

## NUOVO PROGRAMMA OPERATIVO PER IL 2010

## PREMESSA DI INQUADRAMENTO

Con legge regionale n. 16 del 28 novembre 2008, il Consiglio Regionale della Campania aveva adottato le misure finalizzate a garantire il rispetto degli obblighi di contenimento della spesa e di razionalizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale previsti dal “Piano di Rientro” triennale dal disavanzo di cui alla Delibera della Giunta Regionale n. 460 del 20 marzo 2007, adottata a seguito dell’Accordo sottoscritto il 13 marzo 2007 tra il Presidente della Regione Campania ed i Ministri della Salute e dell’Economia e delle Finanze – ai sensi dell’art. 1 comma 180 della legge n. 311 del 30 dicembre 2004.

L’Accordo all’art. 1 (Programma operativo per gli anni 2007-2009) stabiliva che la Regione Campania si impegnasse:

1. ad approvare con delibera della Giunta Regionale, entro sette giorni dalla stipula, l’Accordo stesso unitamente al Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale, che ne costituisce parte integrante.
2. ad attuare il suddetto Piano - elaborato a seguito della ricognizione delle cause che hanno comportato il mancato rispetto degli adempimenti previsti dall’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 per l’anno 2005, dell’Accordo 16 dicembre 2004 per l’anno 2004 nella predetta Regione ed in base a quanto previsto dalla legislazione vigente con particolare riferimento a quanto disposto dall’articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296.
3. in particolare, ad attuare le misure contenute nel Piano di rientro:
  - a. misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano Sanitario Nazionale e dal vigente decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di fissazione dei medesimi livelli di assistenza; gli obblighi e le procedure previste dall’articolo 8 dell’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
  - b. misure di riequilibrio della gestione corrente necessarie all’azzeramento del disavanzo entro il 2010; gli interventi di riorganizzazione, di riqualificazione e di potenziamento del Servizio sanitario regionale e gli interventi ivi previsti per il perseguimento dell’equilibrio economico, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e degli adempimenti di cui alla Intesa del 23 marzo 2005, correlati con gli ordinari strumenti della programmazione sanitaria regionale; il quadro sintetico degli obiettivi e interventi progettuali alla luce del contesto regionale economico finanziario, demografico, socio-economico ed organizzativo e gestionale del Servizio Sanitario Regionale; gli obiettivi generali, specifici ed operativi; gli interventi progettuali, gli indicatori e le fonti di verifica; la sostenibilità economica e finanziaria e le condizioni per il raggiungimento degli obiettivi programmatici ed infine gli strumenti di monitoraggio. Il Piano prevede:
    - i. la produzione sistematica di un’informazione contabile precisa e dettagliata del sistema sanitario, sulla base della quale effettuare un puntuale ed efficace controllo di gestione ed una rendicontazione tempestiva;
    - ii. la realizzazione della contabilità analitica per centri di costo ed il controllo di gestione;
    - iii. il completamento del processo di aziendalizzazione delle strutture ospedaliero-universitarie, ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n.517;

iv. l'adozione di provvedimenti che razionalizzino la rete ospedaliera, la spesa farmaceutica, la spesa per l'acquisto di beni e servizi, e la spesa per il personale dipendente e convenzionato con il servizio sanitario regionale, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Nella riunione del 20 luglio 2009 il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali ed il Comitato permanente per la verifica dei livelli di assistenza di monitoraggio degli adempimenti hanno valutato che:

- la gestione della Regione Campania per l'anno 2008 confermava la presenza di un disavanzo non coperto, comprensivo di rischio, anche alla luce della nuova stima delle entrate fiscali, che è stato rideterminato in 237,819 mln di euro che, qualora non coperti, porrebbero la regione nella condizione di generare nuovamente uno stock di debito sanitario permanente;
- la manovra necessaria per ricondurre in equilibrio strutturale l'anno 2009, valutata in circa 881 mln di euro, anche alla luce della nuova stima delle entrate fiscali, risultava non garantita. Infatti, la regione ha presentato nei termini previsti del 10 luglio 2009 una manovra valorizzata dalla stessa in circa 200 milioni di euro rispetto alla quale la regione tuttavia non ha prodotto le specifiche relazioni tecniche di accompagnamento dei singoli provvedimenti prodotti. Pertanto, ove le relazioni tecniche dimostrassero la congruità della predetta valutazione, in ogni caso residuerebbe un disavanzo di circa 680 mln di euro, nel presupposto della permanenza dei rischi considerati e connessi ai ritardi e alle insufficienze nei procedimenti di programmazione e controllo, nonché della sussistenza in capo alla regione di un importante contenzioso la cui valutazione è tuttora in corso presso la regione stessa. Qualora questo disavanzo non fosse ridotto andrebbe ad incrementare ulteriormente lo stock di debito sanitario permanente, con una crescita notevole dello stesso, in assenza di adeguata strumentazione di controllo e gestionale;
- la verifica adempimenti per gli anni 2006 e 2007 continuava ad avere esito negativo.

Quindi, pur considerando positivamente lo sforzo regionale rilevato dall'advisor al fine di migliorare le procedure contabili, Tavolo e Comitato valutavano la permanenza delle condizioni per l'attivazione della procedura di cui all'articolo 4, del decreto legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 222/2007.

A seguito delle risultanze di tale riunione del Tavolo tecnico e Comitato, il Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 ha nominato il Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro, dettagliando in 18 punti gli interventi cui dover dare attuazione in via prioritaria, tenendo conto delle specifiche prescrizioni ed osservazioni già comunicate dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e dal Ministero dell'economia e delle finanze, in occasione della preventiva approvazione dei provvedimenti regionali attuativi degli obiettivi previsti dal Piano di rientro ovvero, in occasione delle riunioni di verifica trimestrale ed annuale con il Comitato per la verifica dei Livelli essenziali di Assistenza ed il Tavolo per la verifica degli adempimenti, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Successivamente, in data 15 ottobre 2009, il Consiglio dei Ministri ha nominato, in affiancamento al Commissario, un Sub Commissario che si è insediato il successivo 26 ottobre.

I 18 punti fissati dal Consiglio dei Ministri il 24 luglio 2009 cui dover dare attuazione in via prioritaria da parte del Commissario della Regione Campania, sono:

- a) implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale;
- b) riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza; conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del vigente piano ospedaliero regionale in coerenza con il Piano di rientro;
- c) definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- d) al fine di non attivare l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali regionali, ai sensi dell' articolo 1, comma 796, lettera b), sesto periodo, della legge 296/2006, con riferimento all'anno di imposta dell'esercizio 2009, reperire nel bilancio regionale risorse a copertura del disavanzo dell'anno 2008;
- e) razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale, con particolare riferimento al blocco del turn-over (comprensivo di tutte le forme di lavoro, ivi inclusa quella interinale), alla rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale e alla diminuzione delle posizioni organizzative e di coordinamento;
- f) completamento del processo di razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi, con particolare riferimento al sistema centralizzato di acquisti, alla standardizzazione dei beni e dei servizi da acquisire, alla ottimizzazione della rete logistica e distributiva;
- g) razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata, con prioritario riferimento alle misure per l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva, e della spesa farmaceutica ospedaliera, finalizzate al suo riallineamento agli obiettivi programmati in sede nazionale;
- h) definizione del fabbisogno di prestazioni sanitarie e delle strutture sanitarie erogatrici;
- i) verifica ed eventuale ridefinizione dei protocolli di intesa con le Università pubbliche;
- j) completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- k) completamento dell'assetto territoriale delle Aziende sanitarie locali; adozione dei nuovi atti aziendali con la definizione di centri unici di responsabilità delle principali funzioni, quali la gestione contabile, la gestione del personale e gli acquisti;
- l) implementazione di un adeguato sistema di monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie, sia a livello aziendale che regionale;
- m) definizione e programmazione degli investimenti per interventi edilizi e/o tecnologici presso strutture preesistenti o da realizzare;
- n) ricognizione della entità e natura del contenzioso passivo in atto, con conseguente determinazione del relativo fondo rischi;
- o) conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori;
- p) adozione delle tariffe per le prestazioni sanitarie;
- q) introduzione di misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie in misura proporzionata al disavanzo residuo stimato per l'anno 2009;
- r) ricognizione dei provvedimenti approvati dagli organi regionali e aziendali in materia sanitaria; verifica della congruità con il Piano di rientro dei predetti provvedimenti regionali ed aziendali, con conseguente sospensione dei provvedi-

menti contrastanti con il Piano ovvero adottati in carenza o difformità del preventivo parere da parte dei Ministeri affiancanti.

Il Consiglio dei Ministri il 24 luglio 2009 ha inoltre incaricato il Commissario

- di individuare la necessaria struttura di supporto, nell'ambito delle strutture regionali, per l'attuazione del Piano di rientro;
- di sospendere eventuali nuove iniziative regionali in corso per la realizzazione o l'apertura di nuove strutture sanitarie pubbliche ovvero per l'autorizzazione e l'accreditamento di strutture sanitarie private fino all'avvenuta adozione del Piano di riassetto della rete ospedaliera, della rete laboratoristica e della rete di assistenza specialistica ambulatoriale, tranne quelle necessarie alla attuazione del Piano di rientro;
- di relazionare al Presidente del Consiglio dei Ministri, al Ministro dell'economia e delle finanze ed al Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali sull'attività svolta al 31 dicembre 2009, ferme restando le verifiche trimestrali ed annuali previste dall'Accordo sul Piano di rientro.

Nella riunione del 4 novembre 2009 Tavolo e Comitato hanno valutato - nel presupposto che la Regione Campania chieda di avvalersi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, del decreto legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189 - quanto segue:

- le risorse spettanti alla regione Campania fino a tutto l'anno 2007, pari complessivamente a 683,283 mln di euro, in coerenza con quanto previsto dall'accordo del 13 marzo 2007, potrebbero essere erogate secondo il seguente schema:
  1. il 20% subordinatamente all'invio entro il 30 novembre 2009, e alla conseguente verifica positiva:
    - a. dei contratti firmati con gli erogatori privati accreditati per l'anno 2009;
    - b. dei decreti che stabiliscono i tetti delle prestazioni acquistabili da privato accreditato, articolati per tipologia, per l'anno 2010 a seguito della ricognizione del fabbisogno;
    - c. della documentazione comprovante l'adozione di nuovi procedimenti contabili e gestionali sia per il livello aziendale che regionale da adottarsi a partire dall'anno 2010;
    - d. del provvedimento relativo al contenimento del costo del personale per l'anno 2010 ivi ricomprendendo il blocco del turn-over, la rideterminazione dei fondi della contrattazione integrativa e la diminuzione delle posizioni organizzative e di coordinamento, fatta salva l'istruttoria circa la richiesta del Commissario relativa alla modifica del punto 5 della delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009;
    - e. della relazione tecnica in ordine al Nuovo Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera;
    - f. della documentazione in ordine agli adempimenti 2006 e 2007 che presentano ancora criticità, ivi compresa l'attuazione del progetto Tessera sanitaria;
    - g. della ricognizione dei provvedimenti regionali e aziendali in materia sanitaria e con verifica della relativa congruità con il Piano di rientro;
    - h. dei provvedimenti di sospensione degli atti e provvedimenti in contrasto con il Piano di rientro, compresi quelli di cui alla lettera c) della Delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009;

2. le ulteriori risorse in presenza dell'effettiva operatività delle misure previste dal Piano, tali da garantire il raggiungimento dell'obiettivo dell'equilibrio di bilancio. In particolare:

▪ il 30% subordinatamente alla trasmissione entro il 31 gennaio 2009 e alla conseguente valutazione positiva della seguente documentazione:

- a. del provvedimento di copertura del residuo disavanzo relativo all'anno 2008;
- b. della relazione sull'andamento della spesa farmaceutica ospedaliera in ordine agli interventi previsti dal Nuovo Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera;
- c. della relazione in ordine al riassetto territoriale delle aziende sanitarie e del processo di completamento dei nuovi atti aziendali;
- d. della relazione sullo stato di avanzamento della riorganizzazione della rete laboratoristica pubblica e privata;
- e. della definizione degli schemi tipo di contratto con gli erogatori privati per l'anno 2010 e trasmissione dei relativi contratti firmati;
- f. della definizione e sottoscrizione dei protocolli d'intesa con le Università pubbliche;
- g. dell'adozione delle tariffe per le prestazioni sanitarie laddove mancanti;
- h. la gestione Commissariale si impegna, in presenza di deroga normativa, a produrre, nel caso di prefigurarsi un disavanzo per l'anno 2009 una adeguata manovra di bilancio nella misura necessaria;

▪ il 20% subordinatamente alla trasmissione entro il 15 aprile 2010 e alla conseguente valutazione positiva della seguente documentazione:

- a. dei provvedimenti attuativi, da parte delle aziende sanitarie, del riassetto della rete ospedaliera;
- b. della conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori privati fermo restando quanto previsto dalla legislazione vigente che prevede, tra l'altro, il provvedimento regionale di ricognizione al 31 dicembre 2009.

Successivamente il 28 gennaio e il 24 marzo 2010 si sono tenute ulteriori riunioni del Tavolo e Comitato per la verifica degli adempimenti previsti per la Regione Campania alle citate scadenze del 30 novembre 2009 e del 31 gennaio del 2010. Le verifiche sono state solo parzialmente positive e fra l'altro è stato ricordata la necessità della presentazione dal parte del Commissario ad acta di Programmi operativi per il 2010.

Il 24 aprile 2010 il Consiglio dei Ministri, dopo l'insediamento del nuovo Presidente della Regione Campania, nel provvedere alla nomina del nuovo Commissario per la prosecuzione del Piano di rientro ne ha rideterminato i compiti stabilendo di dare attuazione in via prioritaria a venti obiettivi così di seguito identificati:

- a) prosecuzione delle azioni di supporto contabile e gestionale
- b) implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale;
- c) riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza; conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del vigente piano ospedaliero regionale in coerenza con il Piano di rientro;

- d) definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- e) razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale
- f) completamento del processo di razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi;
- g) razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata;
- h) definizione del fabbisogno di prestazioni sanitarie e delle strutture sanitarie erogatrici;
- i) verifica e ridefinizione dei protocolli di intesa con le Università pubbliche;
- j) completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- k) completamento dell'assetto territoriale delle Aziende sanitarie locali; adozione dei nuovi atti aziendali con la definizione di centri unici di responsabilità delle principali funzioni, quali la gestione contabile, la gestione del personale e gli acquisti;
- l) implementazione di un adeguato sistema di monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie, sia a livello aziendale che regionale;
- m) definizione e programmazione degli investimenti per interventi edilizi e/o tecnologici presso strutture preesistenti o da realizzare;
- n) ricognizione della entità e natura del contenzioso passivo in atto, con conseguente determinazione del relativo fondo rischi;
- o) conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori;
- p) adozione delle tariffe per le prestazioni sanitarie;
- q) introduzione di misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie ove necessarie a garantire l'equilibrio della gestione
- r) ricognizione dei provvedimenti approvati dagli organi regionali e aziendali in materia sanitaria; verifica della congruità con il Piano di rientro dei predetti provvedimenti regionali ed aziendali, con conseguente sospensione dei provvedimenti contrastanti con il Piano ovvero adottati in carenza o difformità del preventivo parere da parte dei Ministeri affiancanti.
- s) Potenziamento della struttura amministrativa interna, con sviluppo delle relative professionalità, funzionale alla corretta gestione dei procedimenti in modo stabile e duraturo
- t) adozione del piano sanitario regionale in coerenza con il Piano di rientro

Inoltre il Consiglio dei Ministri il 24 aprile 2010 ha fissato in particolare in alcune precise scadenze:

- a) il termine del 30 aprile 2010 per la presentazione, ove non già presentati, dei programmi operativi
- b) il termine del 15 maggio 2010 per la definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati di cui alla lettera d) del punto precedente
- c) il termine del 31 maggio 2010 per il riassetto della rete ospedaliera di cui alla lettera c) del punto precedente

La delibera del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010 infine ha ribadito la necessità:

- di individuare la necessaria struttura di supporto, nell'ambito delle strutture regionali, per l'attuazione del Piano di rientro;

- di sospendere eventuali nuove iniziative regionali in corso per la realizzazione o l'apertura di nuove strutture sanitarie pubbliche ovvero per l'autorizzazione e l'accreditamento di strutture sanitarie private fino all'avvenuta adozione del Piano di riassetto della rete ospedaliera, della rete laboratoristica e della rete di assistenza specialistica ambulatoriale, tranne quelle necessarie alla attuazione del Piano di rientro;
- di relazionare al Presidente del Consiglio dei Ministri, al Ministro dell'economia e delle finanze ed al Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali sull'attività svolta al 31 dicembre 2010, ferme restando le verifiche trimestrali ed annuali previste dall'Accordo sul Piano di rientro.

## **I PROGRAMMI OPERATIVI 2010 DELLA REGIONE CAMPANIA**

Con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010 è stata fissato il termine del 30 aprile 2010 per la presentazione dei Programmi Operativi previsti dalla Legge 191/2009 all'art.1, comma 88.

Il Commissario 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 Programmi Operativi”.

Tuttavia il Commissario ha successivamente ritenuto opportuno provvedere a meglio specificare i contenuti dei Programmi Operativi quanto agli obiettivi operativi, agli obiettivi specifici, al crono programma, ai risparmi e alle economie conseguenti.

Il presente allegato A quindi, sostituisce e integra il precedente allegato A al decreto n.25 del 14 aprile 2010.

I Programmi Operativi previsti dalla Regione Campania sono così riformulati:

- 1. Riassetto della rete ospedaliera e territoriale*
- 2. Ridefinizione dell'Assistenza sanitaria da erogatori privati accreditati. - Altri interventi di razionalizzazione assistenziale*
- 3. Farmaceutica ospedaliera e convenzionata*
- 4. Manovre sul Personale*
- 5. Centralizzazione degli acquisti*
- 6. Adozione di nuovi procedimenti contabili e amministrativi*
- 7. Documenti Programmatici Aziendali*

**1.1 RIASSETTO DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE**

**Nota**

Con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il risanamento del servizio sanitario regionale, con la stessa delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al Piano di rientro dal disavanzo del servizio sanitario regionale campano ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in venti punti, tra cui alla lettera c) al *“riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione /riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell’appropriatezza, conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del vigente piano ospedaliero regionale in coerenza con il Piano di rientro”*.

La riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale campana non si traduce tuttavia in un mero adempimento agli obiettivi imposti dal Piano di rientro e dalla delibera del Consiglio dei Ministri, ma rappresenta l’opportunità di determinare, in virtù del mutato quadro epidemiologico e della quantità e qualità delle cure, **una riqualificazione dell’offerta**, puntando fortemente su un minor numero di presidi, sia pubblici che privati, maggiormente idonei sia sul versante strutturale che su quello organizzativo e, soprattutto, determinando un riequilibrio tra i posti letto per acuti e quelli di riabilitazione e/o lungodegenza, articolati in rete per bacini assistenziali omogenei.

**Il Piano di riordino ospedaliero e territoriale è stato oggetto del decreto commissariale n.29 dell'8 maggio 2010.**

**Di seguito vengono riportati a) il cronoprogramma degli interventi di riorganizzazione previsti; b) le caratteristiche della nuova organizzazione ospedaliera declinata provincia per provincia, c) gli effetti economici stimati conseguibili nel corso del 2010.**

## 1.2 CRONOPROGRAMMA

DISATTIVAZIONE PUNTI NASCITA									
P.O. OSPEDALIERO									
	mesi	1-2	3	6	9	12	15	18	21
P.O. Solofra (AV)									
P.O. Santa M.C.V.									
P.O. Pollena									
P.O. Maresca									
P.O. Scafati									
P.O. Cava									
P.O. Oliveto Citra									

DISMISSIONI									
P.O. OSPEDALIERO									
	mesi	1-2	3	6	9	12	15	18	21
P.O. Bisaccia									
P.O. Sant'Agata									
P.O. Cerreto									
P.O. Teano									
P.O. Loreto Crispi									
P.O. Castiglione									
P.O. Incurabili									
P.O. Oliveto Citra									
P.O. Agropoli									

RICONVERSIONI IN STRUTTURE TERRITORIALI									
P.O. OSPEDALIERO									
	mesi	1-2	3	6	9	12	15	18	21
P.O. Bisaccia									
P.O. Sant'Agata									
P.O. Cerreto									
P.O. S. Bartolomeo									
P.O. Teano									
P.O. Capua									
P.O. Loreto Crispi									
P.O. Castiglione									
P.O. Agropoli									

RICONVERSIONE IN ALTRA TIPOLOGIA DI STRUTTURA OSPEDALIERA											
P.O. OSPEDALIERO											
	MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21	24	
P.O. Apicella											
P.O. Maresca											
P.O. Scafati											
P.O. Oliveto Citra											

CONFLUENZE															
P.O. OSPEDALIERO		mesi	1-2	3	6	9	12	15	18	21	24	36	48	54	60
P.O. Maddaloni	P.O. Marcianise														
P.O. LoretoMare	P.O. Osp. del Mare														
P.O. Ascalesi	P.O. Villa Malta														
P.O. Scafati	P.O. Valle del Sele														
P.O. Cava															
P.O. Eboli															
P.O. Battipaglia															

PLESSI										
P.O. OSPEDALIERO		MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21
P.O. Mercato San Severino										
P.O. Da Procida										
P.O. Pagani										

RIORGANIZZAZIONE INTERNA DEI PRESIDI										
P.O. OSPEDALIERO		MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21
A.O. – P.O. interessati										

ATTIVAZIONE NUOVE UNITA' OPERATIVE											
P.O. OSPEDALIERO		MESI	1-2	3	6	9	12	15	18	21	24
A.O. – P.O. interessati											

**RIORGANIZZAZIONE RETE SPDC**

P.O. OSPEDALIERO										
	mesi	1-2	3	6	9	12	15	18	21	
P.O. Ariano		█								
A.O. Caserta		█								
P.O. Aversa		█								
P.O. P.O. San Gennaro		█								
P.O. Osp. del Mare		█								
P.O. Pozzuoli		█								
P.O. Giugliano		█								
P.O. Frattamaggiore		█								
P.O. Nola		█								
P.O. Boscotrecase		█								
P.O. Sessa Aurunca		█								

### **1.3 NUOVA ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA PROVINCIALE**

#### **PROVINCIA DI AVELLINO**

La rete ospedaliera pubblica e privata della provincia di Avellino risulta programmata con un indice di 3,53 posti letto per mille abitanti, di cui 0,49 dedicato alla riabilitazione e lungodegenza.

Rispetto all'attuale dotazione di posti letto si assiste ad una riduzione di 157 posti letto pubblici e 95 privati temporaneamente accreditati per un totale di 252 posti letto.

I presidi ospedalieri della Azienda Sanitaria di Avellino subiscono i seguenti processi di riorganizzazione:

- Il presidio ospedaliero di Bisaccia si riconverte in una residenza sanitaria per anziani e in un centro polispecialistico territoriale.
- Il presidio ospedaliero Criscuoli di Sant'Angelo dei Lombardi, assume la funzione di struttura riabilitativa con 111 posti letto dedicati alle attività riabilitative e 25 posti letto medici.
- La struttura ospedaliera di Ariano Irpino viene potenziata e si configura quale presidio di II livello della rete dell'emergenza, individuato quale spoke sia per la rete cardiologia che per l'ictus cerebrale.
- Il presidio ospedaliero Landolfi di Solofra si configura quale presidio del I livello della rete dell'emergenza con pronto soccorso.

La riorganizzazione programmata dei punti nascita prevede il mantenimento delle funzioni per il punto nascita del presidio ospedaliero di Ariano Irpino, nonostante, esso registri un numero di parti inferiore a 500. La motivazione è che risulta collocato in una zona con caratteristiche geomorfologiche tali da non garantire rapidi accessi agli altri punti nascita.

Si prevede invece la disattivazione del punto nascita del P.O. Landolfi di Solofra a causa del ridotto numero di parti (442 parti nel 2008, 378 nel 2009).

Si riconferma, infine, la disattivazione del punto nascita del P.O. Criscuoli di Sant'Angelo dei Lombardi (131 parti nel 2008, 27 nel 2009)

#### **PROVINCIA DI BENEVENTO**

La rete ospedaliera pubblica e privata della provincia di Benevento risulta programmata con un indice di 3,64 posti letto per mille abitanti, di cui 0,57 dedicato alla riabilitazione e lungodegenza.

Rispetto all'attuale dotazione di posti letto si assiste ad una riduzione di 97 posti letto pubblici e 42 privati temporaneamente accreditati per un totale di 139 posti letto.

I presidi ospedalieri della Azienda Sanitaria di Benevento subiscono i seguenti processi di riorganizzazione:

- Il presidio ospedaliero Santa Maria delle Grazie di Cerreto Sannita si riconverte in struttura territoriale destinata ad ospitare un Ospedale di Comunità di 20 posti letto residenziali ed un centro residenziale di 20 posti letto per la cura dei disturbi alimentari.
- Il presidio San Giovanni di Dio di Sant'Agata dei Goti si riconverte in ambulatorio polispecialistico.
- Il presidio ospedaliero Sant'Alfonso dei Liguori di Sant'Agata dei Goti, di recente realizzazione, costituisce una struttura di I livello della rete dell'emergenza con pronto soccorso ed è destinato ad ospitare, per confluenza, le unità operative del presidio Santa Maria delle Grazie di Cerreto Sannita e quelle del presidio san Giovanni di Dio di Sant'Agata dei Goti.

- La struttura di San Bartolomeo in Galdo, originariamente destinata ad attività ospedaliera, ospiterà un ospedale di comunità di 24 posti letto residenziali, una residenza sanitaria per anziani di 20 posti letto ed un ambulatorio polispecialistico.

### **PROVINCIA DI CASERTA**

La rete ospedaliera della provincia di Caserta è l'unica che non subisce una riduzione della sua dotazione in quanto tale territorio è stato da sempre caratterizzato da un basso indice di posti letto, pubblici e privati,.

Tuttavia non si è programmato un incremento delle attuali dotazioni per la circostanza che sono in corso i lavori per la realizzazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria della Facoltà di Medicina della II Università di Napoli dotata di 500 posti letto.

Pertanto, la rimodulazione della rete provinciale si è sostanziata, esclusivamente, in una riqualificazione e riorganizzazione dell'offerta esistente che interessa i presidi ospedalieri della ASL.

I presidi ospedalieri dell'azienda sanitaria di Caserta subiscono i seguenti processi di riorganizzazione:

- Il presidio ospedaliero di Maddaloni e quello di Marcianise continueranno a svolgere le loro funzioni sino alla completa ristrutturazione di quest'ultimo che al completamento della ristrutturazione del presidio di Marcianise ospiterà anche le unità operative di Maddaloni.
- Il presidio di Piedimonte Matese si conferma struttura di II livello della rete dell'emergenza e viene individuata quale spoke per la rete cardiologica.
- Il presidio ospedaliero di Teano è riconvertito in Residenza Sanitaria per anziani di 20 posti letto residenziali.
- La struttura ospedaliera di San Felice a Cancellò è riconvertita in struttura ospedaliera ad indirizzo riabilitativo.
- Il presidio F. Palasciano di Capua confluisce nella struttura ospedaliera San Giuseppe e Melorio di Santa Maria Capua Vetere e la struttura sarà, destinata ad ambulatorio polispecialistico.
- I presidi Moscati di Aversa e San Rocco di Sessa Aurunca, si riconfermano come strutture di II livello della rete dell'emergenza. Il presidio di Aversa è individuato quale hub di 1° livello per la rete cardiologica e spoke per l'ictus cerebrale mentre il presidio San Rocco è individuato quale spoke per l'ictus cerebrale.
- La riorganizzazione programmata dei punti nascita conferma la disattivazione del punto nascita del P.O. di Santa Maria Capua Vetere (518 parti nel 2008 - 348 nel 2009) e del P.O. San Rocco di Sessa Aurunca (401 parti nel 2008 - 377 nel 2009).

### **PROVINCIA DI NAPOLI**

La rete ospedaliera pubblica e privata della provincia di Napoli risulta programmata con un indice di 3,18 posti letto per mille abitanti, di cui 0,41 dedicato alla riabilitazione e lungodegenza.

Rispetto all'attuale dotazione di posti letto si assiste ad una riduzione di 376 posti letto pubblici e 163 posti letto privati temporaneamente accreditati per un totale di 539.

I presidi ospedalieri dell'ASL Napoli 1 centro sono oggetto di un intervento di razionalizzazione delle attività, attuato

mediante il trasferimento di unità operative tra i diversi ospedali con la finalità di esaltare le potenzialità e la vocazione di ciascuno di essi.

Il presidio di III livello della rete dell'emergenza è costituito dal realizzando Ospedale del Mare la cui configurazione è stata definita con la DGRC n. 54 del 28 gennaio 2010. Il presidio è individuato anche come hub di 1° livello della rete cardiologica e come hub di 2° livello per l'ictus cerebrale (nelle more della realizzazione del nuovo presidio tali funzioni sono garantite dal presidio ospedaliero Loreto Mare).

Il P.O. San Giovanni Bosco, del II livello della rete dell'emergenza, è individuato quale hub di 1° livello per la rete cardiologica, e come hub di 2° livello per l'ictus cerebrale.

Costituiscono spoke per la rete cardiologica il P.O. Pellegrini e l'Ospedale Classificato Fatebenefratelli, mentre il P.O. San Paolo e gli Ospedali Classificati Fatebenefratelli e Fondazione Evangelica Betania vengono individuati quali spoke per l'ictus cerebrale.

Tali strutture sono identificate come presidi del 2° livello della rete dell'emergenza.

I presidi ospedalieri San Gennaro e San Paolo costituiscono strutture del I livello della rete dell'emergenza con Pronto Soccorso.

I presidi Loreto Mare , Ascalesi e Annunziata confluiranno nel già citato nuovo Ospedale del Mare.

E' prevista, infine, la dismissione del P.O. Incurabili di Napoli.

Al fine di ottenere immediati risparmi l'ASL NA 1 chiuderà entro luglio il P.S. dei P.O. CTO e Incurabili.

Nella ASL Napoli 2 nord il presidio ospedaliero S.M. delle Grazie di Pozzuoli è programmato quale struttura di III livello e pertanto è stato oggetto di un potenziamento e una riqualificazione delle sue funzioni a servizio di una popolazione di circa 1 milione di abitanti. Viene infatti ad assumere la funzione di hub di 2° livello per l'ictus cerebrale e di hub di 1° livello per la rete cardiologica.

Il P.O. San Giuliano di Giugliano e il P.O. San Giovanni di Dio di Frattamaggiore si confermano quali strutture del II livello della rete dell'emergenza ed entrambi sono identificati quali spoke per la rete cardiologica e per l'ictus cerebrale.

E' confermato l'ingresso al I livello della rete dell'emergenza del P.O. Maria SS. della Pietà di Casoria in ragione della necessità di alleggerire il flusso di accessi al pronto soccorso al P.O. San Giovanni di Dio di Frattamaggiore che è l'unico a servire in emergenza urgenza un bacino di circa 500.000 abitanti.

Nella ASL Napoli 3 sud il P.O. S. Leonardo di Castellammare è configurato al II livello della rete dell'emergenza cui è annesso, quale plesso, la struttura ospedaliera di Gragnano. Il presidio è individuato quale hub di 1° livello per la rete cardiologica e per l'ictus cerebrale.

Il presidio Maresca di Torre del Greco è riconvertito in struttura ospedaliera ad indirizzo riabilitativo e le attuali unità operative per acuti confluiranno nell'ospedale di Boscotrecase che è individuato quale spoke della rete cardiologica.

I presidi De Luca e Rossano di Vico Equense e S.M. della Misericordia di Sorrento sono rispettivamente riconfermati in strutture di I e II livello della rete dell'emergenza. Il P.O. di Sorrento è individuato anche come spoke per la rete cardiologica.

Il P.O. S.M. della Pietà di Nola è oggetto di un processo di riqualificazione e potenziamento delle funzioni anche alla luce della riconversione in presidio ospedaliero ad indirizzo riabilitativo del P.O. Cav. Raffaele Apicella di Pollena. Il P.O. di Nola è individuato quale struttura del II livello della rete dell'emergenza, e come spoke per la rete cardiologica e per l'ictus cerebrale.

La riorganizzazione programmata dei punti nascita prevede per il P.O. Maresca di Torre del Greco la disattivazione del punto nascita che confluirà nel presidio di Boscotrecase. Per effetto di questo trasferimento il punto nascita del presidio ospedaliero di Boscotrecase, con un numero di parti inferiore a 500, è programmato per assorbire l'utenza che affluiva al P.O. Maresca.

Analoghe scelte di programmazione riguardano la situazione che si registra nel presidio ospedaliero S.M. della Pietà di Nola, in cui confluiscono le attività dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia del P.O. Cavaliere Apicella di Pollena, destinato a funzioni riabilitative.

## **PROVINCIA DI SALERNO**

La rete ospedaliera pubblica e privata della provincia di Salerno risulta programmata con un indice di 3,44 posti letto per mille abitanti, di cui 0,58 dedicati alla riabilitazione e lungodegenza. Rispetto all'attuale dotazione di posti letto si assiste ad una riduzione di 173 posti letto pubblici e 55 privati temporaneamente accreditati, per un totale di 228 posti letto.

I presidi ospedalieri della provincia di Salerno subiscono i seguenti processi di riorganizzazione:

Il P.O. Santa Maria dell'Olmo di Cava dei Tirreni è dismesso e le relative attività confluiranno nel P.O. Villa Malta di Sarno di recente realizzazione e attualmente sottoutilizzato

Il P.O. Mauro Scarlato di Scafati è riconvertito in un presidio ospedaliero ad indirizzo riabilitativo ed anche in questo caso le unità operative per acuti confluiranno nell'ospedale Villa Malta di Sarno che si configura quale struttura di II livello per la rete dell'emergenza, spoke per l'emergenza cardiologica e per l'ictus cerebrale.

Presso il presidio ospedaliero Castiglione di Ravello vengono disattivate le funzioni di ricovero ed esso viene esclusivamente dedicato ad attività ambulatoriali polispecialistiche.

Il P.O. Umberto I di Nocera rappresenta il presidio di III livello della rete dell'emergenza e, pertanto, viene riqualificato e potenziato anche attraverso l'annessione, quale plesso, del P.O. Andrea Tortora di Pagani. Il P.O. di Nocera è individuato quale hub di 2° livello per la rete dell'ictus cerebrale e hub di 1° livello per l'emergenza cardiologica.

E' prevista la realizzazione di una nuova struttura ospedaliera nella valle del Sele, nella quale confluiranno le attività dei presidi ospedalieri Santa Maria Addolorata di Eboli e Santa Maria della Speranza di Battipaglia che, nelle more della realizzazione, continuano a svolgere le attuali funzioni. Il nuovo ospedale è programmato come un presidio di struttura di II livello della rete dell'emergenza, e quale hub di 1° livello per la emergenza cardiologica e per l'ictus cerebrale.

Il P.O. San Francesco d'Assisi di Oliveto Citra è riconvertito in presidio ospedaliero ad indirizzo riabilitativo, mentre il P.O. di Roccadaspide si configura quale presidio del I livello della rete dell'emergenza con Pronto Soccorso.

Il P.O. di Agropoli si riconverte in centro ambulatoriale ad indirizzo oncologico ed in struttura residenziale per cure palliative di 20 posti letto. (hospice).

Il P.O. di Polla – S. Arsenio conferma il suo ruolo di presidio del II livello della rete dell'emergenza ed è identificato quale hub di 1° livello per l'ictus cerebrale e spoke per l'emergenza cardiologica.

Anche il P.O. S. Luca di Vallo della Lucania si riconferma presidio del III livello della rete dell'emergenza. E' individuato quale hub di 1° livello per l'emergenza cardiologica e programmato come hub di 2° livello per l'ictus cerebrale.

Infine, il P.O. S. Maria della Speranza di Sapri è configurato quale presidio del II livello della rete dell'emergenza e costituisce spoke per l'emergenza cardiologica e per l'ictus cerebrale.

La riorganizzazione programmata dei punti nascita prevede la confluenza dei punti nascita del P.O. di Cava dei Tirreni e di Scafati nel nuovo Ospedale Villa Malta di Sarno.

Per la riconversione del P.O. San Francesco d'Assisi di Oliveto Citra in ospedale ad indirizzo riabilitativo, viene dismesso anche il punto nascita ivi funzionante che, in ogni caso, presenta un basso numero di parti/anno (3009 nel 2008 – 278 nel 2009). Tale utenza affluirà al punto nascita dell'A.O.I.U. Ruggi d'Aragona opportunamente potenziata.

#### **1.4 RIEPILOGO AZIONI E TEMPI PER L'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA**

Per le azioni e i relativi tempi di attuazione si rinvia a quanto già ampiamente esposto al paragrafo precedente e, più nel dettaglio, a quanto riportato nel Piano di riassetto della rete ospedaliera e territoriale che costituisce parte integrante del presente Programma Operativo.

#### **1.5 RISPARMI/ECONOMIE**

OBIETTIVO OPERATIVO		OBIETTIVO SPECIFICO		RISPARMI ED ECONOMIE
1	<b>Riassetto della rete ospedaliera e territoriale</b>	.1.1	Riduzione costo specialisti ambulatoriali (ex SUMAI)	3,9
		1.2	Riduzione dell'auto convenzionamento (risparmio sui servizi sanitari)	1
			Effetto sull'IRAP delle misure sopra riportate	0,4
			<b>TOTALE</b>	<b>5,3</b>

In relazione alla tabella di cui sopra si evidenzia quanto segue:

- Relativamente all'obiettivo 1.1 l'azione di risparmio è innanzitutto riconducibile all'applicazione di quanto previsto dal Decreto commissariale n. 10/2010 che prevede, tra i principali aspetti, il divieto:
  - di trasformazione dei contratti a tempo indeterminato degli specialisti ambulatoriali;
  - di rinnovo dei contratti a tempo determinato scaduti o in scadenza;
  - attivazione di nuovi turni/incarichi.

Considerando che i contratti a tempo indeterminato per gli specialisti ambulatoriali sono pari almeno all'80% della totalità dei contratti, la Regione stima prudenzialmente che il costo degli specialisti ambulatoriali per l'esercizio 2010 non sia superiore al costo risultante dal preconsuntivo dell'anno 2009. Ciò comporta un contenimento dei costi rispetto al Tendenziale 2010 pari a circa 4 €mln.

- Relativamente all'obiettivo 1.2 l'azione di risparmio è riconducibile alla possibilità di impiegare il personale sanitario che oggi presta lavoro nelle strutture che saranno riconvertite nelle altre strutture territoriali con la possibilità, da parte di quest'ultime, di ridurre le forme di lavoro in auto convenzionamento. A fronte di ciò si ritiene che la corrispondente voce di costo (Consulente sanitarie da privato) possa assumere, nel 2010, lo stesso valore del preconsuntivo relativo all'anno 2009 con un contenimento rispetto al Tendenziale 2010 pari a circa 1 €/mil.

- Ulteriori effetti di contenimento sono da imputare alla riduzione dell'IRAP come conseguenza diretta delle azioni sopra descritte (calcolata con l'aliquota del 8,55%). Tale contenimento è stimato in c.ca 0,4 €/mil rispetto al Tendeziiale 2010.

Alla luce dei crono programmi rappresentati nei paragrafi precedenti in relazione all'attuazione del Piano ospedaliero, la Regione ritiene che i principali effetti di contenimento dei costi si avranno nell'esercizio 2011 in relazione alla riduzione del consumo di servizi sanitari e non sanitari, degli oneri per straordinari, delle indennità di posizione, ecc.. Tali effetti si prevede possano manifestarsi nell'esercizio 2011 per un valore corrispondente a c.ca 150 €/mln.

## **PROGRAMMA OPERATIVO 2010**

### **2. RIDEFINIZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA DA EROGATORI PRIVATI - ALTRI INTERVENTI DI RAZIONALIZZAZIONE ASSISTENZIALE**

(lettera d), della delibera del Consiglio dei Ministri, 24 aprile 2010, “*definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l’attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall’articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*).

#### **2.1 CONTRATTI CON PRIVATI CONVENZIONATI PER IL 2010**

Con decreto commissariale n. 16/2009, sulla base del fabbisogno espresso dalle aziende, nonché del dato storico e delle risorse disponibili, la regione Campania ha stabilito i volumi di prestazioni che potranno essere acquistate dai privati per l’esercizio 2010, dando conoscenza agli erogatori privati dei vincoli di bilancio al di là dei quali non vi è copertura di spesa e quindi autorizzazione ad erogare prestazioni a carico del SSR.

Con i successivi decreti commissariali n.19 e n. 20 del 30.12.2009 sono stati ribaditi i limiti di spesa per l’assistenza ospedaliera erogata da Case di Cura private e per l’assistenza distrettuale relativamente ai primi tre mesi del 2010.

Al 31.12.2009 sono stati sottoscritti i contratti per il primo trimestre 2010 con gli erogatori privati della macroarea di specialistica ambulatoriale e di riabilitazione ex art. 26. A seguito di incontri ed approfondimenti si è addivenuti ad un accordo anche con le case di cura.

E’ in fase di perfezionamento il provvedimento di fissazione della disciplina e dei limiti della spesa per i successivi nove mesi del 2010 per tutti gli erogatori privati e di predisposizione dei relativi schemi di contratto.

Per l’area dell’assistenza ospedaliera, la verifica di appropriatezza avverrà sulla base della metodologia elaborata dall’Arsan/Agenas.

E’ stato predisposto ed inviato sul flusso documentale del Piano di Rientro un apposito provvedimento per la riduzione della non appropriatezza per l’area della specialistica e della riabilitazione ambulatoriale.

#### **2.2 PROCEDURE DI CONTROLLO DA ATTIVARE OMOGENEAMENTE SU TUTTO IL TERRITORIO REGIONALE**

E’ in fase di perfezionamento il provvedimento regionale che disciplinerà le procedure di controllo dei ricoveri, la verifica dell’appropriatezza e l’individuazione dei comportamenti opportunistici nella compilazione e codifica delle schede di dimissione ospedaliera per assicurare la distribuzione equa delle risorse tra i soggetti erogatori nel contesto del sistema di finanziamento a prestazione; per garantire il rispetto delle regole fissate nell’ambito degli accordi contrattuali esistenti tra soggetti erogatori, ASL e Regione e per contrastare il ricorso improprio alle prestazioni di ricovero. Tale provvedimento, la cui adozione è previsto che avvenga entro l’8/07/2010, disporrà inoltre l’innalzamento della percentuale di controllo delle SDO dal 2% al 10% come previsto dal decreto legge n. 112 del 2008 convertito, con modificazioni, dalla legge n. 133 del 2008.

### **2.3 APPLICAZIONE DELLE TARIFFE PER PRESTAZIONI DI LUNGODEGENZA IN LUOGO DI QUELLE PER PRESTAZIONI EX ART. 26 INAPPROPRIATE.**

E' stato approvato il decreto commissariale n.6 del 4 febbraio 2010 avente ad oggetto "Determinazione delle tariffe per prestazioni erogate da Residenze sanitarie Assistite (RSA) e Centri Diurni ai sensi della legge regionale n. 8/2003. Rif. punto 16 deliberazione Consiglio dei Ministri del 24/7/2009".

Il provvedimento in oggetto consentirà di ricondurre le prestazioni di "lungo assistenza" al corretto regime tariffario.

### **2.4 RECEPIMENTO DEI 108+24 DRG A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA CONTRO GLI ATTUALI 43 + 13 DRG.**

Come già segnalato in precedenza, è in via di approvazione, entro l'8/07/2010, il Decreto commissariale di riassetto della rete ospedaliera campana di recepimento metodologia Age.n.a.s. e Arsan di analisi della domanda e riprogettazione dell'offerta per il calcolo del fabbisogno di posti letto per acuti, di riabilitazione e lungodegenza, quale strumento programmatico di riferimento per le regioni commissariate, con il recepimento degli allegati A) e B) del nuovo Patto della Salute 2010-2012.

### **2.5 DEFINIZIONE COME EXTRA LEA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE NON PIÙ A CARICO DEL SSR.**

Con le DGRC n. 1272 e 1273 del 16 luglio 2009 e con il decreto commissariale n. 17 del 24 marzo 2010 sono stati eliminati dall'elenco delle prestazioni remunerate con risorse del FSR le prestazioni extra LEA:

- 1) medicina non convenzionale;
- 2) prestazioni di FKT (prestazioni di laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, ecc.: tali prestazioni sono già state eliminate nel 2009, pertanto nel 2010 si procede a ridurre in misura corrispondente, pari a circa 10 milioni di euro i tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni di riabilitazione ex art. 44)
- 3) alimenti aproteici per nefropatici (decreto 17/2010);

E' in corso la ricognizione e la eliminazione di eventuali prestazioni extra LEA residue. Tale attività avrà termine l'8/07/2010 e sarà ripetuta ogni anno attraverso il modello LA.

### **2.6 SUPPORTO ALLE AZIENDE SANITARIE**

Le aziende sanitarie sono supportate a livello commissariale nella predisposizione degli atti inerenti la fissazione di limiti di spesa, nella predisposizione dei provvedimenti di recupero per regressioni tariffarie, nel dispiegamento delle attività defensoriali.

L'analisi dei costi dell'assistenza acquistata dai privati convenzionati, evidenzia elementi di criticità legati alla pendenza di un ingente contenzioso instaurato dalle strutture private nei confronti della regione e delle aziende territoriali. Tale contenzioso, a livello centrale – regionale, è stato efficacemente contenuto attraverso una sistematica difesa in giudizio della regione che ha impedito che le azioni di impugnazione delle delibere sui tetti dessero luogo ad annullamenti giudiziari.

A livello aziendale, invece, si registra la scarsa tenuta dei provvedimenti attuativi delle deliberazioni regionali (provvedimenti di determinazione delle regressioni tariffarie, di determinazione del costo medio delle prestazioni, di

recupero di importi extra tetto e quindi non dovuti, rimodulazione delle capacità operative massime etc.) perché assunti tardivamente o in carenza delle opportune cautele tecnico – procedurali.

Parallelamente, le aziende sanitarie faticano a dotare gli uffici legali di risorse idonee a mettere in campo, nei tempi necessari, i mezzi idonei al contenimento del contenzioso.

## **2.7 CONVENZIONE FRA L'AVVOCATURA REGIONALE E LE AA.SS.LL**

L'Assessorato alla sanità ha promosso l'attivazione di una convenzione fra l'Avvocatura regionale e le AA.SS.LL attraverso cui le aziende possono chiedere il supporto degli avvocati regionali per la loro difesa in giudizio. Tale convenzione ha già dato i primi positivi riscontri con la Sentenza TAR Campania n.866/2010 che ha sancito la legittimità delle regressioni tariffarie anche se comunicate ai privati in maniera tardiva.

Appare necessario proseguire lungo tale via, dando luogo ad un coordinamento maggiore presso il Sub Commissario della gestione del contenzioso. L'accentramento del contenzioso relativo ai tetti ed alle tariffe presso un ufficio legale centrale commissariale e rafforzamento convenzione avvocatura regionale, consentirà:

- di avere un database unico centrale dell'entità e della natura del contenzioso che grava sulla regione e sulle aziende sanitarie;
- di elaborare una strategia difensiva unitaria per difendere i provvedimenti regionali e commissariali dalle azioni giudiziarie intraprese dai privati erogatori;
- di utilizzare in tutti i giudizi pendenti aventi il medesimo oggetto i precedenti giurisprudenziali favorevoli all'amministrazione;
- di sostituirsi alle aziende laddove queste non si costituiscono in giudizio, non si oppongono ai decreti ingiuntivi, non si difendono in maniera ritenuta congrua;
- di evitare che i provvedimenti inerenti i budget di spesa - pur se correttamente programmati e adeguatamente difesi a livello regionale - finiscano con l'essere aggirati attraverso l'esercizio da parte dei privati di azioni temerarie, promosse esclusivamente nella convinzione dell'incapacità aziendale di dispiegare idonea e tempestiva difesa.

A tal fine sarà attivata, con apposito atto da emanarsi entro l'8/07/2010, presso la struttura commissariale della Regione e alle dirette dipendenze del sub-commissario una task force centrale che si occuperà di raccogliere le esigenze delle Aziende in relazione alle azioni di difesa legale da avviare, anche con azioni congiunte, a fronte dei contenziosi in essere e che dovessero emergere in futuro.

(Relativamente ai punti 2.7 e 2.8 sopradescritti si veda anche al punto **6.4 Appendice** gli effetti economici dei supporti direttamente e indirettamente prodotti alle Aziende sanitarie).

## **2.8 ACCORDI DI CONFINE**

La mobilità sanitaria della Campania nei confronti delle altre regioni è caratterizzata da un saldo medio annuo negativo per circa trecento milioni di euro.

Il 15 marzo 2010 è stato adottato il decreto commissariale n. 15 che approva l'Accordo di Confine raggiunto con la regione Molise inerente la regolamentazione generale e la programmazione economica della Mobilità Sanitaria Interregionale.



		.2.3	Applicazione di tariffe per prestazioni di lungodegenza in luogo di quelle per prestazioni ex art.26 inappropriate	. Decreto attuativo	Decreto commissariale n. 6/2010
		.2.4	Recepimento DRG a rischio di inappropriatezza	Decreto attuativo	Entro il 08/07/2010
		.2.5	Definizione di prestazioni sanitarie non più a carico del SSR come extra LEA	Ricognizione extra-LEA	Entro il 08/07/2010
		.2.6	Supporto alle aziende sanitarie	Decreto attuativo	Entro il 08/07/2010
		.2.7	Convenzione tra Avvocatura e le AASSLL		
		.2.8	Accordi di confine	Decreto attuativo	Decreto commissariale n. 15/2010

**2.10 RISPARMI/ECONOMIE**

<b>OBIETTIVO OPERATIVO</b>		<b>OBIETTIVO SPECIFICO</b>		<b>RISPARMI ED ECONOMIE</b>
2	<b>Assistenza sanitaria da erogatori privati. Altri interventi di razionalizzazione assistenziale</b>	.2-1	Rinnovo contratti con privati convenzionati per il 2010: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistenza ospedaliera</li> <li>• Assistenza specialistica ambulatoriale</li> <li>• Assistenza riabilitativa</li> <li>• Assistenza termale</li> <li>• Psichiatria residenziale e semi-residenziale</li> <li>• Assistenza socio-sanitaria</li> <li>• Distribuzione per conto dei farmaci</li> </ul>	122,7
		.2-2	Procedure di controllo da attivare su tutto il territorio regionale	
		.2.3	Applicazione di tariffe per prestazioni di lungodegenza in luogo di quelle per prestazioni ex art.26 inappropriate	
		.2.4	Recepimento DRG a rischio di inappropriatezza	
		.2.5	Definizione di prestazioni sanitarie non più a carico del SSR come extra LEA	
		.2.6	Supporto alle aziende sanitarie	
		.2.7	Convenzione tra Avvocatura e le AASSLL	
		.2.8	Accordi di confine	

Le economie complessivamente stimate per l'intero 2010 ammontano ad euro 123 mln e derivano in particolare:

- Dal rispetto dei limiti di spesa programmati, che non saranno incrementati per sopravvenienze passive dovute ad extra tetto. Il risparmio stimato è calcolato come differenza tra il valore di costo del tendenziale 2010 (che assume l'ipotesi di assenza dei tetti di spesa e, quindi, risulta parametrato al valore della produzione fatturata nel 2009 rivalutata del 2%) e il valore dei tetti di spesa previsti nei decreti n. 34 e n. 35 del 22 giugno 2010.
- Dal contenimento delle risorse attribuite ai privati nei limiti dell'appropriatezza;
- Dalla riduzione delle spese legali;
- Dal contenimento della mobilità passiva.

## PROGRAMMA OPERATIVO 2010

### 3 FARMACEUTICA OSPEDALIERA E CONVENZIONATA

I riferimenti sono alla lettera g) della delibera del Consiglio dei ministri, 24 aprile 2010 “razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata, e alla lettera g) della delibera del Consiglio dei ministri, 24 luglio 2009 che proseguiva “...con prioritario riferimento alle misure per l’incremento dell’appropriatezza prescrittiva, e della spesa farmaceutica ospedaliera, finalizzate al suo riallineamento agli obiettivi programmati in sede nazionale”

#### SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE

### 3.1 MINORE SPESA PER EFFETTO PROVVEDIMENTI PIANO RIENTRO GIÀ EMANATI (D. G. R. C. Nn. 1880; 1882; 1883 del 26.11.2008):

- a. la DGRC 1880: *Misure di governo e controllo della spesa farmaceutica-Art.1, comma 181 L. 311/2004 e punto 4.18 Intesa Stato-Regioni del 5.10.2006. Interventi sulle modalità di prescrizione e dispensazione dei farmaci A02BC inibitori di pompa protonica*, ha introdotto un prezzo di riferimento per le prescrizioni di inibitori di pompa protonica. Le prescrizioni di farmaci della classe A02BC sono rimborsate dal SSR fino a concorrenza del prezzo dei farmaci equivalenti inclusi nelle liste di trasparenza AIFA; le differenze di prezzo, talvolta, di importo elevato, sono a carico del paziente;
- b. la DGRC 1882: *DGRC n.516 del 30.03.2007 Piano di rientro dal disavanzo sanitario di cui alla DGRC n. 460 del 20.03.2007. Disposizioni applicative in materia farmaceutica. Ulteriori interventi per la razionalizzazione ed il contenimento della spesa farmaceutica*: ha incentivato l’uso del farmaco generico, stabilendo obiettivi di copertura del mercato per varie classi di farmaci di quarto livello ATC;
- c. la DGRC 1883: *Piano di contenimento della spesa farmaceutica- Promozione dell’appropriatezza diagnostica e terapeutica nelle dislipidemie e dei farmaci equivalenti nella classe C10AA degli inibitori dell’ HGM-CoA Redattasi*: ha introdotto percorsi terapeutici per la prescrizione delle statine, fissando obiettivi di copertura del mercato con i farmaci equivalenti.

L’effettiva “assimilazione” dei principi contenuti nei citati provvedimenti ha richiesto tempo. Si è resa necessaria l’emanazione di circolari di chiarimento. Un importantissimo strumento di controllo, il sistema di monitoraggio informatizzato delle prescrizioni farmaceutiche suggerite, non ha ancora trovato piena attuazione. Tale sistema prevede, preliminarmente, che e tutti gli specialisti ambulatoriali, interni e convenzionato esterno, i medici ospedalieri, siano dotati, a cura dell’azienda sanitaria di appartenenza, di un timbro contenente il codice identificativo del singolo prescrittore. Tale timbro va apposto, dai citati medici prescrittori, su tutte le prescrizioni effettuate con ricetta non SSN e riportate, da parte del MMG/PLS, nello spazio a disposizione della Regione nelle ricette SSN. In tal modo si è inteso creare uno strumento di monitoraggio di quel fenomeno che orienta in misura sensibile le prescrizioni del medico di base, l’induzione farmaceutica. Si intende dare continuità a tale misura allo scopo di darle effettiva ed omogenea applicazione sul territorio regionale, in considerazione delle potenzialità di controllo che la stessa è in grado di produrre.

### 3.2 DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA SUGLI ANTI-IPERTENSIVI n. 14 del 19.03.2010

- Le Linee Guida nazionali ed internazionali concordano nel ritenere appropriato l'intervento con farmaci che agiscono sul sistema angiotensina-renina nella cura dell'ipertensione. E' emerso, cioè, che tali farmaci hanno tutti l'indicazione terapeutica per la patologia ipertensiva. Da studi di farmacoutilizzazione, è emersa, inoltre, la maggiore economicità dell'uso degli ace-inibitori rispetto agli antagonisti dell'angiotensina II (sartani) nella cura dell'ipertensione, a parità di efficacia. I costi delle Defined Daily Dose (DDD) degli ACE inibitori e degli antagonisti dell'angiotensina II (sartani), infatti, ha un valore medio per DDD pari a € 0,70, sensibilmente superiore (+ € 0,23) a quello rilevato per la classe costituita dagli ACE inibitori pari a € 0,47. Rilevati, ancora, i consumi delle due categorie di farmaci in Campania, si è stabilito, quale primo obiettivo, il **riposizionamento di mercato a favore degli ace-inibitori**. A fronte di una copertura del 40% del mercato con i sartani, riscontrata nel 2009, si è fissato l'obiettivo di incidenza massima della prescrizione di confezioni di sartani sul totale delle confezioni di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina al 30%, facendo, viceversa, crescere dal 60% al 70% la copertura con gli ace-inibitori;
- **INCREMENTO DELLE PRESCRIZIONI DEI FARMACI GENERICATI (LOSARTAN):** in considerazione della recente scadenza brevettuale di farmaci contenenti la molecola del Losartan, semplice ed in associazione, inseriti nella lista di trasparenza AIFA farmaci equivalenti (Legge 178/2002) con i relativi prezzi di riferimento aggiornati al 15 marzo 2010; del fatto che tale prezzo è inferiore di circa il 60% di quello medio delle specialità; nonché del fatto che il losartan presenta la maggior parte delle indicazioni terapeutiche rilevate per i farmaci della stessa categoria (valutati tecnicamente da uno studio dell'AOU *Federico II* di Napoli, allegato al decreto), si è stabilito come ulteriore obiettivo, nell'ambito di un uso appropriato delle risorse disponibili, al 50% la percentuale minima delle confezioni dei farmaci contenenti il principio attivo losartan (semplice e in associazione) sul totale delle confezioni di sartani prescritti;

#### 3.3.1 DISTRIBUZIONE DIRETTA E PER CONTO.

Diversi accordi di distribuzione per conto dei farmaci del PHT sono scaduti e attualmente in fase di rinnovo. Dalle rinegoziazioni sono attesi miglioramenti delle condizioni economiche con una riduzione dell'incidenza percentuale dell'onere delle distribuzione. Parallelamente, sono in istruttoria misure per implementare ulteriori iniziative, oltre a quelle già in essere, di distribuzione diretta tramite le strutture aziendali a seguito di dimissioni da ricovero o dopo visita specialistica e, comunque, alla massima attuazione possibile della legge 405/01. Tali misure riguardano i presidi diabetici e l'ossigeno liquido e ulteriori farmaci e saranno adottate entro l'08/07/2010.

#### 3.3.2 UTILIZZO DATI ED INDICATORI DEL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE. RESPONSABILIZZAZIONE PRESCRITTORI.

I direttori generali delle Asl mediante l'utilizzo dei dati disponibili nel sistema informativo e del sistema Tessera Sanitaria (D.D. dell'AGC 19 n. 17 del 30.01.2009 e n. 394 del 27.11.2009) dovranno procedere a:

1. analisi dei dati dei prescrittori ed economici per ambiti distrettuali;
2. affidamento di budget distrettuali per la spesa farmaceutica convenzionata;

3. avviare a livello di distretto incontri con i prescrittori al fine di analizzare e condividere i dati con l'obiettivo di responsabilizzare gli stessi,
4. effettuare tutti i possibili controlli sulla regolarità ed appropriatezza delle prescrizioni;
5. fornire a ciascun MMG e PLS una reportistica periodica e calendarizzata per evidenziare l'impatto sulla spesa sanitaria dello stile prescrittivo seguito rispetto al quadro complessivo dei Medici prescrittori e ai relativi indici statistici.

Attivazione del sistema monitoraggio informatizzato induttori spesa di cui alla DGRC 1882 del 26.11.2008.

### **3.3.3 CONTROLLI SULLE ESENZIONI**

Esiti di controlli effettuati in altre regioni in merito alla sussistenza del titolo alle esenzioni hanno posto in evidenza situazioni di indebita fruizione del beneficiari.

Per contrastare o prevenire tale fenomeno dovranno essere attivate tempestivamente sia a livello centrale, che a livello di Asl, attività di verifica anche mediante rapporti di collaborazione con l'amministrazione finanziaria e la Guardia di Finanza. L'effetto di tale intervento più che sul recupero di indebita esenzione punta sulla prevenzione di abusi mediante comunicazione e responsabilizzazione dei cittadini.

### **3.4 RIMODULAZIONE COMPARTICIPAZIONI**

#### **Compartecipazione alla spesa farmaceutica**

- **Intervento sulle esenzioni dal pagamento ticket vigente ex DGRC 2266/2006**

Il ticket è presente in appena il 18,30% delle ricette spedite in farmacia. Si eliminano tutti i codici di esenzione salvo quelli a tutela delle fasce particolarmente svantaggiate per reddito. Il ticket sarà commisurato al reddito con un importo contenuto per le fasce di reddito fino a € 20.000 per nucleo familiare.

**La graduazione del ticket sarà calcolata in modo da consentire un maggior introito annuo di 102,3 milioni.**

- **Introduzione di un ticket aggiuntivo per disincentivare la prescrizione di sartani con brevetto in corso (patent in) - Decreto commissariale n. 14 del 19.03.2010.**

Il decreto introduce l'obiettivo l'incremento della prescrizione del Losartan, ovvero del farmaco genericato dal 01.03.2010, fino a coprire il 50% della quota di mercato dei sartani.

Si introduce il pagamento di un ticket di euro 3, doppio rispetto a quello vigente, per i casi in cui viene prescritta la specialità. Si lascerebbe il ticket di € 1,5, per i soli casi di indicazioni non coperte dal farmaco a brevetto scaduto (meno del 10% del totale), per le quali viene prevista una speciale segnalazione in ricetta.

**L'introito atteso non è molto elevato (2,8 milioni su base annua, con nessuna esenzione), ma faciliterebbe il conseguimento degli obiettivi del decreto 14, che per l'utilizzo del farmaco generico prevede un risparmio di 27 milioni su base annua, altrimenti difficilmente conseguibile.**

- **Introduzione di un ticket aggiuntivo per disincentivare la prescrizione di statine con brevetto in corso (patent in) - DGRC 1883/2008.**

Per potenziare gli effetti della DGRC 1883/2008, che stabilisce che ai pazienti che iniziano la terapia con statine dovranno essere prescritte statine equivalenti, si porta il ticket a 3 euro per le prescrizioni di statine con brevetto in

corso a tale categoria di pazienti. Tale misura, oltre che contribuire all'incremento del gettito delle compartecipazioni, consentirebbe di incentivare in maniera efficace l'uso delle statine a brevetto scaduto. L'impatto della misura non è facilmente quantificabile, ma la misura faciliterebbe il conseguimento del risparmio previsto dalla DGRC 1883/2008 di circa 5 milioni di euro l'anno.

#### **Compartecipazione alla spesa relativa all'assistenza specialistica ambulatoriale**

Attualmente sono esenti dal ticket nazionale l'87,75% delle prescrizioni.

Si introduce un ticket regionale aggiuntivo a quello statale. Non saranno previsti codici di esenzione, salvo quelli a tutela delle fasce particolarmente svantaggiate per reddito. Il ticket sarà commisurato al reddito con un importo contenuto per le fasce di reddito fino a € 20.000 per nucleo familiare.

Per le categorie attualmente non esenti dal ticket nazionale si introduce un ticket di 5 euro per le impegnative fino a 46,15 euro, di 10 euro per le impegnative con importo superiore a 46,15 euro.

**L'introito totale della manovra dalla specialistica è di € 37,7 milioni.**

#### **Compartecipazione alla spesa relativa all'assistenza termale**

Si introduce un ticket di € 10 per impegnativa, senza alcuna esenzione.

Avendo rilevato all'incirca 150.000 impegnative nel 2009, **l'introito atteso è di circa 1,5 milioni di euro.**

**Il totale manovra è:  $55,5 + 47 + 2,8 = 105,3$  (farmaceutica) + 37,7 (specialistica) + 1,5 (terme) = 144,4 milioni di euro, su base annua.**

**La Regione stima che il maggior introito derivante dalle suddette manovre abbia effetto a partire dal 15 settembre 2010, per un ammontare per il 2010 pari a ca. 42 €mln**

## SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

### **3.5 DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA N. 15 del 30.11.2009: PIANO DI CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA:**

- **Utilizzo biosimilari:** si è stabilito che tutti i medici prescrittori, all'atto della prescrizione di farmaci biologici, devono prediligere biosimilari, con un obiettivo di risparmio di costo/terapia del 40%. In Regione Campania, l'eritropoietina biosimilare è stata aggiudicata dalla Centrale degli acquisti So.Re.Sa. Spa ad un prezzo inferiore di ben il 62% rispetto alle eritropoietine, specialità preesistenti. Ne consegue che il provvedimento consente ai medici prescrittori di centrare l'obiettivo di risparmio conservando la facoltà di prescrivere farmaci biologici nei casi, ad esempio, di non sufficiente risposta terapeutica, intolleranza, proprio perché l'obiettivo di risparmio (40%) è inferiore rispetto al risparmio massimo conseguibile attraverso il ricorso esclusivo ai farmaci biosimilari (62%);
- **RAZIONALIZZAZIONE USO FARMACI ONCOLOGICI AD ALTO COSTO RENDICONTATI NEL FILE F**
  - centralizzazione della preparazione delle terapie: in Campania determinati farmaci oncologici ad alto costo sono ammessi alle procedure del file F, benché somministrati in regime di ricovero DH. Ciò rappresenta una deroga al principio di omnicomprensività delle tariffe DRG, secondo cui le tariffe di rimborso delle prestazioni di ricovero sono comprensive di tutti i costi legati al ricovero, farmaci inclusi, ed ha lo scopo di incentivare l'utilizzo di farmaci, altrimenti non conveniente. Il decreto del commissario ad acta n. 15 ha stabilito che l'accesso al file F sarà consentito solo nei casi in cui i farmaci siano stati preparati nel rispetto della normativa vigente (DM Salute 18.11.2003 "*Procedure di allestimento dei preparati magistrali e officinali*" e DM Salute del 22.06.2005 "*Procedure di allestimento in farmacia di preparazioni magistrali e officinali*") e sia stata assicurata un uso efficiente dei residui, con l'eliminazione degli sprechi. Ciò consente di centrare più obiettivi: dare attuazione alla richiamata normativa nazionale sulla preparazione dei farmaci in ambiente ospedaliero; aumentare l'efficienza di utilizzo dei farmaci, in quanto da uno studio presentato da una grande azienda ospedaliera campana (l'AO "Cardarelli" di Napoli) è emerso che l'utilizzo di centri di allestimento delle preparazioni contenenti antitumorali, con il conseguente recupero dei residui di farmaci, consente economie che vanno dal 12% al 34%;
  - applicazione di un tetto di spesa per i consumi dettagliati nel file F: l'onere per farmaci oncologici ad alto costo è in continua ascesa. L'uso di tali farmaci, come detto, è incentivato dal ricorso al file F. Nel decreto è stato posto un tetto di spesa per determinare un utilizzo razionale ed una gestione oculata di farmaci ad elevato costo. Il rimborso che sarà riconosciuto alle aziende è, infatti, pari, al massimo, al 90% del costo sostenuto nell'anno precedente.
- **INTERVENTI DI CARATTERE ORGANIZZATIVO DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA**
  - riduzione del 20% dei centri prescrittori. In fase istruttoria, è emersa la seguente situazione: spesso, nelle ASL, talvolta, negli stessi distretti e nelle aziende ospedaliere esistono più centri prescrittori degli stessi farmaci; non esiste una disciplina omogenea sulla prescrizione, i responsabili dei centri non sempre sono ben identificati; non viene, in particolare, garantito il rispetto dell'appropriatezza prescrittiva; da ultimo, l'accorpamento delle

ASL disposto dalla L.R. n. 16 del 28.11.2008 richiedeva una necessaria razionalizzazione di tali strutture.

Nel decreto si sono disposti interventi per la verifica dell'appropriatezza dei centri attraverso appositi nuclei di controllo, cui è stato affidato il compito di verificare l'appropriatezza organizzativa del centro prescrittore e l'appropriatezza clinica e farmaceutica delle prescrizioni. Si è creato un apposito strumento di lavoro per tali nuclei, una scheda di verifica dell'appropriatezza allegata al decreto. Inoltre, è stato predisposto un preciso programma di controllo. Sono stati previsti anche luogo e tempi ove relazionare: in sede di monitoraggio trimestrale dei conti presso l'Assessorato alla Sanità. Sono stati, infine, stabiliti criteri e tempi entro i quali individuare i centri da proporre per la chiusura o la conferma;

- o innalzamento del livello di appropriatezza prescrittiva ed organizzativa dei centri prescrittori. Sono stati previsti diversi adempimenti, quali: istituzione del registro paziente; produzione di una reportistica periodica sui pazienti trattati e sui farmaci utilizzati; predisposizione del regolamento del centro; chiusura dei centri inottemperanti. Introduzione di procedure condivise, ASL / aziende ospedaliere, per l'arruolamento dei pazienti da parte dei centri di prescrizione delle AAOO, allo scopo di favorire il controllo della spesa da parte delle ASL;
- o incremento del 20% rispetto al 2008 della quota di farmaci del PHT distribuita dalle farmacie ospedaliere e/o distrettuali: è stata previsto l'invio d'ufficio di tutte le prescrizioni interne alle farmacie ospedaliere e/o distrettuali;
- o l'introduzione del budget per i centri prescrittori, che dovranno essere commisurati alla spesa media pro capite, determinata sulla base dei protocolli terapeutici condivisi, e con riferimento ai farmaci con il miglior profilo di farmaeconomia, nel rispetto dell'appropriatezza, tenendo presenti i valori registrati dall'azienda sanitaria campana più virtuosa, con l'obiettivo di razionalizzare la spesa di almeno il 10% rispetto all'anno precedente.

- **APPROPRIATEZZA D'USO DEI FARMACI UTILIZZATI IN AMBITO OSPEDALIERO**

- Potenziare le capacità a livello Regionale di monitoraggio e controllo della spesa ospedaliera, utilizzando due importanti strumenti:
  - a) i nuclei di controllo dell'appropriatezza farmaceutica, cui viene assegnato l'obiettivo di verificare l'utilizzo dei farmaci che hanno maggiormente inciso sulla spesa;
  - b) implementazione del sistema di rilevazione informatica dei consumi farmaceutici ospedaliera e territoriale dei farmaci inseriti nel registro farmaci oncologici AIFA e dei farmaci orfani per il trattamento delle malattie rare sottoposti a registri nazionale di monitoraggio;
- riduzione del 50% delle differenze delle DDD ogni 100 posti letto per le due categorie di farmaci a maggiore incidenza sulla spesa rispetto alla media nazionale, ovvero i farmaci di classe L (antineoplastici ed immunomodulatori) e i farmaci della classe B (Sangue ed organi emopoietici);
- interventi diretti alla verifica del rispetto e ad una più omogenea adesione alle linee guida sulla profilassi antibiotica peri-operatoria approvate dalla Giunta Regionale;
- interventi sul Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR), al fine di potenziare governo della spesa farmaceutica: le nuove Aziende Sanitarie Locali, dovranno adottare il proprio Prontuario Terapeutico Ospedaliero Aziendale (P.T.O.A.) nell'ottica della razionalizzazione del numero dei principi attivi presenti e del

contenimento della spesa, e sarà improntato alla priorità nell'utilizzo dei farmaci generici, all'equivalenza terapeutica, nonché alle valutazioni farmaeconomiche; viene ribadito e rafforzato l'obbligo per lo specialista ambulatoriale interno e convenzionato esterno, il medico ospedaliero o universitario, di prescrivere farmaci nell'ambito del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Aziendale; il Settore Farmaceutico dell'Assessorato alla Sanità viene incaricato dell'elaborazione di specifiche note e/o percorsi diagnostico-terapeutici sull'appropriatezza prescrittiva, relativamente alle due classi di farmaci a maggior impatto sul sistema, ovvero a maggiore costo terapeutico

### 3 RIEPILOGO AZIONI E TEMPI PER L'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA

OBIETTIVO OPERATIVO	OBIETTIVO SPECIFICO		AZIONI	TEMPI
3 Razionalizzazione e della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera	3.1	Adegamenti e integrazioni dei provvedimenti su farmaceutica territoriale, Piani di rientro già emanati	Delibere attuative	Delibere G.R. nn. 1880, 1882, 1883/2008 <i>Effetti stimati a partire da luglio 2010</i>
	3.2	Decreto sugli anti-ipertensivi	Decreto attuativo	Decreto n. 14 del 19.03.2010 <i>Effetti stimati a partire da luglio 2010</i>
	3.3.1	Distribuzione diretta e per conto	Decreto attuativo	Entro 08/07/2010
	3.3.2	Utilizzo dati ed indicatori del sistema informatico regionale – Responsabilizzazione prescrittori	Attivazione del sistema di monitoraggio informatizzato induttori di spesa	Entro 08/07/2010
	3.3.3	Controlli sulle esenzioni	Controllo esenzioni: intese per interventi Guardia di Finanza e attivazione sistemi di controllo	Entro 08/07/2010
	3.4	Rimodulazione compartecipazioni	Decreto attuativo	Effetti a partire dal 15 settembre 2010
	3.5	Decreto n. 15 – Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera a) Utilizzo biosimilari b) Razionalizzazione uso farmaci oncologici	Decreto di attuazione	Decreto n. 15/2009 <i>Effetti stimati a partire da gennaio 2010 (per i punti a, b), dal secondo semestre 2010 (per il punto c), dal 1 giugno</i>

			c) Riduzione dei centri prescrittori d) innalzamento del livello di appropriatezza prescrittiva		(per il punto d)
			<b>TOTALE</b>		<b>112</b>

#### 4 RISPARMI / ECONOMIE

OBIETTIVO OPERATIVO		OBIETTIVO SPECIFICO		RISPARMI ED ECONOMIE
3	Razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera	3.1	Adeguamenti e integrazioni dei provvedimenti su farmaceutica territoriale, Piani di rientro già emanati (Delibere G.R. nn. 1880, 1882, 1883/2008)	15
		.3.2	Decreto sugli anti-ipertensivi n. 14 del 19.03.2010	30
		.3.3.1	Distribuzione diretta e per conto	-
		.3.3.2	Utilizzo dati ed indicatori del sistema informatico regionale – Responsabilizzazione prescrittori	-
		.3.3.3	Controlli sulle esenzioni	0
		.3.4	Rimodulazione compartecipazioni	42
		.3.5	Decreto n.15 – Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e) Utilizzo biosimilari f) Razionalizzazione uso farmaci oncologici g) Riduzione dei centri prescrittori h) innalzamento del livello di appropriatezza prescrittiva	25
		<b>TOTALE</b>	<b>112</b>	

In relazione a quanto indicato nella tabella di cui sopra si riportano le seguenti considerazioni:

### **Obiettivo 3.1 - ADEGUAMENTI E INTEGRAZIONI A PROVVEDIMENTI GIÀ EMANATI**

- **Controllo delle prescrizioni indotte da specialisti ambulatoriali:** La Regione ha quantificato in n° 20/25 mln annue le ricette prescritte da MMG indotte da specialisti ambulatoriali. Il valore economico di tali ricette è ca. 450/500 €/mln, per cui l'effetto di tali manovre è stimato in una minor spesa del 10% pari a ca. 45 €/mln.
- **Interventi sulle modalità di prescrizione e dispensazione dei farmaci inibitori di pompa protonica:** La Regione ha stimato in 25 €/mln il risparmio possibile conseguente all'adozione delle DGRC 1880/2008; nel 2009 il risparmio ottenuto è stato pari al 50% dei sopra citati 25 €/mln. Si attende, quindi, il **residuo risparmio nel 2010 per 12,5 €/mln.**

**Introduzione percorsi terapeutici per la prescrizione delle statine:** La Regione ha stimato in 12 €/mln il risparmio possibile conseguente all'adozione delle DGRC 1883/2008; nel 2009 il risparmio ottenuto è stato di c.ca 3,6 €/mln pari al 30% dei sopra citati 12 €/mln. Si attende, quindi, **il residuo risparmio nel 2010 per 7 €/mln**

**Dalla sommatoria delle suddette manovre, per il 2010 si ipotizza di realizzare un risparmio pari ad €mln 45. Tuttavia la Regione ha stimato prudenzialmente l'effettivo risparmio conseguibile in 15 €/mln.**

### **Obiettivo 3.2 – DECRETO SUGLI ANTI-IPERTENSIVI N. 14/2010**

Il provvedimento sulla base delle confezioni di ace-inibitori e sartani vendute nel 2009, considerando che la quota di mercato è rispettivamente del 60% contro 40%, e considerando i prezzi dei sartani più elevati, stabilisce che l'incidenza massima dei sartani non dovrà superare il 30%. L'allegato tecnico al decreto espone, dunque, un risparmio quantificabile in 22,6 €/mln.

Inoltre, nell'ambito della categoria dei sartani, incentiva l'uso del farmaco equivalente con l'obiettivo di copertura del mercato di almeno il 50%. Sempre dall'allegato tecnico al decreto, si evince un risparmio aggiuntivo pari a 27 €/mln, per un valore complessivo pari a 49,6 €/mln (risparmio trimestrale pari ad €/mln 12,4).

**La Regione ha stimato l'effettivo risparmio conseguibile in 30 €/mln, considerando che esso è realizzabile a partire da luglio 2010 .**

### **Obiettivo 3.5 – DECRETO N. 15/2009**

**Farmaci biosimilari:** Tramite le gare centralizzate SORESA ed i conseguenti prezzi più convenienti, il risparmio stimato a seguito dell'aggiudicazione dei farmaci biosimilari è **quantificabile, secondo il parere AIFA, in 7 €/mln**

**Farmaci oncologici:** Tramite la centralizzazione della preparazione delle terapie antitumorali (tramite U.Ma.C.A), la Regione ha dimostrato di poter ottenere economie derivanti dalla riduzione degli sprechi che oscillano tra il 12% ed il 35% per terapia per paziente. **L'AIFA ha quantificato tali risparmi per l'anno 2010 in 4 €/mln**

**Razionalizzazione farmaci ad alto costo rendicontati nel File F:** In Campania determinati farmaci oncologici ad alto costo sono ammessi alle procedure del File F, benché somministrati in regime di ricovero DH, in deroga al principio di omni-

comprensività del DRG. Secondo tale decreto, nel 2010 verrà riconosciuto un rimborso di tali farmaci pari al 90% del costo dell'anno precedente. **Tale manovra dovrebbe valere dunque ca. 5 €/mln nonriconosciuti però dall'AIFA**

**Interventi di carattere organizzativo dell'assistenza farmaceutica:** La Regione stima che riducendo del 20% i centri prescrittori e trasferendo la spesa per farmaci del PHT dal canale convenzionale (56 €/mln nel 2008) verso il canale della diretta e per conto, si **potrebbe stimare un risparmio di ca. 4 €/mln. L'AIFA non ha ritenuto valutabile la metodologia** e le assunzioni che sottostanno a questa stima.

**Innalzamento appropriatezza prescrittiva:** La Regione **stima gli effetti di tale manovra in 5 €/mln** sulla base della riduzione del 50% delle differenze delle DDD ogni 100 posti letto per le due categorie di farmaci antineoplastici ed immunoaduttori e farmaci per il sangue rispetto alla media nazionale. **L'AIFA ha valorizzato tale stima in 21 €/mln**

**Dalla sommatoria delle suddette manovre, per il 2010 si ipotizza di realizzare un risparmio pari ad €/mln 25.**

## PROGRAMMA OPERATIVO 2010

### 4. MANOVRE SUL PERSONALE

#### **Premessa**

Tra gli interventi individuati nella delibera del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010, al lettera e), è stata prescritta *la razionalizzazione e il contenimento della spesa per il personale*, che con la delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009, alla lettera e) era espressa in forma più estesa “...*con particolare riferimento al blocco del turn-over (comprensivo di tutte le forme di lavoro, ivi inclusa quella interinale), alla rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale e alla diminuzione delle posizioni organizzative e di coordinamento.*”

In questa materia sono intervenute, prima dell'avvenuto commissariamento, le deliberazioni della Giunta Regionale n. 514 del 30.3.2007, n. 887 del 22.5.2007, n. 1590 del 3.10.2008, n. 130 del 30.1.2009 e, da ultima, la n. 1271 del 16.7.2009, che hanno disciplinato, in linea con il Piano di Rientro, il blocco percentuale delle assunzioni, la rideterminazione delle dotazioni organiche, la rimodulazione dei fondi del trattamento accessorio e il loro riallineamento alla media regionale.

Allo stato, gli obiettivi di risparmio sulla spesa del personale, per come individuati nel Piano, non sono stati ancora raggiunti.

Inoltre la legge 23 dicembre 2009 n. 191 – legge finanziaria 2010 - che traduce, tra l'altro, in norma legislativa una parte del Patto per la Salute 2010 – 2012, definito nell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, ha sancito l'obbligo di provvedere ad un ulteriore contenimento della spesa di personale (a tempo indeterminato, a tempo determinato, co.co.co., altre forme di lavoro flessibile, personale convenzionato) delle aziende sanitarie, anche attraverso:

- a) misure di stabile riduzione della consistenza organica e conseguente riduzione dei fondi della retribuzione accessoria;
- b) fissazione di parametri standard per la individuazione delle strutture semplici e complesse e delle posizioni organizzative e di coordinamento, nel rispetto della disponibilità dei fondi della retribuzione accessoria così come ridotti ai sensi della precedente lettera a);
- c) adeguamento dei protocolli d'intesa Università – Regione per le parti in contrasto con quanto disposto alle precedenti lettere a) e b);
- d) obbligo di non superare il costo del personale, comprensivo di contributi ed IRAP, dell'esercizio 2004, diminuito dell'1,4%, al netto dei rinnovi;

#### **4.1 DECRETO COMMISSARIALE RICOGNITIVO.**

Un primo decreto commissariale sull'argomento, il n. 4 del 30.9.2009, ha avuto primariamente un contenuto ricognitivo per accertare lo stato complessivo del fenomeno, ferma restando la necessità di avviare per il 2010 un organico disegno complessivo che disciplini e razionalizzi tutte le dinamiche del personale, di ruolo ed in convenzione, al fine di renderlo armonico con il disegno di ristrutturazione della rete ospedaliera e della rete dell'emergenza, una volta che è già intervenuta la rimodulazione degli ambiti aziendali territoriali e distrettuali.

L'attenzione alla problematica prevede un approccio programmatico per macroaree:

- quote di reclutamento di personale a tempo indeterminato;

- quote di reclutamento e disciplina di utilizzo di personale a tempo determinato e con altre forme di lavoro flessibile;
- interventi di natura ricognitiva e strutturale delle dotazioni organiche, ai quali si ricollegano provvedimenti di rimodulazione dei fondi per la contrattazione integrativa, con particolare attenzione alle voci di straordinario ed autoconvenzionamento;
- interventi di indirizzo per disciplinare negli atti aziendali l'individuazione di strutture semplici e complesse e le posizioni organizzative e di coordinamento;
- disciplina dell'utilizzo del personale convenzionato.

Un secondo provvedimento, il decreto n. 7 del 30.9.2009, ha dettato norme per riorganizzare gli ambiti distrettuali e per unificare i centri unici di responsabilità delle principali funzioni che sono duplicate o triplicate nelle cessate ex AA.SS.LL. Lo sviluppo delle ulteriori aree di intervento per il 2010 sarà accompagnato, per una sua valutazione più complessiva, dalla dimensione economica dei risparmi attesi, che sarà rilevata in tempi brevi.

#### **4.2 BLOCCO PARZIALE DELLE ASSUNZIONI DEL PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO.**

Intanto, con il decreto n. 11 del 12.3.2010 è prorogato a tutto il 31.12.2010 il blocco parziale delle assunzioni del personale a tempo indeterminato nella misura, già prevista dalle deliberazioni regionali n. 514/07, 1590/08 e 130/09, per il personale infermieristico del 75% delle cessazioni dal servizio verificatesi nel corso dell'anno precedente, e del 90% per il restante personale.

E' stabilito, in ogni caso, che qualunque reclutamento di personale debba essere preventivamente autorizzato dalla struttura commissariale.

E' consentita, tuttavia, la possibilità per le figure apicali dell'area medica e veterinaria di poter richiedere alla struttura commissariale espressa autorizzazione alla sostituzione di quelle unità che cessano dal servizio, con unita relazione in ordine alla esigenza di assicurare i livelli essenziali di assistenza, anche al di fuori delle predette quote percentuali.

Questa misura ripropone quanto già disposto nel Piano di rientro per le annualità 2007, 2008 e 2009 con relative ipotesi di risparmio.

#### **4 BLOCCO TOTALE DELLE ASSUNZIONI DI PERSONALE A TEMPO DETERMINATO.**

Nello stesso provvedimento è prevista la proroga a tutto il 31.12.2010 del blocco totale delle assunzioni di personale a tempo determinato e con altre forme di lavoro flessibile. E' consentita, tuttavia, la conversione dei rapporti di lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato, per come previsto dall'art. 81 della legge regionale 30 gennaio 2008 n. 1, per coloro che risultino inclusi negli elenchi degli ammessi alle procedure di stabilizzazione di cui ai decreti dirigenziali pubblicati sul BURC n. 36 del 10 giugno 2009, nei successivi decreti di modifica in corso di pubblicazione fino al 31.12.2010 o che conseguano l'inclusione in detti elenchi in virtù di pronunce giudiziarie emesse fino al 31.12.2010, sempre che alla data di emanazione del presente decreto siano in servizio a far data dal 31.12.2006.

Tale procedimento si ritiene compatibile con le iniziative di razionalizzazione e riduzione della spesa complessiva del personale, non provocando costi aggiuntivi in quanto ormai storicizzati, e rispetta il principio della disponibilità dei posti in pianta organica, per come sono state ridefinite con il personale in servizio al 31.12.2006.

## **5 PARAMETRI STANDARD PER STRUTTURE, POSIZIONI E ACCESSORIE.**

Sulla base delle disposizioni della legge finanziaria 2007 sono già state riviste le dotazioni organiche delle aziende sanitarie fissandole al valore numerico del personale in servizio alla data del 31.12.2006.

In conseguenza di tanto, con il decreto n. 12 del 12.3.2010, nel dettare norme per l'individuazione dei parametri standard per la costituzione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e di coordinamento, è stato previsto che in occasione della riduzione stabile delle dotazioni organiche del personale, che comporta la conseguente rimodulazione in riduzione dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa, il 30% dei minori importi del detto fondo sia imputato al riequilibrio del bilancio aziendale

In caso di inadempimento per quanto disposto ai punti precedenti è stata prevista la sospensione dall'incarico del Direttore Generale o del Commissario Straordinario.

### **METODOLOGIA DI STIMA DEI RISPARMI RELATIVI AI PUNTI 4.1, 4.2, 4.3 E 4.4**

- *Strumenti e modalità utilizzate per il raggiungimento degli obiettivi*

La Regione Campania ha cercato di definire in dettaglio il potenziale risparmio derivante dalle azioni definite dalle manovre sul personale previste "nell'Obiettivo Operativo n.4 – Manovre sul personale".

Al fine di orientare in modo più efficace la successiva metodologia operativa, il lavoro è stato condotto partendo dalle seguenti assunzioni:

- a) le misure di riduzione della consistenza organica per l'anno 2010 sono pari al numero di personale che ha cessato il rapporto di lavoro nell'esercizio 2009 (allegato al conto economico);
- b) il personale in entrata per il 2009 (assunto) ed in uscita per il 2009 e per il 2010 (cessato) assume o cessa il rapporto di lavoro a metà dell'esercizio. Il personale in entrata nel 2010 (I trimestre) assume il rapporto di lavoro dal 1 gennaio;
- c) il personale assunto per l'esercizio 2010 non aumenterà rispetto a quanto risultante in entrata al I trimestre 2010, essendo il turnover applicato per la quota del 100% come da disposizioni del DL 78/2010;
- d) gli oneri riflessi sono quantificati nella percentuale del 28,5% del valore delle competenze fisse erogato al personale, calcolata come differenza tra la media degli oneri riflessi (37%) e il valore dell'IRAP (8,55%);
- e) le medie delle retribuzioni stipendiali relative all'anno 2009 sono ottenute dal Conto Annuale – Tabella 2 – Allegato ISTAT al Conto Economico;
- f) l'analisi non considera i dipendenti dell'AOU SUN in quanto la stessa non dispone di personale in carico al SSR con contratto a tempo indeterminato.

- *Modalità di verifica*

Relativamente al blocco parziale delle assunzioni del personale a tempo indeterminato, i risparmi calcolati si basano su due elementi principali, quali:

- ✓ risparmio potenziale da programma operativo per l'esercizio 2009 e 2010;

✓ onere potenziale da programma operativo per l'esercizio 2009 e 2010.

❖ **Risparmio potenziale**

➤ *Risparmio annuale competenze fisse*

2009	CESSATI 2009	Media competenze fisse (al 50%)	Risparmio annuale competenze fisse
MEDICI	499	25.505	12.726.747
DIRIGENTI NON MEDICI	117	22.064	2.581.458
PERSONALE NON DIRIGENTE	2028	12.406	25.159.746
<b>TOTALE</b>	<b>2.644</b>	<b>59.974</b>	<b>40.467.950</b>

  

2010	STIMA CESSATI 2010	Media competenze fisse (al 50%)	Risparmio annuale competenze fisse
MEDICI	499	25.505	12.726.747
DIRIGENTI NON MEDICI	117	22.064	2.581.458
PERSONALE NON DIRIGENTE	2028	12.406	25.159.746
<b>TOTALE</b>	<b>2.644</b>	<b>59.974</b>	<b>40.467.950</b>

Il risparmio derivante da un minor onere relativo al mancato pagamento delle competenze fisse per il numero di personale cessato è pari a ca. 81 €/mln, di cui:

✓ per l'anno 2009 il risparmio è di ca. 40 €/mln, calcolato moltiplicando il numero di personale effettivamente

cessato dal rapporto di lavoro (fonte: allegato al conto economico) per la media delle competenze fisse (assunzione lett. **a** e lett. **b**);

- ✓ per l'anno 2010 il risparmio è di ca. 40 €/mln ,calcolato moltiplicando il numero stimato di personale effettivamente cessato dal rapporto di lavoro (assunzione lett. **a**) per la media delle competenze fisse (lett. **b**).

➤ *Risparmio annuale oneri riflessi*

2009	CESSATI 2009	Oneri riflessi competenze fisse (al 28,5%)	Risparmio annuale oneri riflessi
MEDICI	499	7.269	3.627.123
DIRIGENTI NON MEDICI	117	6.288	735.715
PERSONALE NON DIRIGENTE	2028	3.536	7.170.528
<b>TOTALE</b>	<b>2.644</b>	<b>17.093</b>	<b>11.533.366</b>
2010	STIMA CESSATI 2010	Oneri riflessi competenze fisse (al 28,5%)	Risparmio annuale oneri riflessi
MEDICI	499	7.269	3.627.123
DIRIGENTI NON MEDICI	117	6.288	735.715
PERSONALE NON DIRIGENTE	2028	3.536	7.170.528
<b>TOTALE</b>	<b>2.644</b>	<b>17.093</b>	<b>11.533.366</b>

Il risparmio derivante da un minor onere relativo al mancato pagamento degli oneri riflessi relativamente al numero di personale cessato è pari a ca. 23 €/mln, di cui:

- ✓ per l'anno 2009 il risparmio è di ca. 11,5 €/mln,calcolato moltiplicando il numero di personale cessato dal rapporto di lavoro (fonte: allegato al conto economico CE) per gli oneri riflessi pari al 28,5% del valore delle competenze fisse (assunzione **lett. d**);

- ✓ per l'anno 2010 il risparmio è di ca. 11,5 €/mln ,calcolato moltiplicando il numero stimato di personale cessato dal rapporto di lavoro (assunzione **lett. a** ) per gli oneri riflessi pari al 28,5% del valore delle competenze fisse (assunzione **lett. d**).

❖ **Onere potenziale**

➤ *Onere annuale competenze fisse*

2009	ASSUNTI 2009	Media competenze fisse (al 50%)	Onere annuale competenze fisse
MEDICI	292	25.505	7.447.315
DIRIGENTI NON MEDICI	50	22.064	1.103.187
PERSONALE NON DIRIGENTE	439	12.406	5.446.316
<b>TOTALE</b>	<b>781</b>	<b>59.974</b>	<b>13.996.817</b>
2010	ASSUNTI AL 1° Trim. 2010	Media competenze fisse (annuale)	Onere annuale competenze fisse
MEDICI	64	51.009	3.264.576
DIRIGENTI NON MEDICI	9	44.127	397.147
PERSONALE NON DIRIGENTE	108	24.812	2.679.736
<b>TOTALE</b>	<b>181</b>	<b>119.949</b>	<b>6.341.460</b>

L'onere derivante dalle competenze fisse relativamente al numero di personale assunto è pari a ca. 20 €/mln, di cui:

- ✓ per l'anno 2009 l'onere è di ca. 14 €/mln, calcolato moltiplicando il numero di personale assunto al rapporto di lavoro (fonte: allegato al conto economico CE) per la media delle competenze fisse (assunzione **lett. a**);

- ✓ per l'anno 2010 l'onere è di ca. 6 €/mln ,calcolato moltiplicando il numero di personale assunto al I trimestre 2010 (assunzione **lett. b** e assunzione **lett. c**) per la media delle competenze fisse (assunzione **lett. b**).

➤ *Maggior costo annuale oneri riflessi*

2009	ASSUNTI 2009	Oneri riflessi competenze fisse (al 28,5%)	Costo annuale oneri riflessi
MEDICI	292	7.269	2.122.485
DIRIGENTI NON MEDICI	50	6.288	314.408
PERSONALE NON DIRIGENTE	439	3.536	1.552.200
<b>TOTALE</b>	<b>781</b>	<b>17.093</b>	<b>3.989.093</b>

  

2010	ASSUNTI AL 1° Trim. 2010	Oneri riflessi competenze fisse (al 28,5%)	Costo annuale oneri riflessi
MEDICI	64	14.538	930.404
DIRIGENTI NON MEDICI	9	12.576	113.187
PERSONALE NON DIRIGENTE	108	7.072	763.725
<b>TOTALE</b>	<b>181</b>	<b>34.185</b>	<b>1.807.316</b>

L'onere derivante dalle competenze fisse relativamente al numero di personale assunto è pari a ca. 6 €/mln, di cui:

- ✓ per l'anno 2009 l'onere è di ca. 4 €/mln, calcolato moltiplicando il numero di personale assunto dal rapporto di lavoro (fonte: allegato al conto economico CE) per gli oneri riflessi pari al 28,5% del valore delle competenze fisse (assunzione **lett. d**);
- ✓ per l'anno 2010 l'onere è di ca. 2 €/mln , calcolato moltiplicando il numero stimato di personale assunto (assunzione **lett. b** e assunzione **lett. c**) per la media delle competenze fisse (assunzione **lett. b**).

❖ Totale risparmio potenziale netto 2010

2010	RISPARMIO REALIZZABILE	ONERE AGGIUNTIVO	Delta
	<i>a</i>	<i>b</i>	<i>a - b</i>
MEDICI	32.707.739	13.764.780	18.942.959
DIRIGENTI NON MEDICI	6.634.346	1.927.930	4.706.416
PERSONALE NON DIRIGENTE	64.660.547	10.441.977	54.218.570
<b>TOTALE</b>	<b>104.002.632</b>	<b>26.134.686</b>	<b>77.867.946</b>

In base alla metodologia suddetta, il valore del risparmio stimato per l'esercizio 2010 è pari a ca. 77,8 €/mln relativamente l'obiettivo del blocco tur-over.

Considerando anche l'effetto sull'IRAP, pari a circa 6,7 €/mln le manovre del personale – blocco turnover sono stimate in 84,5

### **RIALLINEAMENTO TRATTAMENTO ACCESSORIO**

Nel 2008 il trattamento accessorio del personale delle singole aziende evidenziava scostamenti significativi dalla media regionale.

In merito al processo di razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale, la Regione Campania s'è impegnata a modificare il Decreto Commissariale n°12/2010 al fine di accogliere le considerazioni formulate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, giusta parere del 15/4/2010 prot. Campania-DGPROG-15/04/2010-0000095-P, entro il 15/07/2010.

Si è proceduto inoltre a determinare una stima prudenziale nella quale sono stati quantificati i risparmi relativi rispettivamente a:

- rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale;
- diminuzione delle posizioni organizzative e di coordinamento.

Nella ricostruzione dei fondi per l'anno 2010, come previsto dal decreto n.4 del 30.09.2009, le AA.SS. devono osservare:

- a) il divieto del superamento in termini di spesa dell'ammontare dei fondi contrattuali nelle cessate aziende;
- b) la definizione, all'interno del fondo contrattuale destinato alle indennità accessorie e straordinario, di una quota massima da utilizzare per la voce straordinario;
- c) l'immediata attivazione della banca delle ore come prevista dai CCNL.

Riguardo la remunerazione accessoria la stima dei risparmi si è basata sui seguenti elementi principali, quali:

- ✓ il trattamento accessorio del personale delle singole aziende evidenziava scostamenti significativi dalla media regionale;
- ✓ le aziende dovranno quindi operare un riallineamento verso la media regionale rimodulando i fondi del trattamento accessorio.

Il riallineamento alla media regionale per quelle aziende che presentano medie superiori comporta i risparmi riportati nella seguente tabella:

**RISPARMI SULLE RETRIBUZIONI ACCESSORIE (RISPETTO alla Media Regionale)**  
(Fonte: Conto Annuale 2008)

AZIENDA	MEDICI	DIRIGENTI NON MEDICI	PERSONALE NON DIRIGENTE	Totale	%
101-AV1	-	-	-	-	0%
102-AV2	214.365	388.308	-	<b>602.673</b>	1%
103-BN1	-	-	-	-	0%
104-CE1	-	164.016	-	<b>164.016</b>	0%
105-CE2	-	153.495	-	<b>153.495</b>	0,3%
106-NA1	4.483.166	-	28.218.367,4	<b>32.701.534</b>	57,1%
107-NA2	-	-	-	-	0,0%
108-NA3	-	101.184	1.639.627,1	<b>1.740.811</b>	3,0%
109-NA4	-	-	-	-	0,0%
110-NA5	-	-	-	-	0,0%
111-SA1	2.407.518	781.319	-	<b>3.188.836</b>	5,6%
112-SA2	-	264.227	-	<b>264.227</b>	0,5%
113-SA3	-	-	-	-	0,0%
901-AO CARDARELLI	-	70.182	3.484.667,3	<b>3.554.849</b>	6,2%
902-AO SANTOBONO	799.832	-	-	<b>799.832</b>	1,4%
903-AO MONALDI	1.287.233	-	3.653.524,1	<b>4.940.757</b>	8,6%
904-AO SA	408.586	-	-	<b>408.586</b>	0,7%
905-AO AV	511.593	59.576	-	<b>571.170</b>	1,0%
906-AO BN	-	-	-	-	0,0%
907-AO CE	5.591.078	655.096	-	<b>6.246.174</b>	10,9%
909-AOU FEDERICO II	43.332	-	266.068	<b>309.401</b>	1%
910-FOND. PASCALE	-	-	-	-	0%
912-AO COTUGNO	200.013	159.262	1.292.936	<b>1.652.211</b>	3%
<b>CAMPANIA</b>	<b>15.946.717</b>	<b>2.796.664</b>	<b>38.555.190</b>	<b>57.298.571</b>	<b>100%</b>

In merito alla rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale è in corso di adozione, con scadenza al 15/07/2010, un decreto concernente l'obbligo di riallineare le medie delle competenze accessorie alla media regionale.

Considerato che tale decreto sarebbe attuativo dal 16 luglio 2010, si stima che il risparmio è prudenzialmente individuato in 20 €/mln.

Prudenzialmente la Regione Campania stima nel programma operativo un impatto di ca. 20 €/mln.

Considerando anche l'effetto sull'IRAP pari a 1,6 €/mln le "Manovre sul personale: remunerazione accessoria" sono stimate in 21,6 €/mln.

**4 RIEPILOGO AZIONI E TEMPI PER L'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA**

OBIETTIVO OPERATIVO		OBIETTIVO SPECIFICO		AZIONI	TEMPI
<b>4</b>	<b>Manovre sul personale</b>	.4.1	Decreto ricognizione	Ricognizione e razionalizzazione delle dinamiche del personale	Entro il 08/07/2010
		.4.2	Blocco parziale delle assunzioni del personale a tempo indeterminato	Decreto n. 11 del 12/3/2010	Entro il 31/12/2010
		.4.3	Blocco totale assunzioni personale a tempo determinato	Decreto n. 11 del 12/3/2010	Entro il 31/12/2010
		.4.4	Parametri standard	Decreto n. 12 del 12/3/2010	Entro il 31/12/2010
		.4.5	Riallineamento del trattamento accessorio del personale alla media regionale	Attuazione decreto	Entro il 08/07/2010
	<b>Irap</b>				- 8,4
			<b>TOTALE</b>		<b>106,2</b>

**4.7 RISPARI/ECONOMIE**

OBIETTIVO	OBIETTIVO SPECIFICO	RISPARI ED
-----------	---------------------	------------

OPERATIVO				ECONOMIE
<b>4</b>	<b>Manovre sul personale</b>	.4.1	Decreto ricognizione	77,8
		.4.2	Blocco parziale delle assunzioni del personale a tempo indeterminato	
		.4.3	Blocco totale assunzioni personale a tempo determinato	
		.4.4	Parametri standard	
		.4.5	Riallineamento del trattamento accessorio del personale alla media regionale	20
	<b>Irap</b>			- 8,4
			<b>TOTALE</b>	<b>106,2</b>

In merito alla rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale è in corso di adozione, con scadenza all'8 luglio 2010, un decreto concernente l'obbligo di riallineare le medie delle competenze accessorie alla media regionale.

Considerato che tale decreto sarebbe attuativo dal 9 luglio 2010, si stima che il risparmio è prudenzialmente individuato in 20 €/mln.

Prudenzialmente la Regione Campania stima nel programma operativo un impatto di ca. 20 €/mln. Considerando anche l'effetto sull'IRAP pari a 1,6 €/mln le "Manovre sul personale: remunerazione accessoria" sono stimate in 21,6 €/mln.

**PROGRAMMA OPERATIVO 2010****5 CENTRALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI**

Lettera f) della delibera del Consiglio dei ministri, 29 aprile 2010 “*completamento del processo di razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi*”, e lettera f) della delibera del Consiglio dei ministri, 24 luglio 2009 “*con particolare riferimento al sistema centralizzato di acquisti, alla standardizzazione dei beni e dei servizi da acquisire, alla ottimizzazione della rete logistica e distributiva*”;

**5.1 RIFERIMENTO ALLE ATTIVITÀ SVOLTE NEL BIENNIO 2007-2009**

L'attività di centralizzazione ha comportato una sostanziale riorganizzazione del processo di approvvigionamento a partire dalla fase di programmazione che ha consolidato le esigenze di tutte Aziende sanitarie pubbliche operanti in Regione, fino all'emissione degli ordinativi tramite modalità di e-procurement.

Infatti utilizzando uno schema dettagliato costruito sulla base della classificazione del piano dei conti, sono stati raccolti ed aggregati i fabbisogni espressi dalle singole Aziende per categoria merceologica che hanno costituito la base della programmazione oggetto degli avvisi di preinformazione pubblicati nel 2007 e 2008 così come prescritto dal D.Lgs 163/2006.

Il marketing d'acquisto è il cuore di questa riorganizzazione in quanto da un lato ha comportato lo studio e la standardizzazione dei fabbisogni dettagliati su ogni singolo bene grazie al lavoro dei tavoli tecnici dei diversi specialisti in ambito sanitario, dall'altro la valutazione approfondita del mercato della fornitura in termini tecnico-economici. I tavoli tecnici sono stati sempre costituiti da professionisti formalmente incaricati dalle Direzioni Generali delle Aziende coinvolte, e pertanto le scelte operate in concertazione sono frutto della volontà delle Aziende.

L'analisi del mercato della fornitura, con l'utilizzo di varie banche dati nonché dell'esame dei risultati ottenuti da altre centrali di acquisto, ha consentito l'utilizzo del “prezzo a base d'asta” - riferito a specifiche tecniche di prodotto rigorosamente definite - che ha dato luogo a ottimi risultati nella qualità delle forniture a prezzi competitivi.

**5.2 RISULTATI GARE ESPERITE**

Il 2007 è stato prevalentemente utilizzato per la fase istruttoria di alcune delle gare oggetto di programmazione, dando la priorità ai gruppi merceologici di valore più rilevante e di più facile standardizzazione. Sono state portate a termine le gare per il vaccino antiinfluenzale e per alcuni altri vaccini, con un risparmio sullo storico del 5%.

Il 2008 si apre con il provvedimento di aggiudicazione della **gara farmaci** che ha prodotto un risultato molto positivo. Questo risultato si basa sull'effetto di aggregazione della domanda che ha comportato un aumento della competitività sui prodotti in concorrenza; sull'uso del prezzo a base d'asta ricavato da una ricerca di mercato su base nazionale. Sui lotti aggiudicati, si è ottenuta una riduzione significativa sui prezzi d'acquisto. La differenza in valore si ottiene calcolando – a quantitativi costanti per lotto – il valore dell'acquisto annuale dato dalla sommatoria degli acquisti delle 24 Aziende, confrontato con il valore dell'acquisto complessivo annuale ai prezzi della nuova aggiudicazione.

Gara	durata (anni)	Valore storico lotti aggiudicati	Differenza vs storico	%
farmaci	4	1.686.761.928	-197.066.012	-12%

Sui lotti andati deserti si è attuata una **procedura negoziata per i farmaci** che ha pure dato un buon risultato in termini economici, come riportato nella seguente tabella.

Procedura negoziata	durata (anni)	Valore storico lotti aggiudicati	Differenza vs storico	%
farmaci	4	233.461.169	-23.919.125	-10%

Va in tutti i casi ricordata l'economia di processo ottenuta centralizzando le procedure, cioè espletandone una anziché 24, che per gare di questa complessità è stata valorizzata oltre ai 2 milioni di euro. Infatti vanno considerati tutti i costi diretti quali i costi di pubblicazione, e, soprattutto, i costi delle risorse umane dedicate.

Un'altra gara di valore rilevante che è stata esperita è quella relativa agli **emoderivati**. Nonostante si tratti di un mercato difficile, caratterizzato da una forte concentrazione in oligopolio di un ridotto numero di fornitori, si è ottenuto un risultato soddisfacente.

Gara	durata (anni)	Valore storico lotti aggiudicati	Differenza vs storico	%
emoderivati	4	158.674.311,00	-12.623.593	-8%

Un risultato molto interessante è stato quello della gara per il **vaccino anti-influenzale**, giunta già alla seconda edizione che tuttavia ha portato ad un ulteriore risparmio calcolato sul risultato ottenuto l'anno precedente.

Gara	durata (anni)	Valore storico lotti aggiudicati	Differenza vs storico	%
vaccino influenzale 2	2	10.903.980,60	-1.304.205	-12%

Si tratta di un risultato infatti che non può essere spiegato semplicemente per via dell'effetto dell'accorpamento, poiché già l'anno precedente era stato ottenuto un risparmio pari al 5% rispetto ai valori ottenuti dalle gare delle singole ASL.

Una gara di valore non particolarmente rilevante, ma interessante perché rappresenta la prima esperienza di So.Re.Sa nel settore dei sistemi diagnostici di laboratorio. Si tratta del noleggio delle apparecchiature e acquisto dei consumabili del **sistema diagnostico per la ricerca dell'emoglobina** umana nelle feci.

Gara	durata (anni)	Valore storico lotti aggiudicati	Differenza vs storico	%
sistema diagnostico ricerca emoglobina	5	1.453.468,00	-253.168	-17%

La prima gara nel settore dei dispositivi medici è stata quella dei **guanti** per uso medicale. Si è ottenuto un risparmio eclatante in termini percentuali nei confronti del dato storico.

Gara	durata (anni)	Valore storico lotti aggiudicati	Differenza vs storico	%
guanti medicali	3	9.110.660,74	-3.677.278	-40%

In questo caso la competizione fra i potenziali fornitori si è dimostrata particolarmente accesa portando ad un risultato superiore alle aspettative.

Un altro importante traguardo è stato ottenuto dalla gara per l'acquisto/noleggio di apparecchiature per **Tomografia Computerizzata**. Si tratta della prima gara regionale in questo settore condotta in Italia. Anche in questo caso il risultato, estremamente positivo, è stato raggiunto grazie ad una corretta determinazione dei prezzi a base d'asta.

Gara	durata (anni)	Valore storico lotti aggiudicati	Differenza vs storico	%
TAC acquisto o noleggio	5	21.000.000	-6.197.069	-30%

Il 2009 si apre con alcuni significativi risultati. Nel settore dei dispositivi medici si ottiene una riduzione dei prezzi di

acquisto eclatante per quanto riguarda le **siringhe**.

Gara	durata (anni)	Valore storico lotti aggiudicati	Differenza vs storico	%
Siringhe	3	11.197.391	-5.591.801	-50%

Sempre nell'area dei dispositivi medici un altro buon risultato per quanto riguarda i **sistemi di prelievo ematico sotto vuoto**.

Gara	durata (anni)	Valore storico lotti aggiudicati	Differenza vs storico	%
sistemi prelievo ematico	4	13.459.859	-2.373.340	-18%

La prima gara conclusa da So.Re.Sa. nell'area dei servizi non sanitaria è quella per l'assegnazione del **“Servizio di Rilevazione e Gestione dei Dati della Spesa Farmaceutica per le AA.SS.LL. della Regione Campania”**. Ciò segna un altro importante traguardo nel processo di centralizzazione degli acquisti. Infatti se già negli acquisti di beni e attrezzature si era conseguito l'obiettivo di razionalizzazione dei processi di approvvigionamento, di economia di scala, e di standardizzazione dei beni a livello regionale, in questo caso la centralizzazione ha reso possibile la creazione di un servizio completamente nuovo, che include la realizzazione di una “cabina di regia” regionale che possa avere a disposizione strumenti di governo, atti a razionalizzare e contenere la spesa farmaceutica territoriale.

Ciò è reso possibile dall'utilizzo di un'unica base dati che contiene tutti i parametri desumibili dalla “lettura” informatizzata delle ricette, e dalla disponibilità di strumenti di elaborazione concepiti per poter aggregare i dati secondo le finalità decise dai diversi utenti a livello di ASL piuttosto che di Regione Campania. E ciò quasi in tempo reale ovvero dopo appena un mese dalla spedizione delle ricette.

Vale la pena ricordare che questo tipo di organizzazione del servizio è presente allo stato attuale in sole due Regioni: Lombardia e Friuli Venezia Giulia. Ci si è ispirati al modello lombardo che prevede il servizio in outsourcing, anche per la formulazione della base d'asta. La tariffa unitaria per ricetta è attualmente pari a € 0,12.

Soresa ha posto come tariffa a base d'asta € 0,1. Nonostante ciò la competizione fra i diversi candidati ha portato un risultato di aggiudicazione pari a € 0,073 a ricetta, con una ulteriore riduzione del 26%. Appare quindi corretto, per quanto premesso, misurare la performance in relazione alla base d'asta, così come riportato nella seguente tabella.

Gara	durata (anni)	Valore a base d'asta	Differenza vs base d'asta	%
Monitoraggio dei dati della spesa farmaceutica	6	29.865.744	-7.670.996	-26%

Un'altra gara importante è quella per l'affidamento della **“Fornitura in somministrazione, con relativa consegna a domicilio degli aventi diritto utenti delle Aziende Sanitarie Locali della Regione Campania, di dispositivi per incontinenti con sistema a raccolta** (sacche e placche per colo/ileo/urostomizzati, sonde vescicali, sacche raccogli urine e medicazione per il trattamento e la prevenzione di piaghe da decubito) previsti dai LEA”.

Questa gara consente alle Aziende Sanitarie della Regione di adottare un unico comune meccanismo distributivo –

quello della consegna a domicilio dell'assistito – uniformando e migliorando in tal modo lo standard di servizio. Va sottolineato che il livello di servizio è fondamentale poiché si tratta di assistiti affetti da disabilità particolarmente invalidanti.

Si è partiti da una situazione frammentata in cui coesistevano tre diverse modalità distributive:

- a domicilio dell'assistito;
- distribuzione diretta dai distretti
- distribuzione indiretta tramite le farmacie al pubblico.

Occorre rilevare che i diversi meccanismi precedentemente adottati influenzavano, oltre che lo standard di servizio, anche la struttura dei costi. Infatti nella distribuzione domiciliare è incluso il costo del dispositivo erogato, frutto di una procedura concorsuale, e il costo del servizio; nella distribuzione indiretta tramite le farmacie convenzionate il costo del prodotto erogato è quello del listino dei produttori e include la distribuzione; nella distribuzione diretta il costo è quello dell'acquisto dei dispositivi erogati, mentre il costo della distribuzione non è quantificato in maniera specifica trattandosi di un costo interno (magazzino, personale, etc.).

Pertanto, come era prevedibile, il risparmio ottenuto è concentrato nelle Aziende in cui il costo della distribuzione era già incluso nel costo dei dispositivi. Complessivamente si ottiene quanto di seguito riportato.

Gara	durata (anni)	Valore storico lotti aggiudicati	Differenza vs storico	%
Distribuzione dispositivi per incontinenza a raccolta, etc.	3	33.788.395	-4.054.607	-12%

La gara “**vaccino tetravalente e farmaci vari**” è stata resa possibile dall'aver inserito in tutti i capitolati speciali delle gare precedentemente espletate – farmaci, vaccini, emoderivati – la seguente clausola:

*“Per ogni prodotto aggiudicato, qualora nel corso della fornitura dovessero mutare le condizioni di mercato rispetto alla situazione esistente alla data di scadenza dei termini per la presentazione dell'offerta quali:*

- *decadenza di brevetto,*
- *immissione in commercio di farmaci generici, o biosimilari*
- *registrazione della stessa molecola da parte di altra ditta,*
- *immissione in commercio di nuovi prodotti medicinali che annullano situazioni di esclusività,*

*So.Re.Sa. si riserva la facoltà, in ossequio alle disposizioni legislative riferite al contenimento della spesa farmaceutica (L. 388/2000 – L. 405/2001), di revocare l'aggiudicazione e conseguentemente risolvere il contratto.”*

In virtù di tale clausola sono stati rimessi a gara i prodotti per i quali fossero mutate le condizioni di mercato nelle fattispecie summenzionate. Il risultato è riportato nella seguente tabella. Occorre rilevare come il dato “storico” sia quello delle gare regionali espletate.

Gara	durata (anni)	Valore storico	Differenza vs storico	%
vaccino tetravalente e farmaci vari (generici e biosimilari)	3	14.779.952,51	-7.772.346,48	-53%

Occorre altresì precisare che l'epoetina biosimilare incide per una riduzione di 3,8 ML €, e in questo caso la sostituzione avverrà solo nei pazienti nuovi per una quota dell'80%.

Nell'area dell'innovazione tecnologica è stata esperita la gara per la creazione di un sistema **RIS PACS** per alcune Aziende sanitarie e ospedaliere. Il risultato è riportato nella seguente tabella.

Gara	durata (anni)	Valore base d'asta	Differenza vs base asta	%
Sistemi RIS/PACS **	5	13.000.000	-5.193.739,20	-40,00%

\*\* il valore base d'asta è stato calcolato sulla base di recenti aggiudicazioni fra le quali quella dell'AO "Cardarelli"

La gara sui **mezzi di contrasto**, pur trattandosi di una classe di farmaci con una larga prevalenza di prodotti in esclusiva, ha comunque prodotto un buon risultato così come riportato nella seguente tabella.

Gara	durata (anni)	Valore Storico	Differenza vs storico	%
Mezzi di contrasto	4	21.393.279,24	-3.543.449,48	-17%

Ancora nell'ambito dei dispositivi medici è stata esperita la gara per i **dispositivi ad assorbenza per incontinenti**, sia per la fornitura ospedaliera che per l'erogazione diretta a domicilio. I prezzi unitari ottenuti sono fra i più bassi nel territorio italiano e consentono una riduzione della spesa del 12%.

Gara	durata (anni)	Valore storico lotti aggiudicati	Differenza vs storico	%
Dispositivi ad assorbenza	4	86.055.834,99	-10.256.501,19	-12%

Anche per quanto riguarda il materiale di medicazione, come per gli altri dispositivi medici dell'area "commodities", si è verificata una drastica riduzione dei prezzi come di seguito riportato.

Gara	durata (anni)	Valore storico lotti aggiudicati	Differenza vs storico	%
Materiale di medicazione	3	17.022.213,83	-8.241.253,32	-48%

Nella complessa area della diagnostica di laboratorio sono state ad oggi espletate tre gare che hanno dato risultati interessanti e che costituiscono un traguardo unico dal punto di vista della "spersonalizzazione" della richiesta. E' da ricordare la particolare difficoltà della preparazione dei capitolati per i **laboratori analisi** a causa della numerosità degli attori coinvolti e della complessità della materia da trattare.

Le prime raccolte dati sono state pubblicate dopo circa un anno e mezzo di lavoro, e i primi risultati si sono prodotti nel 2009.

Gara	durata (anni)	Valore storico lotti aggiudicati	Differenza vs storico	%
Chimica clinica / immunometria	5	36.579.645,00	-6.968.695,00	-19%
Analisi Proteine	5	11.939.368,48	-1.844.190,48	-15%
Analisi Urine	5	8.786.750,00	-2.128.956	-24%
Chimica clinica / immunometria PN	5	13.971.562,81	-2.026.583	-15%

### 5.3 **RIEPILOGO RISULTATI (2008 – 2009)**

Nell'ambito dei beni sanitari, allo stato attuale, le gare espletate da So.Re.Sa. coprono il 60% del valore complessivo del settore. Nelle seguenti tabelle vengono riportati i valori di risparmio pluriennali e quello annuale che include anche la stima dei costi evitati "una tantum" per effetto della drastica riduzione del numero di procedure.

Gara	durata (anni)	Valore storico lotti aggiudicati	Differenza vs storico	%	contratti
farmaci	4	1.686.761.928	-197.066.012	-12%	si
vaccini (incluse rinegoziazioni)	3	72.635.109	-11.715.622	-16%	si
emoderivati	4	158.674.311,00	-12.623.593	-8%	si
vaccino influenzale 2	2	10.903.980,60	-1.304.205	-12%	si
sistema diagnostico ricerca emoglobina	5	1.453.468,00	-253.168	-17%	si
guanti medicali	3	9.110.660,74	-3.677.278	-40%	si
farmaci PN	4	233.461.169	-23.919.125	-10%	si
TAC acquisto o noleggio	5	21.000.000	-6.197.069	-30%	si
siringhe	3	11.197.391	-5.591.801	-50%	si
sistemi prelievo ematico	4	13.459.859	-2.373.340	-18%	si
Monitoraggio dei dati della spesa farmaceutica*	6	29.865.744	-7.670.996	-26%	si
Distribuzione dispositivi per incontinenza a raccolta, etc.	3	33.788.395	-4.054.607	-12%	si
vaccino tetravalente e farmaci vari (generici e biosimilari)	3	14.779.952,51	-7.772.346,48	-53%	si
Sistemi RIS/PACS **	5	13.000.000	-5.193.739,20	-40%	si, non attivo
Mezzi di contrasto	4	21.393.279,24	-3.543.449,48	-17%	si
Dispositivi ad assorbenza	4	86.055.834,99	-10.256.501,19	-12%	si
Chimica clinica / immunometria	5	36.579.645,00	-6.968.695,00	-19%	si
Materiale di medicazione	3	17.022.213,83	-8.241.253,32	-48%	si
Analisi Proteine	5	11.939.368,48	-1.844.190,48	-15%	si
Analisi Urine	5	8.786.750,00	-2.128.956	-24%	si
Chimica clinica / immunometria PN	5	13.971.562,81	-2.026.583	-15%	si
<b>totale</b>		<b>2.505.840.623</b>	<b>-324.422.531</b>	<b>-13%</b>	<b>si</b>

Gara	valore storico annuale lotti aggiudicati	Risparmio da riduzione prezzi unitari (base annua)	Risparmio sui costi di processo (costi evitati)
gara farmaci	421.690.482,00	49.266.503,00	2.600.000,00

vaccini (incluse rinegoziazioni)	24.211.702,92	2.928.905,59	124.000,00
gara emoderivati	39.668.577,75	3.155.898,25	360.000,00
gara vaccino antinfluenzale 2	5.451.990,30	652.102,50	124.000,00
sistema diagnostico ricerca emoglobina	290.693,60	50.633,60	49.600,00
guanti medicali	3.036.886,91	1.225.759,38	360.000,00
farmaci PN	58.365.292,29	5.979.781,34	360.000,00
TAC acquisto o noleggio	4.200.000,00	1.239.413,71	200.000,00
siringhe	3.732.463,80	1.863.933,79	360.000,00
sistemi prelievo ematico	3.364.964,82	593.335,02	120.000,00
Monitoraggio dei dati della spesa farmaceutica*	4.977.624,00	1.278.499,32	360.000,00
Distribuzione dispositivi per incontinenza a raccolta, etc.	11.262.798,36	1.351.535,80	360.000,00
Sistemi RIS/PACS *	2.600.000,00	1.038.747,84	120.000,00
vaccino tetravalente e farmaci vari (generici e biosimilari)	4.926.650,84	2.590.782,16	120.000,00
Mezzi di contrasto	5.348.319,81	885.862,37	200.000,00
Dispositivi per assorbenza	21.513.958,75	2.564.125,30	360.000,00
Chimica clinica / immunometria	7.315.929,00	1.393.739,00	360.000,00
Materiale di medicazione	5.674.071,28	2.747.084,44	360.000,00
Analisi Proteine	2.387.873,70	368.838,10	360.000,00
Analisi Urine	1.757.350,00	425.791,22	360.000,00
Chimica clinica / immunometria PN	2.794.312,56	405.316,58	120.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>634.571.942,68</b>	<b>82.006.588,31</b>	<b>7.737.600,00</b>

#### 5.4 GARE IN CORSO

<i>gara</i>	<i>Importo a base di gara</i>	<i>fase</i>
Broker assicurativo	€ 4.200.000	Valutazione offerte tecniche
Apparecchiature per risonanza magnetica	€ 8.885.000	Gara deserta causa offerte economiche irregolari
Protesi ortopediche	€ 233.027.904	Indizione
Dispositivi per emodinamica	€ 128.600.586	Inviata lettera di invito

Sistema informativo integrato per ASL e AOU Salerno	€ 20.000.000	Valutazione offerte tecniche
Gestione calore	€ 90.000.000	Presentazione domande di prequalifica
Antisettici e disinfettanti	€ 8.677.888	Indizione
Albumina e farmaci vari	€ 40.112.032	Indizione
Radiofarmaci	€ 45.053.019	Indizione
Apparecchiature per risonanza magnetica PN	€ 8.885.000	Inviata lettera di invito

La gara delle protesi ortopediche è stata impostata come Sistema Dinamico di Acquisizione; la gara sugli antisettici e disinfettanti come gara telematica.

### 5.5 GARE IN FASE ISTRUTTORIA

Come già accennato una volta elaborato il piano annuale di attività, So.Re.Sa. convoca i tavoli tecnici nominati dalle Direzioni Generali delle ASL/AO per creare uno standard condiviso per le descrizioni e le specifiche tecniche dei fattori produttivi oggetto della programmazione degli acquisti. Una volta creato questo standard, So.Re.Sa. raccoglie i dati di fabbisogno previsto - espresso nelle unità di misura definite - i prezzi unitari vigenti, e le scadenze temporali dei singoli contratti delle ASL/AO.

Questi dati, consolidati a livello regionale, danno luogo alla determinazione delle unità totali per ogni singolo oggetto dell'acquisizione, al prezzo medio ponderato storico, alle eventuali adesioni posticipate di alcune ASL/AO al contratto So.Re.Sa.

Il prezzo medio ponderato storico è uno degli elementi che concorrono alla individuazione del prezzo base d'asta, il quale a sua volta determina il valore complessivo dell'appalto. Il prezzo base d'asta tiene conto dell'analisi di mercato operata su un campione di contratti vigenti sul territorio nazionale, nonché, se presenti, dei prezzi massimi ministeriali.

Il tavolo tecnico nominato dalle Direzioni Generali delle ASL/AO dà inoltre le indicazioni per la redazione del disciplinare tecnico di gara e sulla eventuale suddivisione in lotti, nonché sulla composizione degli stessi.

Questa attività è il cuore della centralizzazione acquisti in quanto garantisce la creazione di standard condivisi e accettati.

Per quanto riguarda la preparazione dei capitolati per i **laboratori analisi** sono in fase istruttoria i seguenti settori.

medicina trasfusionale (14 lotti)	fabbisogni già acquisiti
emocitometri, citofluorimetri, analizzatori per emoglobine (6 lotti)	capitolato pronto fabbisogni da acquisire
coagulazione (4 lotti)	capitolato pronto fabbisogni da acquisire
batteriologia (26 lotti)	capitolato pronto fabbisogni da acquisire

immunometria (3 lotti)	capitolato pronto fabbisogni da acquisire
immunometria per la virologia	capitolato da perfezionare
biologia molecolare	capitolato da perfezionare
allergologia	capitolato in preparazione
Chimica clinica – grandi impianti con preanalitica on-line	capitolato in preparazione

Nell'area dei dispositivi medici è in corso la raccolta fabbisogni per i **pacemakers e defibrillatori** e per i **dispositivi per diabetici**.

E' inoltre in corso il tavolo tecnico dei chirurghi per quel che riguarda **filì da sutura, suture meccaniche e reti chirurgiche**.

Nell'ambito dei servizi è in corso una prima ricognizione di dati per **l'area telefonia e trasmissione dati**.

## 5.6 TEMPISTICA DELL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA

### Gare previste per il 2010

Con l'attuale dotazione organica sono previste per il 2010 le seguenti gare, per le quali sono stati stimati percentualmente i risparmi conseguibili.

<b>Gare in corso</b>			
Gara	Valori storici annuali (€)	% risparmio	risparmio (€)
broker assicurativo *	1.050.000	10%	105.000
protesi ortopediche	62.112.427	15%	9.316.864
dispositivi per emodinamica	44.418.336	20%	8.883.667
sistema informativo integrato per ASL e AOU Salerno *	3.333.333	15%	500.000
gestione calore	30.000.000	15%	4.500.000
antisettici e disinfettanti	2.169.472	5%	108.474
albumina e farmaci vari	22.992.951	12%	2.759.154
radiofarmaci	15.017.673	0%	0
Apparecchiature per risonanza magnetica PN	1.903.929	30%	571.179
<b>totale</b>	<b>181.094.193</b>	<b>15%</b>	<b>26.744.338</b>

\* valore base d'asta

<b>Gare in fase istruttoria</b>			
Gara	Valori storici annuali (€)	% risparmio	risparmio (€)
medicina trasfusionale	28.358.748	15%	4.253.812
dispositivi per diabetici	70.000.000	15%	10.500.000

utenze telefoniche	15.342.336	20%	3.068.467
pacemakers e defibrillatori	25.000.000	20%	5.000.000
fili da sutura, suturatrici meccaniche e reti chirurgiche	14.000.000	15%	2.100.000
vaccini 2	27.000.000	5%	1.350.000
totale	179.701.084	15%	26.272.279

## 5.7 **RISPARMI / ECONOMIE**

### 5.7.1 **RISPARMI CONSEGUIBILI NEL 2010**

Il procedimento di stima per determinare il risparmio derivante dalla centralizzazione degli acquisti per l'anno 2010, pari a €/mln 82, è stato basato, sulla riduzione dei prezzi unitari considerando come costanti le quantità (isoquantità) e i mix dei prodotti (isomix) soggetti a gara unica centralizzata. Il suddetto risparmio è stato calcolato come mera differenza tra il valore storico dei lotti precedentemente aggiudicati rispetto al valore aggiudicato con la gara unica centralizzata. Tale differenza è stata poi rapportata su base annua in riferimento alla durata del servizio di fornitura.

Volendo considerare valori consuntivi, al fine di limitare la variabilità delle stime, sono stati analizzati i dati quantitativi dei beni ordinati nel I trimestre 2010; da tale analisi è emerso che il risparmio effettivamente realizzato è stato pari a ca. €/mln 15,8. Tale risparmio proiettato nel corso dell'intero anno 2010 sarebbe pari ad €/mln 63,5.

Inoltre, considerando che nel 2009 il risparmio calcolato sulla base degli ordini, è stato di ca. 58 €/mln., si ritiene opportuno, in via prudenziale, stimare anche per il 2010 tale risparmio.

Occorre precisare che l'effettiva manifestazione di tali risparmi:

- ✓ non avviene immediatamente in quanto una volta esperita la gara e sottoscritto da parte di So.Re.Sa. il contratto (ovvero convenzione quadro) vi sono alcune variabili da considerare, quali:
  - eventuali contratti precedenti ancora in vigore nelle ASL/AO;
  - tempi necessari per la presa d'atto del contratto Soresa, o l'adesione alla convenzione quadro;
  - tempi necessari per l'adeguamento dell'anagrafica beni/servizi delle ASL/AO;
  - emissione ordinativi;
- ✓ è soggetto al livello effettivo degli ordini e dei consumi da parte delle AA.SS..

### 5.7.2 **ECONOMIE DI PROCESSO**

Come già precedentemente evidenziato, con la centralizzazione dei processi di acquisto dei beni e servizi sanitari la So.Re.Sa. S.p.A. ha stimato in ca. 3,5 €/mln le economie di processo (procedure di gara) in termini di costi diretti evitati.

### 5.7.3 **SVILUPPI FUTURI**

Ad oggi l'azione di So.Re.Sa. come centrale acquisti si è focalizzata principalmente sulla riduzione dei prezzi unitari. Molto si è fatto sulla standardizzazione, ma rimangono certamente ampi margini di miglioramento. Sono anche state evitate gare proposte da singole Aziende sanitarie il cui meccanismo spesso incentrato sul concetto di "global service" non era convincente dal punto di vista del possibile risultato in termini di costi/prestazioni. Tale risparmio resta in

qualche modo “sommerso”, ma è indicativo di strumenti possibili da utilizzare per la riduzione della spesa.

Inoltre So.Re.Sa. ha a disposizione un patrimonio di dati omogenei, raccolti con criteri e strumenti scientifici, sia per quel che riguarda i fabbisogni presunti, sia per quanto attiene i consumi. Questi dati possono essere facilmente messi in relazione con alcuni indicatori di attività sanitaria, consentendo agli organi di governo, Assessorato alla Sanità e Agenzia Sanitaria, un confronto fra le prestazioni delle Aziende sanitarie rapportate alle risorse tecniche impiegate.

Nel corso del 2010 è programmata una intensificazione delle attività di monitoraggio dei consumi al fine di acquisire tutte la informazioni necessarie ad avviare ulteriori iniziative di contenimento

E' inoltre auspicabile una maggiore integrazione con i suddetti organi al fine di mettere in atto un piano di health technology governance. Se infatti, solo per fare un esempio, è indubbio che il costo unitario per l'installazione e manutenzione “full risk” delle TAC rappresenta uno dei migliori in Europa in relazione al livello tecnologico, è opportuno chiedersi se tutte le installazioni rispondano ad un bisogno accertato dell'utenza, o se una maggiore polarizzazione dei centri di diagnosi radiologica, in coerenza anche con l'aggregazione delle ASL, non possa risultare in un ulteriore contenimento della spesa senza ridurre i servizi agli utenti.

## **5 RIEPILOGO AZIONI E TEMPI PER L'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA**

OBIETTIVO OPERATIVO		OBIETTIVO SPECIFICO		AZIONI	TEMPI
<b>5</b>	Razionalizzazione per la spesa per acquisti	5.1	Azioni svolte nel biennio 2007-2009	Riorganizzazione del processo di approvvigionamento	Attuato
		.5.2	Gare esperite	Riduzione del prezzo di acquisto dei beni ed efficientamento del processo	Entro il 31/12/2010
		5.3	Riepilogo risultati (2008-2009)	Riduzione del prezzo di acquisto dei beni ed efficientamento del	Entro il 31/12/2010

				processo	
		5.4	Gare in corso	Riduzione del prezzo di acquisto dei beni ed efficientamento del processo	Entro il 31/12/2010
		5.5	Gare in fase istruttoria	Riduzione del prezzo di acquisto dei beni ed efficientamento del processo	Entro il 31/12/2010
					<b>58</b>

### 5.9 RISPARMI/ECONOMIE

OBIETTIVO OPERATIVO		OBIETTIVO SPECIFICO		RISPARMI ED ECONOMIE
<b>5</b>	Razionalizzazione per la spesa per acquisti	5.1	Azioni svolte nel biennio 2007-2009	<b>58</b>
		.5.2	Gare esperite	
		5.3	Riepilogo risultati (2008-2009)	
		5.4	Gare in corso	
		5.5	Gare in fase istruttoria	
		5.6	Tempistica dell'attuazione del programma	
		5.7	Risparmi/Economie 2010	
			<b>TOTALE</b>	



## PROGRAMMA OPERATIVO 2010

### 6. ADOZIONE DI CORRETTI PROCEDIMENTI CONTABILI E AMMINISTRATIVI

Tra gli interventi individuati nella delibera del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010, alla lettera b), è stata prescritta “l’implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale”;

#### **Premessa**

Il Piano operativo di interventi di razionalizzazione volti all’adozione e all’implementazione di corretti procedimenti contabili e amministrativi si articola in tre principali direzioni:

1. Attivazione dei referenti aziendali nel Gruppo di lavoro per la implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali
2. Incarico di affiancamento dell’advisor
3. Disegno ed attivazione di un modello di monitoraggio al fine di supportare la Regione Campania nelle attività di pianificazione, valutazione e allocazione delle risorse utilizzando le risorse di cui all’art. 20 della L. 67/1988.

### 6 ATTIVAZIONE DEI REFERENTI AZIENDALI NEL GRUPPO DI LAVORO PER LA IMPLEMENTAZIONE DEI CORRETTI PROCEDIMENTI CONTABILI E GESTIONALI

Sono state illustrate ai referenti aziendali, nominati ai sensi del Decreto commissariale n. 14 del 30.11.2009, le attività da avviare finalizzate all’*Implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali sia a livello aziendale che regionale*. Le priorità del Gruppo di Lavoro sono state focalizzate sull’implementazione di corretti procedimenti di acquisto di beni, servizi e prestazioni sanitarie, dall’ordine alla liquidazione e certificazione del debito.

Sono state sollecitate la puntualità della fornitura delle informazioni economico-finanziarie, necessarie per la definizione del consolidato regionale del conto economico preconsuntivo 2009 e per la programmazione regionale.

Si è sollecitata la necessità di ridurre al minimo, se non eliminare del tutto i ritardi nei pagamenti, o nella certificazione del debito, derivanti da problematiche legate alle attività di riconciliazione del processo ordine – bolla – fattura – liquidazione e pagamento o certificazione (nel caso di acquisto di beni), ovvero, contratto – fattura - controlli – liquidazione e pagamento o certificazione (nel caso di acquisto di servizi, appalti o prestazioni sanitarie). Tale obiettivo è finalizzato a consentire il pagamento o la certificazione dei debiti al 31.12.2009, in modo da evitare pignoramenti e decreti ingiuntivi, e ad avviare una corretta gestione dei debiti correnti (esercizio 2010). Inoltre si è evidenziata la necessità di riorganizzare quanto prima le duplicazioni di doppi/tripli servizi economico finanziari ancora esistenti presso le Aziende Sanitarie Locali interessate all’accorpamento, e di procedere all’integrazione dei flussi/sistemi informativi.

Si è concordato che l’Assessorato alla Sanità trasmetterà ai Referenti dei file di ricognizione delle informazioni necessarie per avviare l’implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali. Si è iniziata l’attività di ricognizione dei processi gestionali e amministrativi attualmente vigenti presso le Aziende del SSR. Si è portato all’attenzione la necessità di sviluppare, con il supporto dell’Advisor contabile, modelli di rilevazione dei processi organizzativi - gestionali delle singole Aziende. Si è definito un ampio calendario di incontri nel corso dei quali le Aziende del SSR produrranno le necessarie informazioni per la ricostruzione dei processi aziendali, con particolare

riferimento ai processi che interessano gli acquisti di beni e servizi.

La Regione ha infine previsto di attivare un percorso di supporto diretto alle Aziende, con maggiore attenzione a quelle che manifestano problematiche più rilevanti, relativamente all'introduzione dei nuovi procedimenti contabili e gestionali. Le modalità e le caratteristiche di tale supporto saranno valutate in funzione dell'esigenze espresse dalle Aziende e con il supporto dell'Advisor contabile.

## **6.2. INCARICO DI AFFIANCAMENTO DELL'ADVISOR CONTABILE; CONTENUTO DELLA DELIBERA DI INCARICO.**

E' stato affidato alla società KPMG Advisory S.p.A. l'incarico per la prosecuzione dell'attività di advisor contabile nel corso dell'esercizio 2010, nell'ambito della prosecuzione del Piano di Rientro attuata dal Commissario ad acta nominato dal Consiglio dei Ministri del 24.07.2009. Il nuovo incarico prevede la facoltà per la Regione di recedere dal contratto, in via anticipata e senza penalità alcuna, con un mese di preavviso; in tale eventualità spetterà alla KPMG Advisory S.p.A. il corrispettivo relativo alle giornate di attività effettivamente svolte fino alla data di cessazione anticipata dell'incarico.

In particolare con il citato decreto commissariale n. 14 del 30.11.2009 sono stati approvati, con obbligo di adozione per le AA.SS. a partire dal 1° gennaio 2010, i documenti necessari per supportare le aziende sanitarie nella definizione di corrette procedure contabili, amministrative e gestionali: Manuale dei principi contabili; Linee - guida per la predisposizione del Regolamento di Amministrazione e Contabilità delle Aziende Sanitarie della Campania; Piano dei conti di contabilità generale unico regionale; Linee Guida per la definizione del Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità corredate dal Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità, dal Piano dei Fattori Produttivi e dalle Schede di Budget che definiscono i principi per la tenuta della Contabilità Analitica,

Le procedure sono atte a garantire l'omogeneità dei sistemi di rilevazione delle singole aziende e la confrontabilità dei dati a livello regionale: Modello di Nota Integrativa; Manuale dei principi di consolidamento e delle relative procedure.

Il decreto commissariale n.14 ha istituito un Gruppo di Lavoro per l'introduzione di corretti procedimenti contabili e gestionali, composto da un referente nominato da ciascuna azienda sanitaria regionale, da referenti regionali individuati dai Coordinatori delle AGC dell'Assessorato alla Sanità e dell'Assessorato al Bilancio, e dall'advisor contabile KPMG Advisory S.p.A.

Compito definito: effettuare il monitoraggio delle attività di introduzione delle nuove procedure contabili che saranno definite dalle aziende sanitarie; predisporre aggiornamenti, approfondimenti, interazioni e/o modifiche delle procedure allegate al decreto stesso; che la società KPMG Advisory S.p.A. ha presentato il Piano di Lavoro per l'esercizio 2010 finalizzato:

- alla ricognizione e all'esame periodico dello stato di recepimento, da parte delle Aziende, delle Linee Guida regionali ed all'adozione delle misure necessarie all'applicazione di quanto previsto dal sopra citato decreto n. 14/2009;
- allo svolgimento di periodiche analisi presso le aziende, volte a riscontrare i dati comunicati dalle aziende medesime in sede di presentazione dei conti economici trimestrali, e ad individuare le principali problematiche in ordine al rispetto degli obiettivi ad esse assegnati;
- a supportare le aziende nell'affrontare le principali problematiche che impediscono l'attivazione di misure volte alla riduzione della debitoria;
- a supportare la Regione nel monitoraggio degli obiettivi fissati per ciascuna azienda sanitaria per l'anno 2010;

Il Piano di lavoro si articola su quattro linee di intervento:

- Intervento 1) Cabina di regia procedure contabili e gestionali
- Intervento 2) Analisi in loco e verifiche MEF
- Intervento 3) Project Office Debito
- Intervento 4) Monitoraggio

## **6 DISEGNO ED ATTIVAZIONE DI UN MODELLO DI MONITORAGGIO COMPLESSO**

Al fine di supportare la Regione Campania nelle attività di pianificazione, valutazione e allocazione delle risorse, utilizzando le risorse di cui all'art. 20 della L. 67/1988, è stato pensato, in analogia ad altre situazioni regionali con Piano di Rientro, di disegnare ed attivare un modello di monitoraggio complessivo.

Sempre nel corso dell'attuazione del Piano di Rientro è stata disposta la possibilità dell'utilizzo di risorse ex art. 20 da "investire" nella realizzazione di un programma finalizzato a garantire la disponibilità di dati economici, gestionali e produttivi. Il Legislatore attraverso l'art. 79 comma 1 sexies c) della Legge 133/08, ha previsto, per le Regioni in Piano di Rientro, l'opportunità di utilizzare risorse ex art. 20 da "investire" nella realizzazione di un programma finalizzato a garantire la disponibilità di dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie operanti a livello locale, "per consentirne la produzione sistematica e l'interpretazione gestionale continuativa, ai fini dello svolgimento delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale, in attuazione dei piani di rientro. I predetti interventi devono garantire la coerenza e l'integrazione con le metodologie definite nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, e con i modelli dei dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario nazionale (NSIS)".

Da ultimo, l'art. 11 della recente Intesa Stato-Regioni concernente il nuovo Patto della Salute 2010-2012, sancisce che al fine di garantire il miglioramento della qualità dei dati contabili e gestionali e delle procedure sottostanti alla loro produzione e rappresentazione, le Regioni effettuano una valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrative contabili, con conseguente certificazione della qualità dei dati contabili delle aziende e del consolidato regionale relativi all'anno 2008.

Inoltre si specifica che:

- le Regioni per l'implementazione e la messa a regime delle attività necessarie per pervenire alla certificabilità dei bilanci possono fare ricorso alle risorse di cui all'art. 20 della L. 67/1988.
- Le Regioni si impegnano ad avviare le procedure per perseguire la certificabilità dei bilanci.

Governo e Regioni, nel patto evidenziano quindi la necessità e l'opportunità di operare una svolta che all'attenzione ai deficit ed alla modalità della loro copertura, affianchi la costruzione di procedure che evitino il formarsi dei deficit medesimi, nel rispetto della piena erogazione dei LEA. Pertanto, la necessità di "... *garantire nel settore sanitario il governo della spesa ed il miglioramento della qualità dei relativi dati contabili e gestionali e delle procedure sottostanti alla loro produzione e rappresentazione ...*" deve essere strettamente correlata al monitoraggio sulla erogazione effettiva dei LEA, con l'impegno che a fianco delle procedure di valutazione sul versante economico finanziario siano sviluppati in maniera adeguata anche quelli sulla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie (art.2, "Avvio di un monitoraggio dei fattori di spesa" e art.10 "Monitoraggio e verifica dei LEA").

L'implementazione delle disposizioni del Piano di Rientro, ha evidenziato la necessità per la Regione Campania di un miglioramento delle capacità di monitoraggio, controllo e indirizzo del Sistema sanitario regionale nel suo complesso e a livello di singola Azienda.

Per la comprensione delle determinanti dei risultati di bilancio, è necessario, in parallelo, disporre delle metodologie di monitoraggio indispensabili per garantire che le azioni strategiche ed operative sviluppate siano orientate a migliorare il livello di assistenza fornito e siano al tempo stesso compatibili con obiettivi economici verso un più razionale impiego delle risorse finanziarie assorbite dal sistema sanitario.

Oltre, quindi, all'opportunità di avvio del percorso per addivenire alla certificazione del bilancio, è dunque necessario disporre sia di dati economici e di produzione sanitaria corretti e tempestivi, sia di un sistema di controllo di gestione e di contabilità analitica adeguato ed affidabile.

La Regione Campania intende attivare un piano di azioni regionali per intervenire sui modelli organizzativi e gestionali al livello locale che porti al disegno ed alla realizzazione di nuovi processi per l'ottenimento di flussi informativi stabili, strutturati e continuativi;

le due principali componenti individuate sono quindi:

- 1) La definizione e l'implementazione di solidi processi per la produzione dei flussi informativi che permettano di migliorare la disponibilità di dati tempestivi ed affidabili;
- 2) Lo sviluppo, tra gli operatori del sistema, sia delle competenze gestionali e di monitoraggio sia delle capacità nell'utilizzo di metodologie e di sistemi a supporto dei processi per la produzione, la rilevazione e l'analisi dei dati.

La Regione intende sviluppare un modello di monitoraggio basato su metodologie innovative e sulle conoscenze di dettaglio delle caratteristiche della domanda e dell'offerta sanitaria, che, alimentata attraverso il consolidamento delle informazioni provenienti dal livello locale, possa fornire una chiara lettura dei fenomeni a livello regionale.

Il modello deve offrire elementi utili a governare e monitorare l'andamento gestionale a livello aziendale e di sistema sanitario regionale nel suo complesso, attraverso la disponibilità di informazioni rilevanti ai fini di una lettura articolata ed affidabile delle determinanti dell'equilibrio economico delle aziende, in funzione dei relativi dati di costo e di ricavo, dei correlati volumi di produzione e delle risorse del FSR trasferito.

Affinché gli interventi siano armonizzati e funzionali al conseguimento degli obiettivi del Piano di rientro, risulta prioritario che i livelli regionale e il livello locale siano dotati delle stesse metodologie e strumenti di lettura, di interpretazione e di utilizzo dei dati.

In questo modo:

- A livello regionale si potenzierà la capacità di valutazione comparativa dei risultati gestionali conseguiti tra le diverse aziende e dalla Regione tra le altre Regioni
- A livello locale il programma svilupperà competenze, metodologie e processi operativi, funzionali alla produzione ed all'analisi di dati utili per il governo del sistema a livello aziendale.

Attraverso le risorse di cui all'art. 20 della L. 67/1988 potrà essere finanziato un articolato intervento a supporto dell'Amministrazione e delle aziende del sistema sanitario regionale finalizzato allo svolgimento di interventi volti a conseguire:

- la progettazione del modello di monitoraggio del SSR e delle relative metodologie di analisi e consolidamento dei dati coerente con le metodologie definite nell'ambito del SiVeAS e con i modelli dati del NSIS;
- il disegno di una metodologia regionale uniforme di controllo di gestione aziendale (contabilità analitica dei costi);

- la realizzazione dei moduli di alimentazione del modello, dei moduli di integrazione locali per la raccolta dei dati e degli interventi di adeguamento dei sistemi informativi aziendali, al fine di garantire la disponibilità e l'affidabilità degli stessi
- la realizzazione del 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, per mezzo di un Sistema Informativo Direzionale basato su Datawarehouse e l'impiego di strumenti di Business Intelligence
- l'affiancamento sul campo di tutte le aziende del SSR nelle fasi di realizzazione e della messa in produzione dei nuovi processi di raccolta e di gestione dei dati previsti dal modello di monitoraggio, intervenendo anche sulla progettazione e l'ammodernamento delle procedure organizzative della produzione e dell'analisi dei dati;
- il supporto continuo alle aziende nell'attività di produzione dei dati necessari all'alimentazione del modello di monitoraggio del SSR, compresa la verifica di coerenza di CE e SP a livello locale con le risultanze della reportistica prodotta dal nuovo modello di monitoraggio.

Si tratta, dunque, di disegnare ed attivare un modello di monitoraggio complesso deputato alla raccolta, elaborazione ed interpretazione delle informazioni produttive e gestionali di tutte le componenti del sistema sanitario regionale, al fine di supportare la Regione nelle attività di pianificazione, di valutazione e di allocazione delle risorse e fornire alle strutture sanitarie locali le informazioni necessarie per avviare concrete azioni di ottimizzazione delle modalità di impiego delle risorse ad esse affidate.

## **7 RIEPILOGO AZIONI E TEMPI PER L'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA**

OBIETTIVO OPERATIVO		OBIETTIVO SPECIFICO		AZIONI	TEMPI
<b>6</b>	Adozione di nuovi procedimenti contabili e amministrativi	6.1	Attivazione dei referenti aziendali per l'implementazione dei coretti procedimenti contabili e gestionali	Supporto alle Aziende per la riorganizzazione del processo di approvvigionamento	Entro il 31/12/2010
		6.2	Incarico di affiancamento dell'advisor contabile	Cabina di regia procedure contabili e gestionali Analisi in loco e verifiche MEF Project Office Debito Monitoraggio	Entro il 31/12/2010
		6.3	Disegno ed attivazione di un modello di monitoraggio complesso al fine di supportare la Regione nelle attività di pianificazione, valutazione e allocazione delle risorse, utilizzando risorse di cui all'art. 20 della L. 67/1988	Disegnare ed attivare un modello di monitoraggio complessivo per garantire la disponibilità di dati economici, gestionali e produttivi.	Entro il 31/12/2010
					<b>72,7</b>

**7.3 RISPARI/ECONOMIE**

OBIETTIVO OPERATIVO		OBIETTIVO SPECIFICO		RISPARMI ED ECONOMIE
6	Adozione di nuovi procedimenti contabili e amministrativi	6.1	Attivazione dei referenti aziendali per l'implementazione dei coretti procedimenti contabili e gestionali	Limitazione di ulteriori accantonamenti al Fondo rischi e oneri per 62,2 mln  Economie su oneri finanziari 10,5 mln
		6.2	Incarico di affiancamento dell'advisor contabile	
		6.3	Disegno ed attivazione di un modello di monitoraggio complesso al fine di supportare la Regione nelle attività di pianificazione, valutazione e allocazione delle risorse, utilizzando risorse di cui all'art. 20 della L. 67/1988	
			<b>TOTALE</b>	<b>72,7</b>

L'insieme delle azioni volte all'introduzione di nuovi procedimenti contabili e gestionali consentirà alle Aziende di gestire con maggiore accuratezza e tempestività le operazioni connesse all'accertamento ed al pagamento delle partite debitorie, nonché le procedure di certificazione dei debiti a favore dei fornitori. Ciò dovrebbe avere come conseguenza diretta quella di limitare l'esposizione delle Aziende a situazioni di contestazione e/o contenzioso e, quindi, portare ad un contenimento delle passività potenziali, nonché degli oneri per spese legali e contenzioso.

Tale complesso di azioni, unite alle attività di supporto di tipo legale che la Regione porrà in essere a favore delle Aziende (cfr. obiettivi 2.6 e 2.7), potrà consentire un contenimento degli accantonamenti dell'esercizio 2010.

Ciò risulta peraltro coerente nel fatto che, nel 2009, le Aziende hanno completato la ricognizione analitica del contenzioso e presentato un prospetto di valutazione delle singole situazioni di contestazione/contenzioso nel quale sono stati coinvolti gli uffici legali delle Aziende e che ha portato il Fondo Rischi al 31/12/2009 ad un valore pari ad €/mln 491.

In conclusione si stima un contenimento degli accantonamenti di circa 62 mln di € rispetto al tendenziale 2010.

Nel 2010 altre rilevanti economie saranno realizzabili sugli oneri finanziari derivanti dalle azioni esecutive dei creditori

a fronte dei ritardi nei pagamenti delle Aziende Sanitarie, anche per effetto del blocco temporaneo dei pignoramenti introdotto dal decreto legge 78/2010. Il beneficio atteso è di 10,5 mln per minori interessi passivi.

## **PROGRAMMA OPERATIVO 2010**

### **7. DOCUMENTI PROGRAMMATICI AZIENDALI**

(Riferimento lettera k) della Delibera del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010 “*completamento dell’assetto territoriale delle Aziende sanitarie locali; adozione dei nuovi atti aziendali con la definizione di centri unici di responsabilità delle principali funzioni, quali la gestione contabile, la gestione del personale e gli acquisti*”

Con legge regionale n. 16 del 28 novembre 2008, pubblicata sul BURC n. 48 ter del 1 dicembre 2008, il Consiglio Regionale della Campania ha adottato le misure finalizzate a garantire il rispetto degli obblighi di contenimento della spesa e di razionalizzazione e riqualificazione del S.S.R.

Nell’ambito delle misure adottate, la citata legge regionale ha disciplinato agli articoli 2 e 3, la razionalizzazione degli ambiti territoriali e distrettuali delle Aziende Sanitarie Locali. Con delibere nn. 504 e 505 del 20 marzo 2009, la Giunta Regionale ha definito gli ambiti territoriali delle nuove Aziende Sanitarie Locali istituite ai sensi del comma 1), lett. a), dell’art. 2 della legge in questione unitamente agli ambiti distrettuali con l’indicazione dei Comuni appartenenti a ciascun nuovo distretto e della relativa popolazione residente.

Contestualmente, è stato conferito l’incarico agli Organi di Vertice (Commissari) delle neo costituite ASL di individuare le nuove sedi distrettuali tenendo conto dei criteri (baricentro della popolazione, relazioni cinematiche favorevoli, preesistenza di adeguate strutture sanitarie pubbliche, ecc.) stabiliti dai provvedimenti giuntali precedentemente richiamati.

Successivamente, con delibera del Consiglio dei Ministri adottata in data 24 aprile 2010, si è proceduto alla nomina del Presidente *pro-tempore* della Regione Campania quale Commissario ad acta per l’attuazione del vigente piano di Rientro dai Disavanzi del Settore Sanitario Regionale, a norma dell’art. 4 del decreto legge 1 Ottobre 2007, n. 159 convertito con modificazioni, dalla Legge 29 Novembre 2007, n. 222, con l’incarico di provvedere in via prioritaria alla realizzazione di specifici interventi tra cui quello stabilito al lettera k) relativo al completamento dell’assetto territoriale delle Aziende Sanitarie Locali ed all’adozione dei documenti programmatici aziendali contenenti la definizione dei centri unici di responsabilità delle principali funzioni, quali la gestione contabile, la gestione del personale e gli acquisti. Il Commissario ad acta ha disposto al riguardo con Decreto n. 7 del 30.09.2009 impartendo espresse disposizioni in tal senso agli Organi di Vertice delle Aziende.

Pertanto, in ottemperanza agli obblighi posti a carico della Regione Campania in attuazione del Piano di Rientro dai Disavanzi ed oggetto di trasmissione al Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, si provvede all’invio dei documenti programmatici aziendali trasmessi dalle Aziende Sanitarie Locali.

Nelle more dell’adozione del Piano di riordino della Rete ospedaliera e territoriale previsto dalla Delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 e ribadito il 24 aprile 2010, le Aziende hanno effettuato una mera ricognizione della situazione attualmente esistente per l’area ospedaliera nell’ambito dei territori di rispettiva competenza, facendo

ovviamente salve tutte le successive ed ulteriori modifiche da apportare a seguito dell'approvazione del predetto provvedimento.

I documenti programmatici delle Aziende Sanitarie Locali, inoltre, tengono conto dei cambiamenti intervenuti per effetto della razionalizzazione degli ambiti territoriali e distrettuali delle nuove Aziende Sanitarie Locali, e della conseguente definizione dei "centri unici di responsabilità" disposta con Decreto del Commissario ad Acta n. 7 del 30.09.2009.

La documentazione allegata è la seguente:

**Azienda Sanitaria Locale di Avellino**

Delibera del Commissario Straordinario n. 72 del 27.01.2010, assunta al protocollo regionale n. 75862 del 28.1.2010; documento integrativo 0011952/2010 del 19.03.2010, assunto al protocollo regionale n. 247912 del 19/03/2010;

**Azienda Sanitaria Locale di Benevento**

Documento Programmatico Aziendale prot. 42469 del 18.03.2010, assunto al protocollo regionale n. 256124 del 22.03.2010;

**Azienda Sanitaria Locale di Caserta**

Delibera del Commissario Straordinario n. 346 del 19.03.2010, assunta al protocollo regionale n. 255572 del 22.03.2010;

**Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro**

Documento prot. 2010.0243358 del 18.03.2010;

Documento prot. 2010.0252533 del 22.03.2010;

**Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord**

Documento Programmatico n.15998/2010, assunto al protocollo regionale n. 261194 del 23.03.2010;

**Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud**

Documento Programmatico Aziendale n. 0015103 del 23.03.2010, assunto al protocollo regionale n. 260049 del 23.03.2010;

**Azienda Sanitaria Locale di Salerno**

Documento Programmatico Aziendale prot. 2854, assunto al protocollo regionale n. 255504 del 22.03.2010;

**RIEPILOGO PROGRAMMI OPERATIVI**

OBIETTIVO OPERATIVO		OBIETTIVO SPECIFICO		RISPARMI ED ECONOMIE
1	<b>Riassetto della rete ospedaliera e territoriale</b>	.1.1	Riduzione costo specialisti ambulatoriali (ex SUMAI)	3,9
		1.2	Riduzione dell'auto convenzionamento (risparmio sui servizi sanitari)	1
			Effetto sull'IRAP delle misure sopra riportate	0,4
<b>TOTALE</b>				<b>5,3</b>

OBIETTIVO OPERATIVO		OBIETTIVO SPECIFICO		RISPARMI ED ECONOMIE
2	<b>Assistenza sanitaria da erogatori privati. Altri interventi di razionalizzazione assistenziale</b>	.2.1	Rinnovo contratti con privati convenzionati per il 2010: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistenza ospedaliera</li> <li>• Assistenza specialistica ambulatoriale</li> <li>• Assistenza riabilitativa</li> <li>• Assistenza termale</li> <li>• Psichiatria residenziale e semi-residenziale</li> <li>• Assistenza socio-sanitaria</li> <li>• Distribuzione per conto dei farmaci</li> </ul>	122,7
		.2.2	Procedure di controllo da attivare su tutto il territorio regionale	
		.2.3	Applicazione di tariffe per prestazioni di lungodegenza in luogo di quelle per prestazioni ex art.26 inappropriate	
		.2.4	Recepimento DRG a rischio di inappropriatezza	
		.2.5	Definizione di prestazioni sanitarie non più a carico del SSR come extra LEA	
		.2.6	Supporto alle aziende sanitarie	
		.2.7	Convenzione tra Avvocatura e le AASSLL	
		.2.8	Accordi di confine	
<b>TOTALE</b>				<b>122,7</b>

OBIETTIVO OPERATIVO		OBIETTIVO SPECIFICO		RISPARMI ED ECONOMIE
3	Razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera	3.1	Adeguamenti e integrazioni dei provvedimenti su farmaceutica territoriale, Piani di rientro già emanati (Delibere G.R. nn. 1880, 1882, 1883/2008)	15
		.3.2	Decreto sugli anti-ipertensivi n. 14 del 19.03.2010	30
		.3.3.1	Distribuzione diretta e per conto	-
		.3.3.2	Utilizzo dati ed indicatori del sistema informatico regionale – Responsabilizzazione prescrittori	-
		.3.3.3	Controlli sulle esenzioni	0
		.3.4	Rimodulazione compartecipazioni	42
		.3.5	Decreto n.15 – Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera a) Utilizzo biosimilari b) Razionalizzazione uso farmaci oncologici c) Riduzione dei centri prescrittori d) innalzamento del livello di appropriatezza prescrittiva	25
<b>TOTALE</b>				<b>112</b>

OBIETTIVO OPERATIVO		OBIETTIVO SPECIFICO		RISPARMI ED ECONOMIE
4	Manovre sul personale	.4.1	Decreto ricognizione	77,8
		.4.2	Blocco parziale delle assunzioni del personale a tempo indeterminato	
		.4.3	Blocco totale assunzioni personale a tempo determinato	
		.4.4	Parametri standard	
		.4.5	Riallineamento del trattamento accessorio del personale alla media regionale	20
<b>Irap</b>				- 8,4
<b>TOTALE</b>				<b>106,2</b>

OBIETTIVO OPERATIVO		OBIETTIVO SPECIFICO		RISPARMI ED ECONOMIE
5	Razionalizzazione per la spesa per acquisti	5.1	Azioni svolte nel biennio 2007-2009	58
		.5.2	Gare esperite	
		5.3	Riepilogo risultati (2008-2009)	
		5.4	Gare in corso	
		5.5	Gare in fase istruttoria	
		5.6	Tempistica dell'attuazione del programma	
		5.7	Risparmi/Economie 2010	
<b>TOTALE</b>				<b>58</b>

OBIETTIVO OPERATIVO		OBIETTIVO SPECIFICO		RISPARMI ED ECONOMIE
		6.1	Attivazione dei referenti aziendali per l'implementazione dei coretti procedimenti contabili e gestionali	Limitazione di

OBIETTIVO OPERATIVO		OBIETTIVO SPECIFICO		RISPARMI ED ECONOMIE
6	Adozione di nuovi procedimenti contabili e amministrativi	6.2	Incarico di affiancamento dell'advisor contabile	ulteriori accantonamenti al Fondo rischi e oneri per 62,2 mln
		6.3	Disegno ed attivazione di un modello di monitoraggio complesso al fine di supportare la Regione nelle attività di pianificazione, valutazione e allocazione delle risorse, utilizzando risorse di cui all'art. 20 della L. 67/1988	Economie su oneri finanziari 10,5 mln
			<b>TOTALE</b>	<b>72,7</b>

	<b>RIEPILOGO GENERALE OBIETTIVI OPERATIVI</b>	<b>RISPARMI ED ECONOMIE rispetto al consuntivo 2009</b>
<b>1</b>	<b>Riassetto della rete ospedaliera e territoriale</b>	<b>5,3</b>
<b>2</b>	<b>Assistenza sanitaria da erogatori privati. Altri interventi di razionalizzazione assistenziale</b>	<b>122,7</b>
<b>3</b>	<b>Razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera</b>	<b>112</b>
<b>4</b>	<b>Manovre sul personale</b>	<b>106,2</b>
<b>5</b>	<b>Razionalizzazione per la spesa per acquisti</b>	<b>58</b>
<b>6</b>	<b>Adozione di nuovi procedimenti contabili e amministrativi</b>	<b>72,7</b>
	<b>Totale</b>	<b>476,9</b>

**Effetti economici derivanti dai Programmi operativi posti in essere per il Piano di rientro dal Commissario ad acta della Regione Campania per la Sanità per il 2010**  
**Conto Economico previsione aggiornata al 13 luglio 2010**

CE 999 CAMPANIA	Anno 2008	Precons.vo 2009	Trend 2010	Programmatico 2010	Manovre
Beni Sanitari (consumi)	998.987	1.030.210	1.057.926	976.311	-81.615
Beni non Sanitari (consumi)	36.867	35.787	35.557	35.557	0
Servizi Sanitari	421.714	437.108	445.851	444.828	-1.023
Servizi non Sanitari	874.315	860.740	877.956	876.717	-1.239
<b>Totale Beni &amp; Servizi</b>	<b>2.331.883</b>	<b>2.363.845</b>	<b>2.417.290</b>	<b>2.333.413</b>	<b>-83.877</b>
Personale del Ruolo Sanitario	2.507.117	2.560.155	2.580.636	2.495.869	-84.767
Personale dei Ruoli Professionale, Tecnico ed Amministrativo	581.458	592.247	596.986	583.886	-13.100
<b>Totale Personale</b>	<b>3.088.575</b>	<b>3.152.402</b>	<b>3.177.622</b>	<b>3.079.755</b>	<b>-97.867</b>
Accantonamenti rinnovi contrattuali personale dipendente	19.870	54.977	60.568	60.568	0
<b>Totale Personale con accantonamenti rinnovi</b>	<b>3.108.445</b>	<b>3.207.379</b>	<b>3.238.190</b>	<b>3.140.323</b>	<b>-97.867</b>
Medicina di base	634.435	651.971	665.010	665.010	0
Accantonamenti rinnovi contrattuali personale convenzionato	45.749	22.504	25.792	25.792	0
<b>Medicina di Base con accantonamenti rinnovi</b>	<b>680.184</b>	<b>674.475</b>	<b>690.802</b>	<b>690.802</b>	<b>0</b>
Farmaceutica Convenzionata (netto mobilità attiva)	1.137.118	1.131.684	1.154.318	1.078.606	-75.713
Assistenza Specialistica Esterna da terzi	450.747	467.353	503.914	473.295	-30.619
Costo SUMAI	182.101	195.348	199.255	195.348	-3.907
Accantonamenti rinnovi contrattuali SUMAI	11.837	3.438	4.407	4.407	0
Sperimentazione radioterapia sterotassica (SA 3)	0	4.200	4.284	4.200	-84
Assistenza Specialistica Esterna da Classificati	3.772	4.183	4.316	4.316	0
Assistenza Specialistica Esterna	648.457	674.522	716.176	681.566	-34.610
Assistenza Riabilitativa Esterna	279.438	284.689	309.682	283.249	-26.433
Assistenza Integrativa, Protesica	173.677	173.061	176.524	165.102	-11.422
Assistenza Ospedaliera Esterna da Privato	608.913	609.143	665.698	630.618	-35.080
Assistenza Ospedaliera Esterna da IRCCS privati	18.000	18.575	19.000	19.000	0
Assistenza Ospedaliera Esterna da Classificati	107.650	112.618	124.878	114.165	-10.713
Assistenza Ospedaliera Esterna da altri (Don Gnocchi, ecc.)	0	13.318	9.400	9.400	0
<b>Assistenza Ospedaliera Esterna</b>	<b>734.563</b>	<b>753.654</b>	<b>818.976</b>	<b>773.183</b>	<b>-45.793</b>
Assistenza Termale	20.483	20.368	23.000	23.000	0
Psichiatria Res.le e Semires.le e Prestazioni sociocanitarie a rilevanza sanitaria	85.099	110.982	113.196	104.890	-8.306
Distribuzione farmaci e File F	1.936	3.668	4.250	4.250	0
<b>Totale Prestazioni Sanitarie acquistate da terzi</b>	<b>3.760.955</b>	<b>3.827.103</b>	<b>4.006.924</b>	<b>3.804.648</b>	<b>-202.277</b>
Ammortamenti (al netto dei costi capitalizzati)	62.273	68.327	70.828	70.828	0
Accantonamenti per Rischi ed Oneri e svalutazione crediti	395.015	229.176	182.663	120.445	-62.218
<b>Totale Costi della produzione</b>	<b>9.658.571</b>	<b>9.695.830</b>	<b>9.915.895</b>	<b>9.469.657</b>	<b>-446.239</b>
Proventi (+) Oneri (-) Finanziari Netti	-68.954	-70.471	-77.971	-67.509	10.462
Proventi (+) Oneri (-) Straordinari	-108.114	-211.642	-61.791	-61.791	0
Sopravvenienze e Insussistenze Attive	162.284	39.386	40.173	40.173	0
Sopravvenienze e Insussistenze Passive	-270.392	-251.028	-101.964	-101.964	0
Imposte e Tasse	249.124	248.784	250.848	242.058	-8.790
<b>TOTALE COSTI</b>	<b>10.084.763</b>	<b>10.226.727</b>	<b>10.306.505</b>	<b>9.841.015</b>	<b>-465.491</b>
Contributi in c/esercizio	8.983.164	9.187.942	9.295.751	9.295.751	0
Altri Contributi pubblici e privati	44.669	45.815	45.815	45.815	0
Proventi e Ricavi diversi (al netto dei costi intramoenia)	43.006	43.273	43.273	43.273	0
Recuperi, Rimborsi, Ticket, differenza generici, ecc.	123.988	103.814	106.914	118.347	11.433
<b>TOTALE RICA VI</b>	<b>9.194.827</b>	<b>9.380.844</b>	<b>9.491.753</b>	<b>9.503.186</b>	<b>11.433</b>
<b>Risultato economico</b>	<b>-889.936</b>	<b>-845.883</b>	<b>-814.752</b>	<b>-337.828</b>	<b>476.924</b>
Costi Capitalizzati e Amm.ti	62.273	68.327	70.828	70.828	0
<b>Risultato per Tavolo di Monitoraggio</b>	<b>-827.663</b>	<b>-777.556</b>	<b>-743.924</b>	<b>-267.000</b>	<b>476.924</b>