



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. 19 del 18 febbraio 2013

OGGETTO: Ripartizione del finanziamento statale della spesa sanitaria regionale corrente per l'esercizio 2012 - Determinazioni

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 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"*;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il 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 attraverso i programmi operativi di cui al citato art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- che con delibere del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 e del 23 marzo 2012 il Governo ha nominato il dr. Mario Morlacco sub commissario ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;

VISTO

- l'art. 2, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, come integrato dal Dlgs 19/6/1999 n. 229, in base al quale spetta *"... alle Regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ..."*;
- l'art. 27 della legge regionale 3 novembre 1994, n. 32, concernente il riordino del Servizio Sanitario Regionale, che definisce il finanziamento del Fondo Sanitario Regionale di parte corrente, stabilendo che il medesimo è costituito dalla quota del Fondo Sanitario Nazionale assegnata alla Regione, al netto del saldo della mobilità sanitaria interregionale, e dagli apporti

*Regione Campania**Il Presidente*

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

- aggiuntivi a carico del bilancio regionale diretti ad assicurare il finanziamento di livelli di assistenza stabiliti dalla Regione con il piano sanitario regionale;
- l'art. 28 della medesima L.R. n. 32/1994, che detta le norme per il riparto del Fondo Sanitario Regionale di parte corrente, stabilendo che ad esso provvede la Giunta Regionale con proprio atto, sulla base:
 - a) per le aziende sanitarie locali:
 - della quota capitaria riferita alla popolazione residente nell'ambito territoriale di ciascuna azienda sanitaria locale, al netto della stima delle entrate dirette e della mobilità sanitaria interregionale;
 - delle prestazioni che ciascuna azienda ha assicurato nell'esercizio precedente ed è tenuta ad assicurare nel nuovo esercizio, al fine del conseguimento di livelli uniformi di assistenza, anche in relazione ad eventuali, necessarie compensazioni delle mobilità interaziendali nell'ambito della Regione;
 - b) per le aziende ospedaliere: della remunerazione a tariffa delle prestazioni erogate; prevedendo, comunque, una quota di riserva per le spese impreviste, nonché per favorire il graduale conseguimento dell'equilibrio finanziario delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere;
 - l'art. 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, in base al quale, per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale di parte corrente, ai fini della determinazione della quota capitaria si pesano i seguenti elementi:
 - popolazione residente;
 - frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso;
 - tassi di mortalità della popolazione;
 - indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari;
 - indicatori epidemiologici territoriali;
 - il comma 2-sexies, lettera d), del sopra citato art. 2 del Dlgs n. 502/1992, introdotto dal Dlgs n. 229/1999, secondo il quale "... la Regione disciplina ... il finanziamento delle unità sanitarie locali sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente con criteri coerenti con quelli indicati all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 ..." per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale di parte corrente;

CONSIDERATO

- che, dall'esercizio 2006, il riparto delle risorse destinate al finanziamento statale della spesa sanitaria corrente avviene applicando per l'intero finanziamento il percorso innovativo nella determinazione del fabbisogno delle singole regioni, introdotto in misura parziale ed in via sperimentale per il riparto relativo all'anno 2005 (accordo Stato - Regioni del 23 marzo 2005, rep. atti n. 2276) e basato:
 - sulla quota capitaria pesata con le fasce di età della popolazione, per i livelli di assistenza per i quali la frequenza dei consumi per età risulta sufficientemente rilevata dal Sistema Informativo del Ministero della Sanità: farmaceutica, specialistica ed ospedaliera (quest'ultima pesata per il 50% in base alla frequenza dei consumi per età e per il 50% ripartita per quota capitaria semplice, non pesata);
 - sulla quota capitaria semplice, non pesata, per gli altri livelli di assistenza: prevenzione, medicina di base ed altra assistenza territoriale;

*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 nella Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome, tenutasi a Roma il 27 ed il 28 gennaio 2005 in seduta monografica per la definizione del riparto delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale, i Presidenti e gli Assessori delle Regioni Basilicata, Sardegna, Puglia, Calabria, Campania e Sicilia, hanno chiesto che per il futuro “... vengano rivisti i criteri di riparto delle disponibilità finanziarie di parte corrente in coerenza con quanto previsto dalla legge n. 662/1996, con particolare riguardo alle variabili di contesto ...”;
- che le proposte elaborate dalle Regioni meridionali nei lavori preparatori della suddetta Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome del 27 e 28 gennaio 2005, in sintesi, miravano ad introdurre i seguenti criteri qualificanti:
 - A) ripartizione del finanziamento per l'assistenza ospedaliera per quota capitaria pesata non solo in base alla struttura di consumi per età (criterio che penalizza le Regioni con popolazione più giovane), ma anche per quota capitaria semplice, in modo da tenere conto degli elevati costi fissi, di struttura, necessari per assicurare il funzionamento della rete ospedaliera, indipendentemente dall'età della popolazione;
 - B) ripartizione del finanziamento per l'assistenza distrettuale non solo in base all'età, ma anche tenendo conto di indicatori socio economici, della povertà relativa, della disabilità non collegata necessariamente all'anzianità, e del tasso di mortalità standardizzato;
- che, su mandato della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, un gruppo di lavoro composto dall'Osservatorio di Economia Sanitaria dell'Agenzia Sanitaria della Regione Toscana, da qualificati rappresentanti delle Regioni e da ricercatori e professori universitari, ha elaborato una proposta innovativa per la determinazione del fabbisogno sanitario delle Regioni Italiane (nota Coordinamento Sanità del 29/9/06, prot. n. AGRT/263910), evidenziando l'esigenza di tenere conto, oltre che della frequenza di consumi per età, di altri fattori di rilievo, quali:
 - la deprivazione, intesa come variabile di stato socio economico che definisce la minore capacità di soddisfazione dei bisogni di vita e di lavoro, connessa al reddito, all'istruzione, alle condizioni abitative, alla situazione lavorativa e di contesto sociale: “... tutto ciò si dimostra influire fortemente con la salute degli individui per cui più si soffre di deprivazione più si è bisognosi a causa di uno stato precario di salute ...”;
 - la cronicità;
 - altri fattori strutturali dell'ambiente regionale e locale, come la presenza di strutture metropolitane complesse o la presenza di insediamenti dispersi sul territorio, ovvero, di aree montane e di aree insulari: “... tali fattori strutturali comportano in genere un aggravio dei costi di erogazione di cui sarebbe opportuno tenere conto ...”;
- che l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (Age.Na.S), su incarico della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 12 gennaio 2010, ha elaborato un approfondito studio scientifico sui criteri da utilizzare per il riparto del fabbisogno sanitario tra le regioni, confermando le analisi sopra riportate, con particolare riferimento alla necessità di tenere conto dell'indice di deprivazione, utilizzando l'indice di Caranci, che sintetizza cinque indicatori calcolati sui dati individuali del Censimento ISTAT 2001: titolo di studio, stato di disoccupato, inserimento in famiglia con un solo genitore, titolo di disponibilità dell'abitazione e numero di stanze per abitante;
- che lo studio Age.Na.S ha effettuato numerose analisi che hanno rilevato una relazione importante tra l'indice di deprivazione, il tasso di mortalità, i parametri di salute e l'intensità dei consumi sanitari;

*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 la Commissione Igiene e Sanità del Senato in data 10 marzo 2011, nell'esprimere il proprio parere sullo schema di DLGS sul federalismo, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario, pur ribadendo che nei criteri di riparto del fondo sanitario il fattore principale è il peso, tra le classi di età, della popolazione anziana, ha affermato che *"appare peraltro necessario che, ai fini della completa attuazione delle diverse disposizioni contenute nell'art. 119 della Costituzione, si tenga conto anche dell'indicatore di deprivazione culturale e socio economica"*;

RITENUTO

- che la considerazione nei criteri di riparto delle caratteristiche geomorfologiche e di dispersione della popolazione sul territorio, temperata da una ponderazione che rifletta almeno in parte anche la maggiore onerosità e patogenicità delle situazioni di congestione urbana, nonché del tasso della mortalità infantile e perinatale, risulta congruente con la maggior parte degli orientamenti scientifici sopra richiamati e con le disposizioni di legge regionale e nazionale in materia;
- che, in particolare, tali criteri sono da ritenersi applicativi del combinato disposto recato dall'art. 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, in base al quale, per il riparto del finanziamento statale della spesa sanitaria di parte corrente, ai fini della determinazione della quota capitaria si pesano tra l'altro *"... tassi di mortalità della popolazione ... indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari ... indicatori epidemiologici territoriali ..."*, e dal comma 2-sexies, lettera d), del sopra citato art. 2 del Dlgs n. 502/1992, introdotto dal Dlgs n. 229/1999, secondo il quale *"... la Regione disciplina ... il finanziamento delle unità sanitarie locali sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente con criteri coerenti con quelli indicati all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 ..."*;
- che, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, in base all'art. 37 della legge regionale n. 10/2001 ed alla DGRC n. 1271 del 28 marzo 2003, dal 1 settembre 2001 le prestazioni rese dalle Case di Cura private a cittadini non residenti sono oggetto di compensazione della mobilità all'interno della Regione;
- che, pertanto, il relativo finanziamento regionale viene ripartito in base alla quota capitaria, parzialmente pesata per l'anzianità della popolazione residente in ciascuna ASL;
- che, in analogia a quanto già avviene per l'assistenza ospedaliera privata, il criterio di finanziamento dell'assistenza ospedaliera erogata dalle Aziende Sanitarie Locali attraverso i presidi ospedalieri pubblici e privati è uniformato sulla base della ripartizione per quota capitaria pesata e dei flussi effettivi di mobilità dei residenti, all'interno della Regione, tra le varie ASL, con le altre Regioni e verso le Aziende Ospedaliere, in modo da responsabilizzare le Aziende Sanitarie Locali nella gestione complessiva del bisogno di assistenza ospedaliera della propria popolazione residente; questa impostazione, come si evidenzia nell'allegato n. 2 al presente decreto, consente, d'altra parte, di mantenere per le Aziende Ospedaliere il finanziamento a prestazione e funzioni, in coerenza con le impostazioni che vedono queste ultime tra i soggetti preposti alla offerta dei servizi di assistenza ospedaliera;
- che l'art. 11 della legge regionale 11 agosto 2001 n. 10, comma 4, ha stabilito l'obiettivo di destinare annualmente il 5% del Fondo Sanitario Regionale per la prevenzione ed il 5% per l'assistenza psichiatrica;

CONSIDERATO

*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 l'art. 15, comma 13, lettera g), del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modifiche dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ha modificato l'art. 8-sexies del Dlgs n. 502/1992, aggiungendo al comma 1 di tale articolo un ulteriore comma 1 bis, in base al quale il valore complessivo della remunerazione delle funzioni assistenziali non può in ogni caso superare il 30 per cento del finanziamento globale predefinito delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale;

DATO ATTO

- che le premesse e le considerazioni finora svolte sintetizzano il quadro normativo nazionale e regionale, gli accordi Stato-Regioni e le principali elaborazioni ed approfondimenti scientifici, che costituiscono i parametri in base ai quali deve essere effettuata la ripartizione del finanziamento regionale per la spesa sanitaria corrente;
- che, pertanto, i criteri ed i parametri utilizzati per il riparto del finanziamento della spesa sanitaria regionale sono formulati ed aggiornati in conformità alla normativa, alle elaborazioni ed agli approfondimenti tecnici sopra menzionati, e dettagliatamente esposti nell'Allegato A alla presente delibera;

CONSIDERATO

- che, confermando quanto già avvenuto per gli esercizi 2001 – 2004 con la legge 405/2001 e l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, la legge 30 dicembre 2004 n. 311 (Finanziaria 2005) all'art. 1, comma 173, ha subordinato l'accesso delle singole Regioni all'incremento del finanziamento del SSR a carico dello Stato (cd. quota premiale, pari al 5% fino al 2006 e, successivamente al 3% del finanziamento) alla stipula ed al rispetto di una intesa tra lo Stato e le Regioni, diretta a contenere la dinamica dei costi attraverso una serie di misure, specificamente indicate;
- che la norma sopra riportata è stata, poi, integralmente recepita dall'accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, rep. n. 2271, che all'art. 6, titolato *"Obbligo di garantire l'equilibrio economico finanziario"* ha, inoltre, stabilito che le Regioni:
 - provvedono alla verifica trimestrale del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della gestione, coerentemente con l'obiettivo sull'indebitamento delle amministrazioni pubbliche assegnato in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento;
 - adottano i provvedimenti per definire l'obbligo per le aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento;
- che il comma 180 dell'art. 1 della legge 311/2004, recepito dall'art. 8 dell'accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, rep. n. 2271, in caso di disavanzo strutturale, prevede l'elaborazione di un piano triennale di ristrutturazione del Servizio Sanitario Regionale;
- che la legge 23 dicembre 2005 n. 266 (Finanziaria dello Stato per il 2006) all'art. 1, comma 277, ha stabilito che in caso di mancato o insufficiente ripiano del disavanzo di gestione, nella regione interessata si applicano comunque nella misura massima prevista dalla vigente normativa l'addizionale all'IRPEF e l'aliquota dell'IRAP;
- che il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze ed il Presidente della Regione Campania il 13 marzo 2007 hanno sottoscritto un *"Accordo [...] per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311"*, recepito dalla Giunta



Regione Campania
Il Presidente

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

Regionale con delibera n. 460 del 20 marzo 2007, pubblicata sul B.U.R.C. n. 17 del 26 marzo 2007;

- che tale accordo definì un percorso complessivo di riequilibrio strutturale del servizio sanitario, stabilendo il livello annuo di finanziamento, l'importo massimo dei costi del servizio sanitario e le modalità di copertura dei disavanzi programmati nel periodo 2007-2009, nonché le "... misure di riequilibrio della gestione corrente necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010 ..." (art. 1, comma 3, lettera b);
- che in base all'art. 1, comma 174 della legge 311/04, come integrato dal comma 277 dell'art. 1 della legge 266/05 e dalle disposizioni recate dal decreto legge 20 marzo 2007, n. 23, pubblicato sulla G.U. n. 66 del 20 marzo 2007, art. 1, comma 2, l'incremento della addizionale regionale all'IRPEF e dell'aliquota dell'IRAP nella misura massima prevista dalla vigente normativa, già in vigore per l'esercizio 2006 per contribuire alla copertura del disavanzo sanitario del 2005, si applica anche per i periodi di imposta successivi, fino all'anno 2010 (per contribuire alla copertura del disavanzo sanitario per l'esercizio 2009);
- che la legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Finanziaria dello Stato per l'esercizio 2010) ha confermato per gli esercizi successivi l'incremento della addizionale regionale all'IRPEF e dell'aliquota dell'IRAP nella misura massima prevista dalla vigente normativa, elevando ulteriormente le aliquote delle imposte regionali (+ 0,30 per l'addizionale IRPEF; + 0,15 per l'IRAP) per le Regioni in Piano di Rientro che non hanno raggiunto gli obiettivi programmati di risanamento e di riequilibrio economico e finanziario;

DATO ATTO

- che il riparto del finanziamento statale della spesa sanitaria regionale di parte corrente (FSR) per l'esercizio 2012 tra le singole Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere è dettagliatamente esposto negli allegati n. 1 e n. 2 al presente decreto, sulla base dei criteri sopra esposti e sintetizzati nell'allegato A;
- che il riparto per l'esercizio 2012 si basa sul finanziamento statale per la spesa sanitaria delle diverse Regioni approvato dall'Intesa Stato Regioni rep. 225/CSR del 22 novembre 2012, che ha fissato in Euro 9.348.910.297,00= la somma spettante alla Campania per l'esercizio 2012 al netto delle entrate proprie convenzionali e del saldo passivo della mobilità interregionale, di cui Euro 9.059.469.037,51= erogati in acconto durante il 2012, ed Euro 289.441.259,49= da erogarsi a saldo, all'esito delle verifiche relative agli adempimenti regionali sopra citate;

RITENUTO

- che il presente riparto si applica in via provvisoria anche all'esercizio 2013, fermo restando che le erogazioni mensili dovranno essere ridotte in proporzione all'ammontare dell'acconto statale mensile che sarà effettivamente incassato nel 2013 per il finanziamento della spesa sanitaria regionale corrente indistinta;
- che il dirigente del Settore Programmazione, competente per la gestione del capitolo 7000 del bilancio regionale, sul quale viene stanziata la maggior parte del finanziamento della spesa sanitaria corrente indistinta, provveda alle compensazioni e conguagli delle differenze tra il presente riparto e gli acconti effettivamente erogati alle aziende sanitarie nel corso del 2012, nei limiti e nei tempi che saranno consentiti dall'esigenza di assicurare l'ordinato svolgimento del Piano dei Pagamenti, approvato dal decreto commissariale n. 12 del 21 febbraio 2011 e s.m.i.;

*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 sia necessario provvedere con successivi atti a proporre al Commissario ad acta l'adozione di specifici provvedimenti, volti ad assegnare a ciascuna azienda sanitaria le disponibilità presenti nei capitoli della spesa sanitaria accentrata indistinta e/o finalizzata, sulla base di:
 - specifici obiettivi di riduzione e/o contenimento dei costi;
 - specifici obiettivi di miglioramento del saldo della mobilità interregionale;
 - incremento del grado di complessità dei ricoveri, riduzione del loro numero e sviluppo di settings assistenziali alternativi al ricovero;
 - promozione del parto naturale, sussistendone le condizioni;
 - rimborso di costi specifici, non coperti adeguatamente dalle tariffe, per attività da incentivare, come, ad esempio: stent medicati; protesi ortopediche; defibrillatori; robotica; chirurgia laparoscopica maggiore; impianti cocleari, ecc.;
 - potenziamento dell'assistenza territoriale in alternativa alla ospedalizzazione;
 - potenziamento della prevenzione delle complicanze nella cura di pazienti con malattie croniche (diabete; insufficienza renale; epatite);
 - incentivi alla appropriatezza delle cure e maggiori controlli finalizzati a contrastare la non appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche;
 - riduzione e contenimento delle liste di attesa su livelli fisiologici;
 - programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espanto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori;
 - altre funzioni assistenziali previste dall'art. 8 sexies, comma 2 del Dlgs 502/1992 e s.m.i.
- che i Direttori Generali delle aziende sanitarie devono assicurare l'equilibrio economico tra i costi ed i ricavi delle proprie aziende, da verificarsi in corso d'anno in via trimestrale; in presenza di uno squilibrio strutturale, non sanabile entro il trimestre successivo, l'azienda sanitaria dovrà concordare con il Presidente della Regione, in qualità di Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario, le azioni ed il crono programma necessari per pervenire all'equilibrio economico e finanziario entro il 2013;
- che il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico entro il trimestre successivo a quello in cui è stato rilevato lo squilibrio, ovvero, dei risultati programmati in via trimestrale nel crono programma di cui al punto precedente, costituiscono motivo di decadenza automatica del Direttore Generale dell'azienda sanitaria inadempiente, fatte salve le ulteriori sanzioni previste dall'ordinamento;
- che la quota di finanziamento correlata alle funzioni assistenziali potrà essere oggetto di rideterminazione a consuntivo, a seguito della verifica delle funzioni svolte e dei relativi costi effettivamente sostenuti;

DATO ATTO

- che la legge regionale n. 2 del 27 gennaio 2012, recante "Bilancio di Previsione della Regione Campania per l'Anno Finanziario 2012 e Bilancio Pluriennale per il triennio 2012 – 2014" ha disposto lo stanziamento per la spesa corrente del Servizio Sanitario Regionale nella UPB 4.15.38 – Assistenza Sanitaria - di € 10.123.308.963,35= per competenza e di € 10.068.107.042,25= per cassa, destinati, tra l'altro, a far fronte alla spesa sanitaria corrente delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Policlinici Universitari, degli IRCCS, degli Ospedali Classificati e delle altre spese sanitarie accentrate;



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 la Giunta regionale con delibera n. 24 del 14 febbraio 2012 ha approvato il bilancio gestionale 2012 ai sensi dell'art. 21 della legge regionale n. 7 del 30/4/2002;
- che il presente decreto, non appena esecutivo, sarà trasmesso al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e, se del caso, con successivi atti potranno essere recepite eventuali prescrizioni che dovessero pervenire dai suddetti Ministeri;

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

DECRETA

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale del presente decreto.
2. Di approvare la ripartizione del finanziamento della spesa sanitaria regionale corrente indistinta per l'esercizio 2012, esposta negli allegati n. 1 e n. 2, sulla base dei criteri riassunti nell'allegato A al presente decreto.
3. Di precisare che la quota di finanziamento correlata alle funzioni assistenziali potrà essere oggetto di rideterminazione a consuntivo, a seguito della verifica dell'effettiva assicurazione delle funzioni e dei relativi costi.
4. Di stabilire che il presente riparto si applica in via provvisoria anche all'esercizio 2013, fermo restando che le erogazioni mensili dovranno essere ridotte in proporzione all'ammontare dell'acconto statale mensile che sarà effettivamente incassato nel 2013 per il finanziamento della spesa sanitaria regionale corrente indistinta.
5. Di dare mandato al dirigente del Settore Programmazione di provvedere alle compensazioni e conguagli delle differenze tra il presente riparto e gli acconti effettivamente erogati alle aziende sanitarie nel corso del 2012, nei limiti e nei tempi che saranno consentiti dall'esigenza di assicurare l'ordinato svolgimento del Piano dei Pagamenti, approvato dal decreto commissariale n. 12 del 21 febbraio 2011 e s.m.i.
6. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle AA.GG.CC. "Piano Sanitario Regionale", "Assistenza Sanitaria", "Gabinetto Presidente della Giunta Regionale", all'ARSAN per adeguamento delle procedure informatiche di acquisizione dei dati dei ricoveri ed al Settore "Stampa e Documentazione" per la immediata pubblicazione sul BURC.

Il Coordinatore dell'A.G.C. 19
e dell'A.G.C. 20 (*ad interim*)
Dott. Albino D'Ascoli

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

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

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

ALLEGATO A**Criteri di Riparto del finanziamento della spesa sanitaria 2012****Criteri generali**

Si premette che nel presente provvedimento viene ripartito il finanziamento per la spesa indistinta, rinviando a successivi provvedimenti l'attribuzione del finanziamento delle funzioni (trapianti, centrali operative del 118, piano sangue, ecc.).

- **5% Prevenzione (Assistenza collettiva)** sulla base della quota capitaria della popolazione residente, pesata per il 40% con la radice quadrata del tasso di mortalità infantile e per il 20% in base alla composizione della popolazione di ciascuna ASL per classi di deprivazione, per tenere conto della povertà relativa e delle condizioni socio economiche meno favorevoli.
- **7,0% Medicina Generale**, ripartito a quota capitaria semplice
- **13,57% Farmaceutica Territoriale**: come per il riparto nazionale, la percentuale si applica sulla somma delle altre quote del riparto di ciascuna ASL
- **13,3% Assistenza Specialistica** pesata come segue:
 - 45% in base alla struttura per età dei consumi dell'assistenza specialistica, come calcolata dal Ministero della Salute per il riparto del FSN 2012;
 - 30% per quota capitaria semplice
 - 25% in base alla composizione della popolazione di ciascuna ASL per classi di deprivazione, per tenere conto della povertà relativa e delle condizioni socio economiche meno favorevoli;
- **17,13% Altra Assistenza territoriale**, di cui:
 - **2% in base a caratteristiche geomorfologiche e struttura del territorio**, in considerazione della diversa incidenza dei costi di logistica e di trasporto, secondo i seguenti criteri:
 - A1) situazione geomorfologica:** 50% con i seguenti pesi attribuiti alla popolazione ISTAT residente al 1 gennaio 2011

pianura	1,0
collina litoranea	1,2
collina interna	2,0
montagna	3,0
isola	6,0

 - A2) densità e dispersione della popolazione sul territorio:** 30% con i seguenti pesi:

maggiore di 2	0,60
tra 1,4 e 2	0,85

ALLEGATO A**Criteri di Riparto del finanziamento della spesa sanitaria 2012**

tra 1 e 1,4	1,00
tra 0,6 e 1	1,15
inferiore a 0,6	1,40

A3) congestione urbana: 20% pesato con la radice quarta del numero di abitanti per Km²

- **5% Salute Mentale:** ripartito a ciascuna ASL in base alla quota capitaria della popolazione residente, pesata per l'80% in base alla composizione della popolazione di ciascuna ASL per classi di deprivazione, per tenere conto della povertà relativa e delle condizioni socio economiche meno favorevoli; e per il 20% in base al grado di congestione urbana.

- **10,13% Altra assistenza territoriale:**

60% per quota capitaria semplice;

40% in base alla composizione della popolazione di ciascuna ASL per classi di deprivazione.

- **44,0% Assistenza Ospedaliera** ripartita alle Aziende Sanitarie Locali come segue:

50% per quota capitaria semplice

25% in base alla struttura per età dei consumi dell'assistenza ospedaliera, come calcolata dal Ministero della Salute per il riparto del FSN 2012;

25% in base alla composizione della popolazione di ciascuna ASL per classi di deprivazione;

Il riparto del finanziamento dell'assistenza ospedaliera e specialistica affluisce alle Aziende Ospedaliere in base alla valorizzazione a tariffa dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni di assistenza specialistica (dati ARSAN e NSIS), tenuto conto della mobilità sanitaria: v. allegato n. 2.

Per il finanziamento delle funzioni è stato applicato il vincolo, introdotto dall'art. 15, comma 13, lettera g), del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modifiche dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, in base al quale il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per cento del finanziamento globale predefinito delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale.

Per le Aziende Ospedaliere Universitarie e l'IRCCS Pascale è stata accantonata nella spesa accentrata la differenza tra il finanziamento, come sopra calcolato, ed il limite massimo di remunerazione previsto dai vigenti protocolli d'intesa con la Regione.

Per l'Azienda Ospedaliera San Giovanni e Ruggi d'Aragona di Salerno il finanziamento complessivo comprende il finanziamento aggiuntivo di € 2,5 milioni stabilito per l'esercizio 2010 dalla DGRC n. 110 del 12 febbraio 2010 e provvisoriamente confermato nello stesso importo per il 2011 e per il 2012.

ALLEGATO A

Criteri di Riparto del finanziamento della spesa sanitaria 2012

Per le Aziende Ospedaliere Santobono di Napoli e Ruggi d'Aragona di Salerno e per le ASL di Napoli 1 Centro e di Salerno, i dati di attività 2011 dei presidi ospedalieri trasferiti sono stati considerati interamente capo alle Aziende Ospedaliere.

La ripartizione risultante dai criteri sopra esposti è integrata da una **quota aggiuntiva di Euro 1.000 milioni per il 2012, prevista in riduzione del 10% nel 2013**, ripartita alle aziende in funzione dei costi con la finalità di accompagnarne il riequilibrio economico.

Riparto del finanziamento della spesa sanitaria corrente 2012 (importi in migliaia di euro)

Livelli di Assistenza		Prevenzione e Assistenza Collettiva	Medicina di base	Farmaceutica	Specialistica	Altra territoriale (*)			Ospedaliere	Totale
Finanziamento in %		5,00%	7,00%	13,57%	13,30%	17,13%			44,00%	100,00%
di cui:						2,00%	5,00%	10,13%		
Finanziamento in €/mgl		482.402	675.363	1.309.239	1.283.190	192.961	482.402	977.347	4.245.138	9.648.042
ASL	Popolazione ISTAT al 1 gennaio 2011	Peso: 40% QK semplice; 40% mortalità infantile; 20% deprivazione	Quota Capitaria semplice	Tetto uniforme imposto sul fabbisogno complessivo	Peso: 45% consumi per età; 30% QK semplice; 25% indice di deprivazione	Peso: 50% Geomorfo; 30% densità abitativa; 20% congestione urbana	Peso: 20% congestione urbana; 80% indice di deprivazione	Peso: 60% QK semplice; 40% indice di deprivazione	Peso: 50% QK semplice; 50% per età e deprivazione	QUOTA di ACCESSO al FIN.TO TOTALE
ASL di Avellino	439.137	7,2%	7,5%	7,7%	7,7%	10,3%	6,8%	7,5%	7,8%	7,7%
ASL di Benevento	287.874	5,0%	4,9%	5,1%	5,1%	6,7%	4,4%	4,9%	5,1%	5,1%
ASL di Caserta	916.467	15,5%	15,7%	15,5%	15,5%	15,8%	14,7%	15,6%	15,4%	15,5%
ASL Napoli 1 Centro	1.027.672	17,8%	17,6%	18,2%	18,0%	16,4%	20,1%	17,8%	18,3%	18,2%
ASL Napoli 2 Nord	1.040.866	18,0%	17,8%	17,4%	17,2%	16,0%	18,8%	17,9%	17,0%	17,4%
ASL Napoli 3 Sud	1.012.335	17,4%	17,4%	17,1%	17,1%	15,0%	17,6%	17,4%	17,1%	17,1%
ASL di Salerno	1.109.705	19,2%	19,0%	19,1%	19,3%	19,8%	17,5%	18,9%	19,3%	19,1%
TOTALE	5.834.056	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(*) Comprende il 5% destinato alla salute mentale dall'art. 11 della legge regionale 11 agosto 2001 n. 10, comma 4

Ripartizione del finanziamento in €/mgl

ASL di Avellino	34.745	50.835	100.428	99.121	19.863	32.738	72.865	329.478	740.074
ASL di Benevento	23.992	33.325	66.356	65.407	12.839	21.339	47.731	218.005	488.994
ASL di Caserta	74.748	106.092	202.286	198.872	30.529	71.080	152.832	654.248	1.490.688
ASL Napoli 1 Centro	85.759	118.966	237.679	231.295	31.714	97.155	174.173	774.761	1.751.500
ASL Napoli 2 Nord	86.595	120.493	227.387	220.922	30.922	90.601	175.335	723.406	1.675.662
ASL Napoli 3 Sud	83.991	117.190	224.400	219.911	28.935	85.044	169.596	724.578	1.653.644
ASL di Salerno	92.574	128.462	250.703	247.662	38.159	84.445	184.814	820.663	1.847.480
TOTALE	482.402	675.363	1.309.239	1.283.190	192.961	482.402	977.347	4.245.138	9.648.042

Ripartizione del finanziamento della spesa sanitaria corrente 2012

Allegato n. 2

Aziende Sanitarie	popolaz 1.1.2011	QK pesata	FSR a QK	Mob interreg. Attiva	Mob interreg. Passiva	Mob Att Interaz P.O.	Mob Pass Interaz P.O.	DRG da AO, AOU, Irccs, OO.RR.	FUNZIONI: limite massimo del 30%	Specialistica e termale a residenti	Altra Accentrata a QK	Totale fin.to base 2012
ASL Avellino	439.137	7,7%	740.074	5.566	-42.056	7.484	-5.923	-91.536	-38.561	-8.757	-94.438	471.853
ASL Benevento	287.874	5,1%	488.994	2.204	-33.404	1.195	-2.833	-89.026	-38.856	-4.551	-62.399	261.323
ASL Caserta	916.467	15,5%	1.490.688	13.610	-80.644	9.419	-9.492	-121.407	-52.063	-6.738	-190.222	1.053.152
ASL Napoli 1 Centro	1.027.672	18,2%	1.751.500	12.117	-50.980	47.966	-11.722	-248.041	-90.770	-8.119	-223.503	1.178.448
ASL Napoli 2 Nord	1.040.866	17,4%	1.675.662	11.520	-37.201	12.629	-33.233	-165.945	-79.950	-9.103	-213.826	1.160.553
ASL Napoli 3 Sud	1.012.335	17,1%	1.653.644	4.351	-50.406	7.975	-43.776	-126.377	-69.505	-5.866	-211.016	1.159.024
ASL Salerno	1.109.705	19,1%	1.847.480	11.975	-96.675	28.382	-8.071	-159.886	-59.818	-4.863	-235.751	1.322.773
A.O. CARDARELLI				3.983				152.142	65.204	440		221.768
A.O. SANTOBONO				2.216				48.414	20.749	1.782		73.160
AO dei COLLI				5.724				109.578	46.962	7.433		169.698
AOU S.G.di DIO (SA)				2.614				133.575	57.247	3.684		197.120
A.O. MOSCATI (AV)				2.268				90.129	38.627	7.826		138.850
A.O. G. RUMMO (BN)				1.572				64.751	27.750	6.170		100.243
A.O. CASERTA				2.097				64.050	27.450	2.512		96.109
A.O.U. SUN				1.737				49.949	21.407	3.316		76.409
A.O.U. Federico II				4.705				114.893	49.240	4.628		173.466
IRCCS Pascale				2.347				42.677	18.290	7.146		70.461
Accentrata Ospedaliera				3.544				132.060	56.597	3.059	49.239	244.499
Altra Accentrata (1)				1.035	-2.951						181.915	180.000
Acc.to per quota costi											1.000.000	1.000.000
TOTALE	5.834.056	100%	9.648.042	95.185	-394.317	115.051	-115.051	0	0	0	0	9.348.910
di cui: ASL			9.648.042	61.342	-391.367	115.051	-115.051	-1.002.218	-429.522	-47.997	-1.231.154	6.607.126
di cui: AO			0	20.474	0	0	0	662.639	283.988	29.847	0	996.949
di cui: AOU e Irccs			0	8.789	0	0	0	207.519	88.937	15.090	0	320.336
di cui: Accentr. + Ripiano			0	4.580	-2.951	0	0	132.060	56.597	3.059	1.231.154	1.424.499

(1) comprende l'accantonamento del complemento al finanziamento massimo delle A.O.U. previsto dai vigenti protocolli d'Intesa

Ripartizione del finanziamento della spesa sanitaria corrente 2012

Allegato n. 2

Aziende Sanitarie	Costi: preconsuntiv o 2012 (2)	FSR / COSTO	Quota in funzione dei costi (STIMA)	Fin.to indistinto 2012	Fondi finalizzati (ipotesi)	Fin.to totale / COSTO	Fin.to indistinto: riparto 2012 2011	Riparto 2011 da DCA 42/2011	Quota 2013 in funzione dei costi = 90% del 2012
ASL Avellino	490.713	96,2	13.809	485.662	10.100	101,0	-32.469	518.131	12.428
ASL Benevento	318.580	82,0	41.923	303.245	6.500	97,2	-3.593	306.838	37.731
ASL Caserta	1.060.455	99,3	5.347	1.058.499	21.800	101,9	9.258	1.049.241	4.812
ASL Napoli 1 Centro	1.557.799	75,6	277.754	1.456.202	32.000	95,5	164.666	1.291.537	249.978
ASL Napoli 2 Nord	1.144.111	101,4	0	1.160.553	23.500	103,5	19.709	1.140.844	0
ASL Napoli 3 Sud	1.216.075	95,3	41.771	1.200.796	25.000	100,8	-12.679	1.213.475	37.594
ASL Salerno	1.488.833	88,8	121.587	1.444.360	30.600	99,1	-14.423	1.458.783	109.428
A.O. CARDARELLI	331.172	67,0	99.469	321.237	6.800	99,1	13.425	307.812	89.522
A.O. SANTOBONO	135.721	53,9	58.489	131.650	2.800	99,1	13.098	118.552	52.640
AO dei COLLI	285.219	59,5	106.964	276.662	5.900	99,1	-17.947	294.610	96.268
AOU S.G.di DIO (SA)	274.841	71,7	69.477	266.596	5.600	99,0	33.701	232.896	62.529
A.O. MOSCATI (AV)	149.469	92,9	6.135	144.985	3.100	99,1	-6.044	151.029	5.521
A.O. G. RUMMO (BN)	110.385	90,8	6.831	107.074	2.300	99,1	-5.548	112.621	6.147
A.O. CASERTA	155.304	61,9	54.536	150.645	3.200	99,1	21.262	129.383	49.082
A.O.U. SUN	118.559	64,4	38.593	115.002	2.400	99,0	-17.368	132.370	34.733
A.O.U. Federico II	208.313	83,3	28.597	202.064	4.300	99,1	-12.846	214.910	25.738
IRCCS Pascale	102.247	68,9	28.719	99.179	2.100	99,1	2.979	96.200	25.847
Accentrata Ospedaliera	244.499	100,0		244.499		100,0	0	244.499	0
Altra Accentrata (1)	180.000	100,0		180.000		100,0	0	180.000	0
Acc.to per quota costi									0
TOTALE	9.572.295	97,7	1.000.000	9.348.910	188.000	99,6	155.180	9.193.731	900.000
di cui: ASL	7.276.565	90,8	502.191	7.109.317	149.500	99,8	130.468	6.978.849	451.972
di cui: AO	1.442.112	69,1	401.900	1.398.849	29.700	99,1	51.947	1.346.902	361.710
di cui: AOU e Irccs	429.119	74,6	95.909	416.245	8.800	99,1	-27.235	443.480	86.318
di cui: Accentr. + Ripiano	424.499	335,6	0	424.499	0	100,0	0	424.499	0

(2) proiezione dei costi da CE III trimestre 2012, escluso oneri e proventi straordinari, mobilità attiva, ticket e altri provv