previste nel precedente Programma Operativo e si aspetta di completarle nei termini previsti, in particolare il Piano Regionale Integrato dei Controlli ufficiali 2011 – 2014 è stato aggiornato con Delibera 377/2011.

Molte delle criticità emerse e segnalate anche nel corso del monitoraggio dell'attuazione del Programma Operativo, che portano la Regione Campania ad incontrare difficoltà in fase di verifica degli adempimenti LEA rispetto a quest'area, sono certamente attribuibili alla disomogeneità degli interventi e all'assenza di procedure standard per l'erogazione degli stessi.

Per ovviare a queste difficoltà la Regione Campania ha disposto un programma per la certificazione ISO delle strutture regionali e territoriali del Servizio Sanitario operanti in materia di Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria e, a medio/lungo termine, l'accreditamento ad opera dell'Ente unico nazionale ACCREDIA delle strutture regionali che consenta alle stesse di assurgere al ruolo di certificatore dei servizi territoriali al fine di:

- garantire omogeneità sul territorio regionale nelle procedure attinenti le attività di controllo ufficiale nelle materie previste dal vigente Piano Regionale Integrato;
- certificare il sistema qualità per garantire ai fruitori che il livello di qualità del proprio modello organizzativo risponde a requisiti riconosciuti a livello internazionale;

- organizzare tutto il complesso sistema documentale, informatico ed organizzativo, centrale e periferico, già esistente in un unico sistema integrato maggiormente fruibile e chiaro.

Risultati programmati

Fermo restando gli obiettivi declinati per il 2012 nel precedente Programma Operativo, la Regione Campania si impegna quindi a:

- completare le azioni di *audit* interno, già avviate nel corso del 2011, per individuare ulteriori aree di criticità su cui intervenire;
- definire dei livelli standard nell'erogazione delle prestazioni rese dai servizi coinvolti nell'attuazione del vigente Piano Regionale Integrato al fine del conseguimento della certificazione ISO 9001;
- avviare le procedure per l'accreditamento Regionale quale organismo di certificazione ed ispezione ACCREDIA, che sarà completato nel 2013.

Indicatori di risultato Regionali

- Avvio di sopralluoghi presso le sedi da Certificare entro il 30 giugno 2012;
- elaborazione della documentazione di sistema necessaria (Manuale, procedure, etc) entro il 30 giugno 2012;
- avvio di attività di formazione per il personale delle Aziende sanitarie entro il 31 dicembre 2012;
- completamento di almeno 4 verifiche ispettive interne a campione entro dicembre 2012;
- Conseguimento della certificazione ISO 9001 per le strutture Regionali, dipartimentali e Aziendali entro il 31 dicembre 2012.

3 Allegato

3.1 Acquisto Beni e Servizi

Rispetto a quanto riportato nel PO 2011-2012 si è resa necessaria la rideterminazione del Programmatico 2011 alla luce di quanto segue:

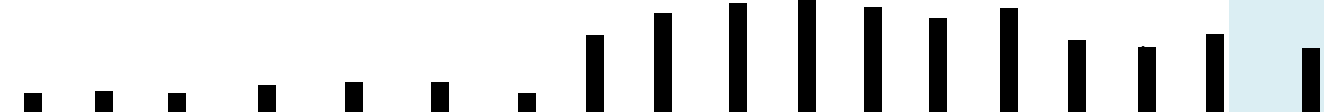
- dati consuntivi 2010 (i dati programmatici 2011-2012 e riportati nel precedente PO erano stati definiti in base ai dati risultanti dal IV Trimestre 2010);
- accorpamenti e trasferimenti di attività derivanti dall'attuazione del Decreto 49/2010 di riorganizzazione della Rete Ospedaliera.

Di seguito si riporta il programmatico 2011 rideterminato sulla base di quanto sopra indicato nonché gli scostamenti che sono stati determinati rispetto ai dati di IV Trimestre 2011.

Tabella 33 – IV Trimestre 2011 per Azienda

																		
Voce di spesa Pre-Consuntivo 2011																		
Prodotti farmaceutici ed emoderivati	27,4	22,5	73,9	110,0	94,0	73,8	91,4	35,2	2,5	32,1	17,0	20,8	8,9	12,8	16,0	40,5	21,1	699,9
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa e protesica	14,8	6,3	24,4	35,6	26,6	28,6	29,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	166,0
Pulizia	3,1	1,2	11,1	30,4	12,8	10,9	20,1	14,8	2,4	10,6	2,7	2,8	0,7	5,3	5,8	10,0	2,8	147,7
Mensa	3,7	0,9	7,8	13,4	5,8	8,5	14,8	11,6	2,3	6,4	2,9	4,2	1,5	3,1	3,5	6,2	1,5	98,3
Materiali diagnostici prodotti chimici	2,0	1,2	5,0	6,9	5,6	5,2	12,5	6,6	2,6	6,3	7,7	0,5	2,7	3,7	4,7	6,2	3,9	83,3
Materiali protesici	0,6	0,4	2,9	7,0	2,5	2,1	12,4	5,0	0,9	14,5	9,9	4,5	0,9	3,3	1,2	6,7	0,8	75,7
Manutenzione e riparazione alle attrezzature tecnico-scientific	1,5	0,5	2,5	6,8	4,8	4,4	6,6	3,9	1,6	5,1	2,7	4,0	1,9	1,5	2,1	3,6	1,5	54,9
Premi di assicurazione	2,1	1,6	5,9	5,0	9,1	6,0	13,1	2,6	1,3	5,3	0,4	1,3	3,6	4,0	0,9	1,1	0,2	63,4
Utenze elettricit�	1,7	0,8	4,0	7,7	3,2	3,5	7,6	2,9	1,1	3,3	2,5	2,7	1,0	2,7	1,3	4,0	1,4	51,3
Lavanderia	1,0	0,2	1,5	7,4	2,6	2,0	2,8	3,8	1,1	3,1	1,8	0,8	1,1	2,4	0,8	2,2	0,6	35,2
Totali	57,9	35,8	139,0	230,4	166,9	145,0	211,0	86,5	15,7	86,6	47,6	41,7	22,3	38,9	36,3	80,5	33,9	1.475,7

Tabella 34 – Nuovo Programmatico 2011, basato sui dati di Consuntivo 2010 per Azienda



Nuovo Programmatico 2011																		
<i>Prodotti farmaceutici ed emoderivati</i>	23,3	22,4	68,6	101,7	94,8	64,6	77,6	38,4	5,1	34,5	20,3	20,0	8,9	10,4	14,3	35,6	19,8	660,3
<i>Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa e protesica</i>	15,1	8,3	25,1	42,1	26,9	30,7	30,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	178,8
<i>Pulizia</i>	2,4	1,3	10,9	34,3	11,4	9,8	19,2	14,0	2,2	10,0	-	2,0	0,7	5,5	5,3	9,4	2,6	140,9
<i>Mensa</i>	3,4	1,0	7,1	14,1	5,6	7,2	15,3	12,1	2,0	4,9	1,8	4,0	1,5	3,4	3,8	7,0	1,5	95,8
<i>Materiali diagnostici prodotti chimici</i>	2,9	1,4	4,9	9,1	2,8	6,2	12,3	7,2	2,7	7,2	7,8	0,3	2,8	4,2	3,9	7,9	4,6	88,4
<i>Materiali protesici</i>	0,5	0,3	2,3	10,4	2,7	4,6	12,3	4,0	1,9	12,6	7,9	5,0	0,9	5,6	1,1	6,8	0,5	79,4
<i>Manutenzione e riparazione alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie</i>	1,4	0,7	1,8	8,1	4,8	4,1	6,1	5,0	1,9	5,6	3,2	3,5	2,0	1,7	3,1	3,9	2,0	58,9
<i>Premi di assicurazione</i>	2,1	1,7	5,6	8,5	8,4	5,0	10,6	0,2	1,2	3,6	0,4	2,6	3,3	3,2	0,9	1,6	0,3	59,0
<i>Utenze elettricità</i>	1,6	0,7	3,8	4,9	3,1	3,7	4,5	2,8	1,2	3,4	3,2	2,7	1,0	1,8	0,9	4,1	1,3	44,7
<i>Lavanderia</i>	0,9	0,2	1,5	8,9	2,6	2,0	2,8	3,4	1,2	3,1	1,8	0,6	1,1	2,3	0,9	2,4	0,6	36,5
Totali	53,7	37,9	131,6	242,1	163,1	137,9	191,2	87,1	19,5	85,0	46,5	40,7	22,2	38,0	34,3	78,6	33,2	1.442,7

Tabella 35 – Analisi degli scostamenti dal Programmatico 2011 per Azienda

D IV Trim. 2011 - Programm. 2011																		
<i>Prodotti farmaceutici ed emoderivati</i>	4,1	0,0	5,4	8,4	(0,9)	9,3	13,9	(3,2)	(2,6)	(2,5)	(3,3)	0,8	(0,0)	2,4	1,7	4,9	1,3	39,6
<i>Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa e protesica</i>	(0,3)	(2,0)	(0,7)	(6,5)	(0,2)	(2,1)	(0,9)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	(12,8)
<i>Pulizia</i>	0,7	(0,1)	0,2	(3,9)	1,4	1,2	0,8	0,9	0,2	0,6	2,7	0,8	0,0	(0,1)	0,5	0,7	0,3	6,8
<i>Mensa</i>	0,3	(0,1)	0,7	(0,7)	0,3	1,3	(0,4)	(0,5)	0,3	1,4	1,1	0,2	0,0	(0,3)	(0,3)	(0,7)	0,0	2,6
<i>Materiali diagnostici prodotti chimici</i>	(0,9)	(0,1)	0,0	(2,2)	2,8	(1,1)	0,2	(0,6)	(0,2)	(0,9)	(0,1)	0,2	(0,1)	(0,6)	0,8	(1,7)	(0,7)	(5,1)
<i>Materiali protesici</i>	0,1	0,2	0,6	(3,4)	(0,3)	(2,5)	0,1	1,0	(1,0)	1,9	2,1	(0,5)	0,1	(2,2)	0,1	(0,2)	0,3	(3,7)
<i>Manutenzione e riparazione alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie</i>	0,1	(0,1)	0,6	(1,2)	(0,0)	0,3	0,5	(1,1)	(0,3)	(0,6)	(0,5)	0,6	(0,1)	(0,2)	(1,1)	(0,3)	(0,5)	(4,0)
<i>Premi di assicurazione</i>	(0,0)	(0,0)	0,3	(3,5)	0,7	0,9	2,5	2,4	0,1	1,7	0,0	(1,2)	0,2	0,8	0,0	(0,5)	(0,1)	4,4
<i>Utenze elettricità</i>	0,1	0,1	0,3	2,7	0,1	(0,2)	3,1	0,1	(0,1)	(0,1)	(0,7)	0,0	(0,0)	1,0	0,4	(0,1)	0,1	6,6
<i>Lavanderia</i>	0,0	0,1	0,0	(1,4)	(0,0)	(0,1)	0,0	0,4	(0,1)	(0,0)	(0,0)	0,2	(0,0)	0,0	(0,1)	(0,2)	(0,0)	(1,3)
Totali	4,2	(2,0)	7,4	(11,8)	3,8	7,1	19,7	(0,7)	(3,8)	1,6	1,2	1,1	0,0	0,8	2,0	1,9	0,6	33,1

Tabella 36 – Consuntivo 2010 per Azienda

Consuntivo 2010																		
<i>Prodotti farmaceutici ed emoderivati</i>	24,1	23,2	71,0	113,1	98,1	66,8	89,6	41,2	2,6	29,1	11,6	20,7	9,3	10,8	14,8	36,8	20,5	683,3
<i>Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa e protesica</i>	14,6	8,0	24,3	40,7	26,0	29,6	29,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	172,8
<i>Pulizia</i>	2,4	1,3	11,0	34,9	11,6	9,9	19,5	14,2	2,3	10,2	-	2,0	0,7	5,6	5,4	9,5	2,6	143,1
<i>Mensa</i>	3,5	1,0	7,2	14,3	5,6	7,2	15,4	12,2	2,0	5,0	1,9	4,0	1,5	3,5	3,9	7,0	1,5	96,5
<i>Materiali diagnostici prodotti chimici</i>	2,9	1,4	5,0	10,4	2,8	6,3	15,2	7,6	2,2	6,2	5,0	0,3	2,8	4,3	4,0	7,9	4,7	89,0
<i>Materiali protesici</i>	0,5	0,3	2,4	12,8	2,8	4,8	14,9	5,1	0,7	11,2	5,9	5,1	0,9	5,7	1,1	7,0	0,5	82,0
<i>Manutenzione e riparazione alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie</i>	1,3	0,6	1,8	9,1	4,6	3,9	7,0	4,9	1,3	4,2	1,9	3,3	1,9	1,6	3,0	3,7	1,9	55,9
<i>Premi di assicurazione</i>	2,2	1,7	5,9	8,9	8,8	5,3	11,1	0,2	1,3	3,7	0,4	2,7	3,5	3,3	0,9	1,7	0,3	61,8
<i>Utenze elettricità</i>	1,5	0,7	3,5	5,5	2,8	3,4	5,0	2,7	0,8	2,4	2,1	2,5	0,9	1,6	0,8	3,8	1,2	41,2
<i>Lavanderia</i>	0,9	0,2	1,5	9,9	2,6	2,0	3,0	3,5	0,9	2,2	1,7	0,6	1,1	2,3	0,9	2,4	0,6	36,3
Totali	54,0	38,4	133,4	259,5	165,8	139,2	210,4	91,7	14,0	74,3	30,4	41,3	22,6	38,7	34,8	79,8	33,8	1.462,0

Tabella 37 – Analisi degli scostamenti rispetto al Consuntivo 2010 per Azienda

D IV Trim. 2011 - Consuntivo 2010																			
Prodotti farmaceutici ed emoderivati	3,3	(0,8)	3,0	(3,1)	(4,2)	7,0	1,8	(6,0)	(0,1)	3,0	5,3	0,1	(0,4)	2,0	1,2	3,7	0,6	16,6	
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa e protesica	0,2	(1,7)	0,1	(5,1)	0,7	(1,1)	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	(6,8)	
Pulizia	0,7	(0,1)	0,0	(4,4)	1,2	1,0	0,5	0,7	0,2	0,4	2,7	0,8	0,0	(0,2)	0,4	0,5	0,2	4,6	
Mensa	0,2	(0,1)	0,6	(0,8)	0,2	1,3	(0,6)	(0,5)	0,3	1,4	1,0	0,1	(0,0)	(0,3)	(0,3)	(0,8)	0,0	1,8	
Materiali diagnostici prodotti chimici	(0,9)	(0,1)	(0,0)	(3,4)	2,7	(1,1)	(2,7)	(1,1)	0,4	0,1	2,7	0,2	(0,1)	(0,6)	0,7	(1,7)	(0,8)	(5,8)	
Materiali protesici	0,1	0,1	0,5	(5,8)	(0,4)	(2,7)	(2,5)	(0,1)	0,2	3,3	4,0	(0,7)	0,0	(2,4)	0,1	(0,4)	0,3	(6,3)	
Manutenzione e riparazione alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie	0,2	(0,1)	0,7	(2,3)	0,2	0,5	(0,4)	(1,1)	0,2	0,9	0,8	0,8	(0,0)	(0,1)	(0,9)	(0,1)	(0,4)	(0,9)	
Premi di assicurazione	(0,1)	(0,1)	0,1	(3,9)	0,3	0,7	2,0	2,4	0,0	1,5	0,0	(1,4)	0,1	0,7	0,0	(0,6)	(0,2)	1,5	
Utenze elettricit�	0,2	0,2	0,6	2,2	0,3	0,1	2,5	0,2	0,3	0,9	0,4	0,3	0,1	1,1	0,4	0,2	0,2	10,1	
Lavanderia	0,0	0,1	0,0	(2,5)	(0,0)	(0,1)	(0,1)	0,3	0,2	0,9	0,2	0,2	(0,0)	0,0	(0,1)	(0,2)	(0,0)	(1,1)	
Totali	3,9	(2,6)	5,6	(29,1)	1,1	5,8	0,6	(5,2)	1,6	12,3	17,2	0,4	(0,3)	0,2	1,5	0,6	0,0	13,7	