



Regione Campania

Il Presidente

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL
PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 24/7/2009)

DECRETO N. 25 DEL 13/04/2010

Oggetto: Intesa Stato Regioni 3/12/2009. "Patto per la Salute". Prosecuzione del Piano di Rientro. Approvazione programma operativo.

PREMESSO

- che il 13 marzo 2007 è stato sottoscritto tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze ed il Presidente della Regione Campania un *Accordo "... per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311"*;
- che con la Deliberazione di Giunta regionale campana n. 460 /07 è stato approvato detto *Accordo* e l'allegato *Piano di Rientro 2007 - 2009 dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario regionale*;

RILEVATO

- che nella seduta del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 la Regione Campania, per l'inadempimento degli obblighi assunti con il Piano è stata sottoposta a commissariamento;
- che nella medesima seduta, il Presidente pro tempore della Giunta regionale della Campania è stato nominato Commissario ed è stato incaricato di dare attuazione al piano di rientro dai disavanzi del servizio sanitario regionale campano, provvedendo in via prioritaria alla realizzazione di specifici *acta* elencati in diciotto punti;
- che il 15 ottobre, in attuazione del d.l. n. 154/08, il consiglio dei Ministri ha nominato un sub - commissario per l'affiancamento del Commissario ai fini della predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;
- che l'Intesa Stato - Regioni sottoscritta il 3 dicembre 2009 per il nuovo Patto per la Salute 2010 – 2012, ha confermato l'Accordo raggiunto il 23 ottobre scorso da Governo e Conferenza delle Regioni;
- che l'art .13 del Patto per la Salute, rubricato "Garanzia dell'equilibrio economico – finanziario" stabilisce: "Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore legge attuativa della presente Intesa restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari



Regione Campania

Il Presidente

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL
PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 24/7/2009)

programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale”;

- che la finanziaria per il 2010, legge n. 191/2009 ha conseguentemente disposto all'articolo 2, comma 88, della legge ;

PRESO ATTO

- che nella seduta del 28 gennaio 2010, il Tavolo di verifica degli adempimenti ed il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza hanno fatto presente ai rappresentanti della Regione Campania che in coerenza con quanto stabilito dall'Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2008, e dalla legge finanziaria per il 2010 è prevista la prosecuzione del piano di rientro secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati;

DATO ATTO

- che in adempimento del cennato disposto dell'Intesa Stato – Regioni, è stato predisposto un documento di sintesi (All.A) contenente i Piani operativi elaborati secondo l' articolazione di seguito evidenziata:

- 1. Assistenza sanitaria da privati convenzionati**
- 2. Farmaceutica ospedaliera e convenzionata**
- 3. Manovre sul Personale**
- 4. Centralizzazione degli acquisti**
- 5. Corrette procedure contabili**
- 6. Razionalizzazione della rete assistenziale e riabilitativa**
- 7. Atti aziendali**

- che detti Piani operativi - che prevedono manovre pari a 722 milioni di euro - appaiono idonei a conseguire gli obiettivi finanziari programmati con il Piano di Rientro di cui all'Accordo del marzo 2007;

VALUTATO

- necessario procedere all'approvazione del menzionato documento ;

DECRETA



Regione Campania

Il Presidente

COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL
PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO
(DELIBERAZIONE CONSIGLIO DEI MINISTRI 24/7/2009)

- Di approvare il documento di cui all'All. A al presente decreto, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- Di procedere all'attuazione degli elencati programmi operativi secondo le scadenze temporali ivi indicate;
- Di dare incarico al Settore Programmazione dell'AGC 19 di inviare al BURC il presente decreto e di curarne l'esecuzione.

Il Sub Commissario
Dott. G. Zuocatelli

L'Assessore alla Sanità
Prof. M.L. Santangelo

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

Il Coordinatore A.G.C. 20
Dott. M. Vasco

Bassolino



Giunta Regionale della Campania
Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)

PROGRAMMA OPERATIVO

ai sensi dell'art .13 del Patto per la Salute



Giunta Regionale della Campania

Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)

Effetti economici derivanti dai Programmi operativi posti in essere per il Piano di rientro dal Commissario ad acta della Regione Campania

La Sanità per il 2010 Conto Economico – previsione marzo 2010

TOTALE VALORE PRODUZIONE	9.191	6%	9.380	2%	9.491	9.491	1%	
Beni Sanitari (consumi)	999	13%	1.030	3%	1.070	963	-6%	(107)
Beni non Sanitari (consumi)	37	-7%	36	-2%	38	34	-4%	(4)
Servizi Sanitari	302	8%	321	6%	340	306	-5%	(34)
Servizi non Sanitari	857	9%	861	0%	900	844	-2%	(56)
Totale Beni e Servizi	2.195	10%	2.248	2%	2.348	2.147	-4%	(201)
Personale	3.225	3%	3.269	1%	3.380	3.286	1%	(94)
Assistenza Specialistica da terzi	648	9%	671	3%	700	649	-3%	(51)
Assistenza Riabilitativa da terzi	279	1%	285	2%	300	283	-1%	(17)
Assistenza Integrativa, Protesica da terzi	174	5%	173	0%	185	165	-5%	(20)
Assistenza Ospedaliera da terzi (privati e classificati)	735	5%	754	3%	790	771	2%	(19)
Altra Assistenza da terzi	108	21%	135	26%	140	131	-3%	(9)
Totale Assistenza da terzi (privati e classificati)	1.944	7%	2.018	4%	2.115	2.000	-1%	(115)
Farmaceutica convenzionata	1.137	1%	1.132	0%	1.155	1.073	-5%	(82)
Medicina di base	634	-1%	652	3%	670	660	1%	(10)
Acc.ti rischi ed oneri (compreso rinnovi CCNL) e sval. crediti	275	15%	260	-5%	265	170	-35%	(95)
proventi (-) e oneri (+) finanziari netti	69	-26%	70	1%	80	50	-29%	(30)
proventi (-) e oneri (+) straordinari netti	108	-16%	212	96%	216	129	-39%	(87)
Imposte e tasse	249	3%	249	0%	254	246	-1%	(8)
Voci economiche intramoenia	(3)	-40%	(3)	0%	(3)	(3)	0%	0
TOTALE COSTI	9.833	4%	10.107	3%	10.480	9.758	-3%	(722)
Risultato economico per il Tavolo Adempimenti (MEF)	(642)	-26%	(727)	13%	(989)	(267)	-63%	
Coperture da Piano di Rientro 2007 - 2009 ed altri fondi	666	(1)	501	(3)	267	267	(4)	
Disavanzo (-) / Avanzo (+) finale	24	(2)	(226)		(722)	0		
Ulteriori Accantonamenti per rischi (stima MEF)	185							
Disavanzo (-) / Avanzo (+) CUMULATO	(234)		(460)					

(1) Le coperture 2008 già previste dal Piano di Rientro sono 520 milioni (maggiori imposte regionali: 218 mln; contributo statale di affiancamento: 302 mln). Per il 2008 sono, inoltre, disponibili ulteriori coperture per 114 milioni derivanti da gettito IRAP e addizionale IRPEF maggiore del previsto (stima dell'Agenzia delle Entrate del 18.11.2009) ed economie di bilancio già verificate dal MEF per 32 milioni, per un totale di € 146 milioni. Il totale delle coperture disponibili consente, quindi, di coprire integralmente il disavanzo 2008 e di destinare una somma di € 24 milioni a parziale estinzione del residuo deficit 2007 di 73 milioni, con un disavanzo "a nuovo" di 49 milioni.

(2) Il disavanzo 2008 (Euro 234 milioni) comprende accantonamenti ai fondi rischi (esclusi gli oneri per rinnovo CCNL) di € 381 milioni, di cui 130 milioni appostati nei bilanci delle singole AA.SS., 66 milioni nella spesa accentrata (a copertura dei rischi di maggiori oneri emersi nelle analisi compiute presso le AA.SS. dalla Regione e dalla KPMG) e 185 milioni accantonati su indicazione del MEF (Tavolo di Verifica del 20.7.2009)

(3) Le coperture 2009 sono composte da maggiori imposte regionali per 218 milioni + contributo di affiancamento per 248 milioni. Sono previsti, inoltre, altri 35 milioni di maggiori imposte regionali (gettito 2010: stima MEF del 18.11.09). Il risultato economico preconsuntivo 2009 comprende accantonamenti ai fondi rischi (esclusi gli oneri per rinnovo CCNL) di € 170 milioni; la consistenza del fondo rischi in essere al 31.12.2009 - al netto degli utilizzi dell'esercizio, ammonta ad Euro 491 milioni

(4) Le coperture 2010 sono composte da maggiori imposte regionali per 267 milioni (gettito 2011: 437 mln stima MEF del 18.11.09, al netto di 170 mln per la rata di cartolarizzazione). L'ipotesi di conto economico 2010 comprende accantonamenti ai fondi per rinnovi CCNL di € 120 milioni e a fondo rischi per 50 mil.



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

La tabella riporta i dati consuntivi del 2008, il dato da CE del IV TRIMESTRE 2009, il tendenziale 2010 considerando una crescita media del 3% (ad eccezione dei ricavi e delle voci relative alle assistenze acquistate da terzi stimando l'onere in caso di non applicazione dei tetti di spesa per le quali sono stati riportati i valori dei tetti ex DGRC n. 1269/09). La tabella riporta, inoltre, la proiezione al 2010 stimata considerando gli effetti dei programmi operativi previsti e dalle azioni e dalle manovre già poste in essere dal Commissario ad acta per il Piano di rientro.



Giunta Regionale della Campania
*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

Il presente Programma Operativo costituisce una sintesi dei Programmi operativi di seguito elencati:

1.Assistenza sanitaria da privati convenzionati;

2.Farmaceutica ospedaliera e convenzionata;

3.Manovre sul Personale;

4.Centralizzazione degli acquisti;

5.Corrette procedure contabili;

6.Razionalizzazione della rete assistenziale e riabilitativa;

7.Atti aziendali;



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

1. Assistenza sanitaria da privati convenzionati

Acquisto prestazioni dai privati . Programmazione e rispetto budget di spesa.

Descrizione delle Azioni

Contratti per il 2010.

Con decreto commissariale n. 16 del dicembre 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 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 specialistica ambulatoriale e riabilitazione ex art. 26.

A seguito di incontri ed approfondimenti si è addivenuti ad un accordo anche con le Case di Cura pertanto, entro il 31.03.2010 verranno sottoscritti i contratti anche con le case di cura.

E' in fase di completamento l'elaborazione del 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 de i relativi schemi di contratto

Tale provvedimento prevederà tetti di struttura e non più di branca (con conseguente maggior controllo della spesa per singolo erogatore), depurati dall'inappropriatezza.

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

Sono in fase di predisposizioni gli strumenti di verifica dell'appropriatezza per l'area dell'ambulatorialità dove, in mancanza di SDO, è più complesso operare verifiche di appropriatezza.

Procedure di controllo da attivare omogeneamente su tutto il territorio regionale

E' in fase di perfezionamento il documento 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 documento 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 .

Applicazione delle tariffe per prestazioni di lungodegenza in luogo di quelle per prestazioni ex art. 26 inappropriate.

Approvazione decreto commissariale n.6 del 4 febbraio 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

Recepimento dei 108+24 DRG a rischio di inappropriatezza contro gli attuali 43 + 13 DRG.

E' in via di approvazione il Decreto commissariale di riassetto della rete ospedaliera campana .



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

Recepimento metodologia Age.n.a.s. 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. Recepimento degli allegati A) e B) del nuovo Patto della Salute 2010-2012.

Definizione come extra LEA delle prestazioni sanitarie non più a carico del SSR.

Con decreti commissariali vengono eliminati dall'elenco delle prestazioni remunerate con risorse del FSR le prestazioni extra LEA:

- 1) alimenti iproteici per nefropatici;
- 2) prestazioni odontoiatriche;
- 3) prestazioni di tipo sociosanitario;
- 4) farmaci di tipo C;
- 5) prestazioni di FKT (tali prestazioni sono già state eliminate nel 2009 , pertanto nel 2010 si procederà a ridurre in misura corrispondente, pari a circa 10 milioni di euro gli stanziamenti per l'acquisto di prestazioni di riabilitazione ex art. 44)

Supporto alle aziende sanitarie 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, accentrando 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.) perchè 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.

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 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:

- 1) di avere un database unico centrale dell'entità e della natura del contenzioso che grava sulla regione e sulle aziende sanitarie;
- 2) di elaborare una strategia difensiva unitaria per difendere i provvedimenti regionali e commissariali dalle azioni giudiziarie intraprese dai privati erogatori;
- 3) di utilizzare in tutti i giudizi pendenti aventi il medesimo oggetto i precedenti giurisprudenziali favorevoli all'amministrazione;



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

- 4) di sostituirsi alle aziende laddove queste non si costituiscano in giudizio, non si oppongano ai decreti ingiuntivi, non si difendano in maniera ritenuta congrua;
- 5) 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.

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 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. L'Accordo consente di programmare e regolamentare i fenomeni scambiati in mobilità, facendoli rientrare tra gli eventi programmabili in termini economici e governabili quanto ad appropriatezza.

Analoghi Accordi dovranno essere raggiunti per disciplinare gli scambi in mobilità con le altre regioni di Confine

Tempistica dell'attuazione del programma

Attuazione del Programma :fine esercizio 2011.

Risparmi/Economie

Le economie stimate in 116 mln derivano :

- Dal rispetto dei limiti di spesa programmati che non saranno incrementati per sopravvenienze passive dovute ad extra tetto;
- Dalla riduzione delle risorse attribuite ai privati che saranno stimate al netto dell'appropriatezza;
- Dalla riduzione delle spese legali ;
- Dal contenimento della mobilità passiva;



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

2. FARMACEUTICA OSPEDALIERA E CONVENZIONATA

1. OGGETTO DEL PROGRAMMA OPERATIVO

Punto 7. della delibera del CdM del 24.07.2009:

- A. Razionalizzazione della **spesa farmaceutica convenzionata**, con prioritario riferimento alle misure per l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva,
- B. Razionalizzazione della **spesa farmaceutica ospedaliera**, finalizzate al suo riallineamento agli obiettivi programmati in sede nazionale

DESCRIZIONE DELLE AZIONI

SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE

Minore spesa per effetto provvedimenti Piano rientro già emanati (Delibere di Giunta Regionale 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 modalita' 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 ritornare su 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.



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

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-inoibitori;

➤ **incremento delle prescrizioni dei farmaci generici (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;

Accordo con Federfarma per la distribuzione di ossigeno liquido: sono in corso gli accordi con Federfarma e con le aziende produttrici per stipulare un accordo migliorativo rispetto a quello adottato nel 2009, sia in termini economici che in termini organizzativi;

Accordo con Federfarma per estendere la DPC a tutte le eparine a basso peso molecolare (EBCM): in Campania il costo complessivo di eparine dispensate dalle farmacie convenzionate nel 2009 è stato di € 22,7 milioni. Lo sconto medio per l'acquisto diretto delle eparine, sulla base dell'aggiudicazione della gara So,Re.Sa., è di circa il 70%. L'accordo, ancora in fase di definizione, con Federfarma prevede l'inclusione delle eparine nella Distribuzione per conto (DPC). Parallelamente, sono in istruttoria misure per potenziare la distribuzione diretta di tali farmaci, nelle ASL che seguono tale modalità di distribuzione.

SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

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



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

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 stato 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 antiblastici, 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



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

proporre per la chiusura o la conferma;

- 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;

7. 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;

- 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



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

TEMPISTICA ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA

SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE

Minore spesa per effetto provvedimenti Piano rientro già emanati (DDGRC 1880; 1882; 1883 del 26.11.1008): da gennaio 2010

Decreto del commissario ad acta sugli anti-ipertensivi n. 14 del 19.03.2010: dalla data di notifica (22.03.2010)

Accordo con Federfarma per distribuzione di ossigeno liquido: da aprile 2010

Accordo con Federfarma per estendere la DPC a tutte le eparine a basso peso molecolare: da aprile 2010

SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

Decreto del Commissario ad acta n. 15 del 30.11.2009

1. **Utilizzo biosimilari:** l'attuazione è da gennaio 2010, in crescita graduale
2. **Razionalizzazione uso farmaci oncologici ad alto costo rendicontati nel file F:** da gennaio 2010
3. **Interventi di carattere organizzativo dell'assistenza farmaceutica :** dal secondo semestre 2010
4. **Appropriatezza d'uso dei farmaci utilizzati in ambito ospedaliero:** dal secondo trimestre del 2010

RISPARMI / ECONOMIE

SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE

- **Minore spesa per effetto provvedimenti Piano rientro già emanati (DDGRC 1880; 1882; 1883 del 26.11.1008):** La DCRU (Distinta Contabile Riepilogativa Unica) di gennaio evidenzia una minor spesa di € 3.267.770 (€ 96.359.242 contro € 99.627.193) rispetto all'analogo periodo del 2009, con una stima di minor spesa annua di almeno 25 milioni di euro
- **Decreto del commissario ad acta sugli anti-ipertensivi n. 14 del 19.03.2010:** risparmio atteso, su base annua, € 49.702.593. Per il 2010, nove mesi: € 37,3 milioni.
- **riposizionamento di mercato a favore ace-inibitori:** € 22.600.964
- **incremento prescrizioni LOSARTAN:** € 27.101.629
- **Accordo con Federfarma per distribuzione di ossigeno liquido:** risparmio 3,5 milioni, se, però, l'aliquota IVA dovesse passare al 10%, il risparmio scenderà 1,5 milioni di euro
- **Accordo con Federfarma per estendere la DPC a tutte le eparine a basso peso molecolare** € 5.000.000

SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

Decreto del Commissario ad acta n. 15 del 30.11.2009

- **Utilizzo biosimilari:** si prevedono risparmi per circa 7 milioni di euro (in linea con le



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

previsioni effettuate dall'AIFA);

- Impiego in campo oncologico: i risparmi stanno crescendo rapidamente, passando da € 50.000 di gennaio, a € 115.000 di febbraio, ad una previsione di € 230.000 per marzo.
- Impiego in campo nefrologico: il biosimilare in uso è attualmente autorizzato per via endovenosa nell'anemia renale. Parte dei risparmi dipendono, tuttavia dall'estensione delle indicazioni del farmaco per via sottocutanea, prevista nei prossimi mesi. Infatti, già il Comitato Europeo per i Prodotti Medicinali per l'Impiego nell'Uomo (CHMP) ha espresso parere favorevole.

Razionalizzazione uso farmaci oncologici ad alto costo rendicontati nel file F

- centralizzazione della preparazione delle terapie. Risparmio atteso è di 4 milioni di euro.
- applicazione di un tetto di spesa per i consumi registrati nel file F. Risparmio atteso è di 5 milioni di euro.

Interventi di carattere organizzativo dell'assistenza farmaceutica: risparmio atteso 16 milioni di euro

Appropriatezza d'uso dei farmaci utilizzati in ambito ospedaliero: risparmio atteso 16 milioni di euro

Riepilogo obiettivi di risparmio 2010

- farmaceutica territoriale: € 25 milioni + € 37,3 milioni + € 3,5 milioni + € 5 milioni = 70,8 milioni di euro
- farmaceutica ospedaliera: 7 milioni + 4 milioni + 5 milioni + 16 milioni + 16 milioni = 48 milioni di euro



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

3. MANOVRE SUL PERSONALE"

Tra gli interventi individuati nella delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009, al punto n. 5, è stata prescritta la razionalizzazione e il 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;

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:

- misure di stabile riduzione della consistenza organica e conseguente riduzione dei fondi della retribuzione accessoria;
- 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);
- adeguamento dei protocolli d'intesa Università – Regione per le parti in contrasto con quanto disposto alle precedenti lettere a) e b);
- obbligo di non superare il costo del personale, comprensivo di contributi ed IRAP, dell'esercizio 2004, diminuito dell'1,4%, al netto dei rinnovi;

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 la riduzione



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

delle posizioni organizzative e di coordinamento.

Lo sviluppo delle ulteriori aree di intervento per il 2010 viene accompagnato in questa relazione, per una sua valutazione più complessiva, dalla dimensione economica dei risparmi attesi, come di seguito riportato.

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.

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.

Per il risparmio atteso, si può ritenere esteso in misura annuale quanto già preventivato con l'intervento sub a) per le annualità 2007, 2008 e 2009.

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.

A queste misure si aggiungono le disposizioni contenute nei decreti nn. 9 e 10 del 12.3.2010 di contenimento della spesa per gli specialisti ambulatoriali.

Gli interventi sopradescritti comportano un risparmio di 94 mln rispetto ala tendenziale 2010 attraverso la riduzione dello straordinario, della remunerazione accessoria e del lavoro atipico;



Giunta Regionale della Campania
Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)

comportano inoltre la riduzione dei servizi sanitari per autoconvenzionamento per 40 mln di €.



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

4. CENTRALIZZAZIONE ACQUISTI - ANNO 2010

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



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

Chimica clinica / immunometria PN	5	13.971.562,81	-2.026.583	-15%
Totale		2.505.840.623	-324.422.531	-13%

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
TOTALE	634.571.942,68	82.006.588,31	7.737.600,00



Giunta Regionale della Campania
Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)

Gare in corso

gara	Importo a base di gara	fase
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.

Gare in fase istruttoria

Come già accennato, dal punto di vista metodologico, 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



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

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 acquisiti	già
emocitometri, citofluorimetri, analizzatori per emoglobine (6 lotti)	capitolato pronto fabbisogni acquisire	da
coagulazione (4 lotti)	capitolato pronto fabbisogni acquisire	da
batteriologia (26 lotti)	capitolato pronto fabbisogni acquisire	da
immunometria (3 lotti)	capitolato pronto fabbisogni acquisire	da
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 fili da sutura, suturatrici meccaniche e reti chirurgiche.

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

TEMPISTICA DELL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

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.

Gare in corso

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
totale	181.094.193	15%	26.744.338

* **valore base d'asta**

Gare in fase istruttoria

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

RISPARMI / ECONOMIE

Risparmi conseguibili nel 2010

Occorre evidenziare che, una volta esperita la gara e sottoscritto da parte di Soresa il contratto, ovvero la convenzione quadro, i risparmi non si generano immediatamente, ma slittano nel tempo



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

sulla base di alcuni elementi variabili, 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.

Pertanto nel 2010 potranno essere realizzati risparmi sull'acquisizione di beni e servizi pari a circa **€ 82.000.000.**

Risparmi conseguibili nel 2011

Analogamente per il 2011 potranno essere conseguiti ulteriori risparmi stimati pari a circa **€ 53.000.000.**

Economie di processo

Come già precedentemente evidenziato, con la centralizzazione del processo di acquisto, Soresa realizza economie in termini di costi diretti evitati, pari, in media, a circa € 3.500.000 all'anno.

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.

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.

SCHEMA RIASSUNTIVO CENTRALIZZAZIONE ACQUISTI - ANNO 2010



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

Nell'ambito dei beni sanitari, allo stato attuale, le gare espletate da So.Re.Sa. coprono il 60% del valore complessivo del settore. Nella seguente tabella vengono riportati i valori di annuale sugli acquisti - considerando costanti quantità e mix prodotti - e la stima dei costi evitati "una tantum" per effetto della drastica riduzione del numero di procedure.

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



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

TOTALE	634.571.942,68	82.006.588,31	7.737.600,00
--------	----------------	----------------------	--------------

Risparmi conseguiti nel 2009

Nel 2009 i risparmi effettivamente conseguiti possono essere dedotti dal valore dell'ordinato dalle ASL/AO.

RISPARMI SU ORDINATO 2009

CODICE	DESCRIZIONE	Ordinato 2009	risparmio 2009	% vs storico
01	FARMACI	€ 309.774.789	€ 42.242.017	12%
02	VACCINI	€ 25.668.026	€ 4.889.148	16%
03	EMODERIVATI	€ 30.894.330	€ 2.686.464	8%
04	DIAGNOSTICI	€ 8.901	€ 1.823	17%
05	APP. RADIO DIAGNOSTICHE	€ 15.770.187	€ 6.758.651	30%
06	DISPOSITIVI DI ASSORBENZA	€ 6.341	€ 865	12%
07	DISPOSITIVI MEDICI-GUANTI	€ 949.625	€ 633.084	40%
08	DISPOSITIVI MEDICI-SIRINGHE	€ 300.885	€ 300.885	50%
09	DISPOSITIVI PRELIEVO EMATICO SOTTO-VUOTO	€ 383.811	€ 84.251	18%
10	DISPOSITIVI MEDICI-FARMACEUTICA INTEGRATIVA	€ 1.061.154	€ 144.703	12%
12	MEZZI DI CONTRASTO	€ 25.060	€ 5.133	17%
13	DISPOSITIVI MEDICI-MATERIALE DI MEDICAZIONE	€ 0	€ 0	
TOTALE		€ 384.843.110	€ 57.747.023	13%

Risparmi conseguibili nel 2010

Occorre evidenziare che, una volta esperita la gara e sottoscritto da parte di Soresa il contratto, ovvero la convenzione quadro, i risparmi non si generano immediatamente, ma slittano nel tempo sulla base di alcuni elementi variabili, 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.

Pertanto nel 2010 si stima potranno essere realizzati risparmi complessivi sull'acquisizione di beni e servizi pari a circa **€ 82.000.000**, cioè con un incremento di circa € 25.000.000 rispetto al 2009.

Economie di processo



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

Come già precedentemente evidenziato, con la centralizzazione del processo di acquisto, Soresa realizza economie in termini di costi diretti evitati, pari, in media, a circa € 3.500.000 all'anno

5. Adozione di Nuovi procedimenti contabili e amministrativi

Il Piano operativo di interventi di razionalizzazione volti all'adozione e all'implementazione dei nuovi 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 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

1. 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.

2. Incarico di affiancamento dell'advisor contabile; contenuto della delibera di incarico.

E' stata affidata 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



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

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 la implementazione dei 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 implementazione delle procedure contabili svolte nelle 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

3) 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

Il Consiglio dei Ministri ha deliberato nella riunione del 24 luglio 2009 di nominare per la Regione Campania il Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario, provvedendo, in via prioritaria, alla realizzazione di specifici interventi, tra cui, al punto 1), vi è la implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia a livello aziendale che regionale.



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

Il Commissario ad acta con decreto commissariale n. 14/2009 ha ufficializzato la predisposizione e l'emanazione di manualistica che ha formalizzato:

- Il Manuale dei principi contabili, che detta le regole che dovranno essere applicate dalle aziende per la rilevazione in contabilità dei principali fenomeni gestionali al fine di pervenire alla predisposizione di bilanci di esercizio omogenei.
- Le Linee guida per la predisposizione del Regolamento di Amministrazione e contabilità
- Il Piano dei Conti Unico Regionale
- I Principi di Contabilità Analitica
- Il Modello di Nota Integrativa
- Il Manuale dei principi di consolidamento e delle relative procedure.

Sempre nel corso dell'attuazione del Piano di Rientro, 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 amministrativo contabili, con conseguente certificazione della qualità dei dati contabili delle aziende e del consolidato regionale relativi all'anno 2008.

Inoltre si specifica che:

8. 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.

9. 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'esigenza della Regione Campania

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



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

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.

Obiettivi e risultati attesi dalla realizzazione del programma

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:

6) 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;

7) 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.

Le risorse: l'art.20 della l.n.67/1988

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);



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

- 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.



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

6. RAZIONALIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE E RIABILITATIVA.

Con il decreto Decreto commissariale n.16 del 2010 è stato avviato il processo di Riassetto della rete ospedaliera campana.

Basato sulla metodologia elaborata dall' Age.na.s per l'analisi della domanda di assistenza e per la riprogettazione dell'offerta, il provvedimento commissariale procede - in linea con la medesima metodologia AGENAS - al calcolo del fabbisogno di posti letto per acuti, di riabilitazione e lungodegenza, quale presupposto programmatico indispensabile per addivenire al riassetto del panorama assistenziale campano.

Il decreto n. 16 fissa lo standard di posti letto in 3,25 pl per mille abitanti di cui 0,7 per riabilitazione e lungodegenza ed enuncia in modo chiaro i seguenti principi cardine su cui deve svilupparsi il nuovo modello ospedaliero:

- a) superamento dell'attuale criticità data dalla presenza nella rete dell'emergenza campana della maggior parte dei presidi pubblici;
- b) ridefinizione del ruolo dei presidi ospedalieri pubblici e di quelli privati con l'obiettivo di riequilibrare le rispettive dotazioni eliminando la duplicazione di funzioni nei medesimi ambiti territoriali;
- c) qualificazione ulteriore del ruolo delle Aziende Ospedaliere, per rispondere positivamente alla necessità di potenziare l'alta specialità, anche al fine di indurre una riduzione dei fenomeni di migrazione sanitaria;
- d) riqualificazione in altra tipologia di offerta delle strutture ospedaliere pubbliche e private di piccola e media dimensione e con bassa performance organizzativa. Tali presidi potrebbero riqualificarsi in strutture caratterizzate dalla forte integrazione delle attività ospedaliere con quelle territoriali, quali attività di diagnostica specialistica, di piccola chirurgia, di attività degenziali di bassa e media complessità clinica e alta tutela personale (residenziali e semiresidenziali) per anziani, malati Alzheimer, disabili, pazienti psichiatrici, finalizzate sia a dare risposta alle necessità espresse dai singoli territori, sia a garantire i processi di continuità assistenziale. In particolare le prestazioni erogate da tali strutture dovranno essere improntate ai principi dell'integrazione sociosanitaria e inserite in un sistema di programmazione delle attività territoriali in cui il Distretto sanitario assuma il ruolo di nodo centrale della rete, capace di garantire il coordinamento e l'integrazione con le altre forme di assistenza, ivi incluse le cure primarie e domiciliari a diversa intensità, le prestazioni di ADI e le cure palliative a favore di malati terminali;
- e) definizione di un percorso di riconversione delle strutture di ricovero private, provvisoriamente accreditate, così dette "Neuropsichiatriche", che rappresentano una anomalia del sistema regionale, considerata la tipologia di ospiti e le attività erogate. Una possibilità può essere data dalla riconversione in strutture sanitarie in grado di assicurare sia attività di ricovero di tipo residenziale che di riabilitazione/lungodegenza ospedaliera;
- f) ripensamento sul modello di organizzazione dipartimentale, da sperimentare in presidi pubblici, tale che consenta l'attribuzione dei posti letto direttamente al dipartimento, quali posti indistinti, pur garantendo l'articolazione del dipartimento stesso in strutture complesse. L'intento è quello di ottimizzare l'utilizzazione dei posti letto e del personale, di garantire la riduzione delle liste di attesa, l'eliminazione di funzioni spesso duplicate, la razionalizzazione nell'impiego dei servizi diagnostici; in



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

altri termini, una migliore qualità dell'assistenza con contestuale contenimento dei costi;

g) revisione dell'assetto delle seguenti reti:

- 1 rete emergenza-urgenza;
- 2 rete cardiologica (modello Hub and Spoke);
3. rete neurotraumatologica (modello Hub and Spoke);
4. rete dei trapianti;
5. rete oncologica;
6. rete laboratori;
7. rete della salute mentale.

E' in via di approvazione il decreto che definisce le soglie di ammissibilità per i ricoveri resi in regime ordinario e di day hospital per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui alla nuova elencazione degli allegati B e C del Patto per la salute 2010 – 2012.

Con il “ decreto – soglie” - che recepirà in regione Campania l'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui al Patto della Salute 2010 – 2012 - verranno individuate le soglie di ammissibilità per i ricoveri ordinari e per i ricoveri in day hospital nelle percentuali relative a ciascun DRG , nonché la relativa casistica da trasferire al regime ambulatoriale.

Il provvedimento stabilirà che le prestazioni effettuate in regime di ricovero ordinario indicate in apposito elenco e riconosciute - a seguito dei controlli effettuati dagli organismi aziendali preposti - come inappropriate in tale regime assistenziale siano remunerate con la tariffa prevista per il day hospital corrispondente limitata ad un solo accesso.

Analogamente, stabilirà che le prestazioni effettuate in regime di day hospital e individuate come inappropriate in tale regime assistenziale - a seguito dei controlli effettuati dagli organismi aziendali preposti - siano remunerate applicando alle prestazioni effettivamente eseguite la tariffa prevista dal nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Sulla scia del decreto commissariale n. 16 del 2010, integrando la metodologia AGENAS con elementi di contesto peculiari per la realtà campana - attraverso l'utilizzo del sistema APR DRG – è stato definito ed è in via di formalizzazione il provvedimento regionale complessivo di riassetto della rete ospedaliera.

Lo scenario risultante è nel senso della diminuzione dei ricoveri ordinari e dell'aumento dei day hospital e delle prestazioni ambulatoriali di tipo medico e chirurgico.

Ulteriore elemento distintivo è costituito dal rilievo che le strutture ospedaliere pubbliche di piccole dimensioni e con bassa performance organizzativa si riqualificano in altra tipologia di offerta extraospedaliera quale quella dell'erogazione di prestazioni di diagnostica specialistica anche con ambulatori attrezzati per la piccola chirurgia e da attività degenziali di bassa e media complessità clinica e alta tutela personale (residenziali e semiresidenziali) per anziani, malati Alzheimer, disabili, pazienti psichiatrici, finalizzate sia a dare risposta alle necessità espresse dai singoli territori, sia a garantire i processi di continuità assistenziale (ospedale di comunità).

In particolare è previsto che le prestazioni in regime residenziale siano improntate ai principi dell'integrazione sociosanitaria e inserite in un sistema di programmazione delle attività territoriali in



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

cui il Distretto sanitario assume il ruolo di nodo centrale della rete capace di garantire il coordinamento e l'integrazione con le altre forme di assistenza, ivi incluse le cure primarie e domiciliari a diversa intensità, le prestazioni di ADI e le cure palliative a favore di malati terminali. .

Altra cifra distintiva del provvedimento al varo della struttura commissariale è la necessità di riequilibrare la dotazione pubblica di posti letto di riabilitazione e/o lungodegenza alla luce del nuovo standard regionale. In determinati ambiti tale obiettivo si coniuga con quello di evitare la concentrazione e la duplicazione di posti letto per acuti pubblici e privati accreditati, nonché con la circostanza che, per talune strutture risulterebbe estremamente dispendioso o addirittura inattuabile, l'adeguamento ai requisiti di accreditamento istituzionale previsti per le strutture per acuti.



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

7. Documenti Programmatici Aziendali. (Atti aziendali) Rif. Punto n. 11 della Delibera del Consiglio dei Ministri del 24.7.2009.

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. previsti dal Piano di Rientro dal disavanzo di cui alla Delibera della Giunta Regionale n. 460 del 20 marzo 2007, adottata a seguito dell'Accordo sottoscritto – ai sensi dell'art. 1 comma 180 della legge n. 311 del 30 dicembre 2004 - tra il Presidente della Regione Campania ed i Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze.

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 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 27 Luglio 2009, 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 punto n. 11 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.

Al riguardo si rappresenta che, nelle more dell'adozione del Piano di Riassetto delle Rete Ospedaliera previsto dalla Delibera del Consiglio dei Ministri del 24.7.2009, le predette 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



Giunta Regionale della Campania

*Il commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Delibera Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009)*

successive ed ulteriori modifiche da apportare a seguito dell'approvazione del predetto provvedimento.

Siffatti documenti programmatici aziendali, 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

Si allega, la seguente documentazione:

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;