

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA

REGIONE CAMPANIA



Periodico Settimanale
Napoli 10 maggio 2012
Anno XLII numero 30

PARTE I



Atti della Regione



Regione Campania

Il Presidente

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

DECRETO n. 51 del 02.05.2012

OGGETTO: Decreti Commissariali n. 12/2011, 48/2011 e 22/2012: approvazione del protocollo d'intesa sottoscritto il 03 aprile 2012 dalla società **DETTO FACTOR S.P.A.** in liquidazione

PREMESSO che:

- con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta Regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: "Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale. E' fatta salva la possibilità per la regione di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale";
- con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Governo ha nominato il dr. Mario Morlacco ed il dr. Achille Coppola sub commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro; successivamente, con delibera del 23 marzo 2012, nel prendere atto delle dimissioni presentate dal dr. Coppola, il Consiglio dei Ministri ha confermato il dr. Morlacco in tutti i compiti di affiancamento del Commissario ad acta;
- con decreto commissariale n. 25 del 13 aprile 2010 è stato adottato il Programma operativo di cui al summenzionato art. 1, comma 88, della legge n. 191/2010, successivamente modificato ed aggiornato con decreti commissariali n. 41 del 14 luglio 2010 e n. 45 del 20 giugno 2011;
- l'art. 1, comma 51, della legge 13 dicembre 2010, n. 220 (legge di stabilità 2011), pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 297 del 21/12/2010, ha disposto che: "Al fine di assicurare il regolare svolgimento dei pagamenti dei debiti oggetto della ricognizione di cui all'articolo 11, comma 2, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, per le regioni già sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, sottoscritti ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge, non possono essere intraprese



Regione Campania
Il Presidente

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

o proseguite azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime, fino al 31 dicembre 2011. I pignoramenti e le prenotazioni a debito sulle rimesse finanziarie trasferite dalle regioni di cui al presente comma alle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime, effettuati prima della data di entrata in vigore del decreto legge n. 78 del 2010, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 122 del 2010, non producono effetti dalla suddetta data fino al 31 dicembre 2011 e non vincolano gli enti del servizio sanitario regionale e i tesorieri, i quali possono disporre, per le finalità istituzionali dei predetti enti, delle somme agli stessi trasferite durante il suddetto periodo”;

Considerato che

- nel quadro della più organica e complessiva programmazione dei flussi finanziari regionali, richiesta dai compiti del Presidente della Regione Campania - Commissario ad acta ai sensi dell'art. 14, del D.L. n. 78/2010, convertito in legge n. 122/2010, e, sulla base della ricognizione dei debiti sanitari al 31 dicembre 2009, con il Decreto Commissariale n.12/2011, sono state delineate le modalità ed i tempi di pagamento del debito sanitario;
- con lo stesso decreto n. 12/2011, al fine di ripristinare l'ordinato e regolare svolgimento dei pagamenti ai creditori delle Aziende Sanitarie, e di abbattere il contenzioso e i relativi oneri per il mancato pagamento nonché il volume di pignoramenti in essere, sono stati adottati un complesso coordinato di atti e migliorati alcuni meccanismi operativi già contenuti nelle linee guida della DGRC n. 541/2009, a cui si devono attenere i Direttori Generali ed i Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie nella sottoscrizione degli accordi e di tutte le altre azioni transattive;
- il sopra citato decreto commissariale n. 45 del 20 giugno 2011, recante “*Intesa Stato – Regioni 3.12.2009 “Patto per la Salute”. Prosecuzione del Piano di Rientro. Approvazione Programmi Operativi 2011 – 2012*” prevede al punto 7 “Interventi di Sistema” l'obiettivo 7.5 “Attuazione del decreto 12/2011” e l'azione 7.5.1 “Regolarizzazione dei pagamenti ai creditori”, da attuarsi con i criteri e le Linee Guida stabilite dal decreto commissariale n. 12/2011 e s.m.i.;
- con il Decreto Commissariale n. 48/2011 sono state meglio specificate alcune parti del Decreto n. 12/2011, ivi comprese le Linee Guida, in modo da fornire un'esatta e corretta applicazione di quanto stabilito, anche al fine di dare seguito alle osservazioni formulate in sede di confronto con i Ministeri affiancanti;
- con decreto 22/2012 sono state introdotte talune modifiche ed integrazioni al decreto 12/2011 prevedendo tra l'altro che, nell'ambito della programmazione di tutti i flussi finanziari attesi dal SSR, al fine di contenere gli oneri a carico delle Aziende Sanitarie connessi al contenzioso già insorto per mancato e/o ritardato pagamento e di scongiurare l'insorgere di nuovo ed ulteriore contenzioso di tale natura, nonché per consentire un più rapido ed efficace svincolo delle risorse pignorate presso i Tesorieri aziendali, gli accordi con le Associazioni dei creditori e/o con singoli creditori di maggiore rilievo, richiamati dal citato paragrafo 8 della Parte A delle Nuove Linee Guida in materia di accordi transattivi e di dilazione di pagamento, allegate al Decreto n. 12/2011, così come modificato dal Decreto n. 48/2011, possono anche prevedere:
 - il pagamento in contanti, in una o più soluzioni, di tutto o parte dei “Crediti Pregressi”, a seguito della stipula di apposito atto transattivo tra Azienda Sanitaria debitrice e creditore, nel quale quest'ultimo rinunci agli interessi di mora maturati o maturandi e a qualsiasi onere, spesa, rivalutazione monetaria,

*Regione Campania**Il Presidente*

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

risarcimento di danni, ivi comprese le spese legali e qualsiasi altro onere accessorio, e, laddove convenuto, ad una percentuale della sorte capitale oggetto di pagamento in contanti;

□ l'emissione di certificazioni, secondo quanto già previsto dal Decreto n. 12/2011, così come modificato dal Decreto n. 48/2011, relativamente alla parte dei "Crediti Pregressi" non oggetto di pagamento in contanti, con il riconoscimento di un indennizzo forfettario omnicomprendente, da commisurare alla sorte capitale convenuta, che sia a parziale ristoro degli interessi, delle spese legali e dei diritti e onorari liquidati in titolo, nel caso di crediti azionati, ed eventualmente dell'anzianità delle relative partite, nel caso di crediti non azionati, soltanto laddove sussistano le condizioni in relazione alla tipologia del creditore, alla natura del credito e alla relativa anzianità;

□ che, nel caso in cui il creditore abbia attivato una o più procedure esecutive, anche a mezzo di cessionari *pro solvendo* e mandatarî all'incasso con procura alle liti, parte del pagamento in contanti e l'emissione di certificazioni, di cui ai punti precedenti, vengano subordinati all'acquisizione, da parte della So.Re.Sa. S.p.A., di apposita comunicazione inviata a mezzo posta elettronica certificata dall'Azienda Sanitaria interessata, nella quale si dia atto della presentazione, da parte del creditore pignorante, di suoi cessionari *pro solvendo* e mandatarî all'incasso con procura alle liti, rispetto a tutti i vincoli già oggetto della comunicazione inviata dalla medesima Azienda all'esito dell'istruttoria compiuta sulla fondatezza delle pretese creditorie indicate dal creditore nella "richiesta di certificazione", dei provvedimenti di svincolo rilasciati dai giudici dell'esecuzione debitamente notificati al Tesoriere dell'Azienda Sanitaria e si attesti altresì l'avvenuto svincolo delle relative risorse operato dallo stesso Tesoriere;

□ che, per il rispetto della tempistica definita negli accordi già stipulati o da stipulare con le Associazioni dei creditori e/o con singoli creditori di maggiore rilievo, le Aziende Sanitarie provvedono, anche derogando al criterio cronologico della lavorazione delle partite iscritte nella piattaforma gestita dalla So.Re.Sa. S.p.A., a terminare in tempo utile le istruttorie di cui al paragrafo 4 della Parte A delle Nuove Linee Guida in materia di accordi transattivi e di dilazione di pagamento, allegate al Decreto n. 12/2011, così come modificato dal Decreto n. 48/2011;

- le Aziende Sanitarie hanno sottoscritto una Convenzione con il Commissario ad Acta e con la So.Re.Sa. S.p.A., finalizzata a definire le attività e le procedure attuative del Decreto n. 12/2011;

- le suddette Aziende hanno l'obbligo di recepire, con appositi atti deliberativi, i contenuti degli accordi quadro di categoria stipulati dal Commissario ad acta, o da un suo delegato, così come previsto dal paragrafo 8 della Parte A delle Linee Guida approvate con Decreto 12/2011 e ss.mm.ii.;

Dato atto che

- a seguito dei vari incontri avuti con la società **DETTO FACTOR S.P.A.** in liquidazione ed a conclusione della ricognizione dei crediti vantati verso le Aziende del SSR, è stato redatto un protocollo d'intesa con il quale, attraverso le dichiarazioni di intenti sottoscritti, sono stati definiti tutti i passaggi attuativi per la risoluzione del contenzioso economico e giudiziario con le aziende sanitarie ;

- il suddetto protocollo d'intesa, in conformità alle disposizioni contenute nel Decreto n.12/2011 e ss.mm.ii., contiene specifici adempimenti a carico della Azienda Sanitaria inerenti:

- a) ai termini di pagamento;
- b) ai termini di certificazione;



Regione Campania

Il Presidente

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

- c) ai termini di comunicazione al Commissario ad Acta dell'indisponibilità dei fondi liquidi per adempiere ai pagamenti;
 - d) alle operazioni di svincolo delle somme pignorate .
- come specificato nell'art. 3 del protocollo d'intesa in oggetto, tutti i termini di cui alle precedenti lettere a), b), c) e d) sono da intendersi quali termini essenziali e non prorogabili e, pertanto, *"... (ii) in caso di mancato o ritardato pagamento dell'importo di cui alla lettera a) e/o b) e/o c) del presente articolo, la Società può inviare, a mezzo posta certificata, un sollecito scritto alla azienda sanitaria interessata e a So.Re.Sa. S.p.A. dopo il quale trascorsi inutilmente (almeno) 30 giorni di calendario dalla data di ricezione del sollecito senza aver ricevuto il pagamento, la Società ha il diritto di risolvere il presente protocollo e ogni atto consequenziale, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 1456 cc. ..."*, con diretta responsabilità del Commissario Straordinario della Azienda Sanitaria debitrice in ordine ai maggiori oneri che conseguirebbero dall'inadempimento;
- laddove si verifichi l'ipotesi di cui al punto precedente, il Commissario ad acta, ove rilevi che l'inosservanza dei termini di certificazione di cui alla lettera b) non sia imputabile a giustificabili e comprovati motivi, potrà assumere i provvedimenti consequenziali nell'esercizio delle attribuzioni allo stesso demandate dall'ordinamento vigente;
- l'Azienda Sanitaria debitrice ha, dunque, l'obbligo di porre in essere tutte le attività necessarie al perfezionamento delle attività transattive e di adempiere esattamente a tutte le obbligazioni poste a suo carico dal protocollo allegato;
- la Struttura Commissariale provvederà ad un costante monitoraggio della corretta esecuzione, da parte delle Aziende Sanitarie, dell'esecuzione del suddetto protocollo ed in particolare sulla tempistica, le modalità e lo stato di avanzamento dell'istruttoria di cui al paragrafo 4 della Parte A delle Linee Guida approvate con Decreto 12/2011 e ss.mm.ii.,

Considerato, in particolare, che

- ai sensi dell'art. 3 del protocollo d'intesa in oggetto *"... (ii) in caso di mancato o ritardato pagamento dell'importo di cui alla lettera a) e/o b) e/o c) del presente articolo, la Società può inviare, a mezzo posta certificata, un sollecito scritto alla azienda sanitaria interessata e a So.Re.Sa. S.p.A. dopo il quale trascorsi inutilmente (almeno) 30 giorni di calendario dalla data di ricezione del sollecito senza aver ricevuto il pagamento, la Società ha il diritto di risolvere il presente protocollo e ogni atto consequenziale, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 1456 cc. ..."*, determinando la perdita del notevole risparmio per il Servizio Sanitario Regionale, di cui si dà atto nel protocollo medesimo;
- lo stesso protocollo d'intesa prevede all'art. 4, comma 4, che: *"Nell'ipotesi in cui le Aziende Sanitarie comunichino al Commissario ad acta l'impossibilità di effettuare, per indisponibilità dei fondi liquidi, i pagamenti entro i termini di cui alle lettere a) e b) dell'art. 3 di cui al presente protocollo d'intesa, il Commissario ad acta si riserva di trasferire alle Aziende Sanitarie debtrici appositi fondi aggiuntivi e finalizzati"*;
- risulta, quindi, opportuno e necessario:

A. dare il più ampio mandato disgiunto al dirigente del Settore "Programmazione" della AGC 19 ed al dirigente del Settore "Assistenza Sanitaria" della AGC 20, titolari dei capitoli di spesa del settore sanitario che presentano le maggiori disponibilità, affinché con proprio decreto forniscano alla azienda sanitaria debitrice appositi fondi (a cominciare da quelli recati dal decreto

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

commissariale n. 18 del 6 marzo 2012), aggiuntivi rispetto alle ordinarie rimesse mensili, finalizzati e vincolati all'assolvimento delle richiamate obbligazioni di pagamento nei termini essenziali stabiliti dal protocollo d'intesa in oggetto; a tal fine, i suddetti dirigenti sono autorizzati ad operare sui capitoli di spesa afferenti alla loro gestione, sia del bilancio di competenza, sia dei residui passivi, con particolare riguardo ai residui passivi già iscritti nel bilancio regionale di previsione per l'esercizio 2012, nonché ai residui passivi perenti (tra i quali si richiamano le residue disponibilità sugli impegni n. 1570/05; 7890/05; 1953/07; 7204/07; 7228/07; 7231/07; 7236/07; 6941/08; 6943/08), operando anche attraverso temporanee deroghe a precedenti finalizzazioni e/o ripartizioni dei fondi, in funzione della esigenza primaria di assicurare al settore sanitario i risparmi che conseguiranno dal puntuale adempimento del protocollo in oggetto;

B. incaricare il dirigente del Settore "Gestione delle Entrate e della Spesa di Bilancio" della AGC 08 di eseguire con la massima tempestività i decreti dirigenziali che saranno assunti ai sensi del punto precedente, utilizzando a tal fine la cassa già disponibile sul conto di Tesoreria intestato alla Sanità ai sensi dell'art. 21 del Dlgs 118/2011, ancorché non si sia ancora proceduto al prelievo della corrispondente provvista dal conto di Tesoreria della gestione non sanitaria;

C. precisare che il Commissario Straordinario della Azienda Sanitaria debitrice deve segnalare al Commissario ad acta, al Sub Commissario ad acta ed ai Coordinatori delle AGC 19 e 20, immediatamente dopo la notifica del presente atto, l'eventuale esigenza di fondi aggiuntivi

D. precisare che il Commissario Straordinario della Azienda Sanitaria debitrice, in caso di insufficienza dei fondi a sua disposizione ed in attesa dell'incasso dei fondi aggiuntivi come sopra richiesti, è, comunque, tenuto a riservare ed utilizzare ogni disponibilità di cassa, comprese quelle derivanti dalle rimesse mensili ordinarie per il finanziamento della spesa sanitaria corrente indistinta, al fine di rispettare le sopra richiamate scadenze di pagamento, in modo da assicurare il notevole risparmio per il Servizio Sanitario Regionale, di cui si dà atto nel protocollo medesimo;

E. successivamente, entro cinque giorni dalla effettuazione dei singoli pagamenti ai creditori, l'azienda sanitaria debitrice dovrà comunicare l'avvenuto pagamento sulla piattaforma informatica gestita dalla So.Re.Sa. S.p.A.;

Ritenuto

pertanto, di dover procedere alla approvazione del protocollo d'intesa sottoscritto in data 03 aprile 2012, tra la Regione Campania, in persona del Sub Commissario per la prosecuzione di rientro del settore sanitario, e la società **DETTO FACTOR S.P.A.** in liquidazione

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

DECRETA

1. Di **APPROVARE** il protocollo d'intesa sottoscritto, in data 03 aprile 2012, tra il Sub Commissario per la prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario e la società **DETTO FACTOR S.P.A.** in liquidazione, allegato al presente decreto, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.
2. Di **DARE** il più ampio mandato disgiunto al dirigente del Settore "Programmazione" della AGC 19 ed al dirigente del Settore "Assistenza Sanitaria" della AGC 20, titolari dei capitoli di spesa del settore sanitario che presentano le maggiori disponibilità, affinché con proprio decreto forniscano alle aziende

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

sanitarie debitorie appositi fondi (a cominciare da quelli recati dal decreto commissariale n. 18 del 6 marzo 2012), aggiuntivi rispetto alle ordinarie rimesse mensili, finalizzati e vincolati all'assolvimento delle richiamate obbligazioni di pagamento nei termini essenziali stabiliti dal protocollo d'intesa in oggetto; a tal fine, i suddetti dirigenti sono autorizzati ad operare sui capitoli di spesa afferenti alla loro gestione, sia del bilancio di competenza, sia dei residui passivi, con particolare riguardo ai residui passivi già iscritti nel bilancio regionale di previsione per l'esercizio 2012, nonché ai residui passivi perenti (tra i quali si richiamano le residue disponibilità sugli impegni n. 1570/05; 7890/05; 1953/07; 7204/07; 7228/07; 7231/07; 7236/07; 6941/08; 6943/08), operando anche attraverso temporanee deroghe a precedenti finalizzazioni e/o ripartizioni dei fondi, in funzione della esigenza primaria di assicurare al settore sanitario i risparmi che conseguiranno dal puntuale adempimento del protocollo in oggetto.

3. Di **INCARICARE** il dirigente del Settore "Gestione delle Entrate e della Spesa di Bilancio" della AGC 08 di eseguire con la massima tempestività i decreti dirigenziali che saranno assunti ai sensi del punto precedente, utilizzando a tal fine la cassa già disponibile sul conto di Tesoreria intestato alla Sanità ai sensi dell'art. 21 del Dlgs 118/2011, ancorché non si sia ancora proceduto al prelievo della corrispondente provvista dal conto di Tesoreria della gestione non sanitaria.

4. Di **PRECISARE** che il Commissario Straordinario della Azienda Sanitaria debitrice deve segnalare al Commissario ad acta, al Sub Commissario ad acta ed ai Coordinatori delle AGC 19 e 20, immediatamente dopo la notifica del presente atto, l'eventuale esigenza di fondi aggiuntivi.

5. Di **PRECISARE** che il Commissario Straordinario della Azienda Sanitaria debitrice, in caso di insufficienza dei fondi a loro disposizione ed in attesa dell'incasso dei fondi aggiuntivi come sopra richiesti, è, comunque, tenuto a riservare ed utilizzare ogni disponibilità di cassa, comprese quelle derivanti dalle rimesse mensili ordinarie per il finanziamento della spesa sanitaria corrente indistinta, al fine di rispettare le sopra richiamate scadenze di pagamento, in modo da assicurare il notevole risparmio per il Servizio Sanitario Regionale, di cui si dà atto nel protocollo medesimo.

6. Di **STABILIRE** che entro cinque giorni dalla effettuazione dei singoli pagamenti ai creditori, l'azienda sanitaria debitrice dovrà comunicare l'avvenuto pagamento sulla piattaforma informatica gestita dalla So.Re.Sa. S.p.A.

7. Di **NOTIFICARE** per gli adempimenti di competenza, il presente Decreto ai Commissari Straordinari ed ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie debtrici, al Legale Rappresentante pro – tempore della società **DETTO FACTOR S.P.A.** in liquidazione.

8. Di **TRASMETTERE** il presente provvedimento alle AA.GG. CC. : Gabinetto Presidente della Giunta Regionale, Bilancio, Ragioneria e Tributi, Piano Sanitario Regionale, Assistenza Sanitaria, al Settore "Programmazione" della AGC 19, al Settore "Gestione delle Entrate e della Spesa di Bilancio" della AGC 08, alla So.Re.Sa. S.p.A., per le rispettive competenze, ed al Settore "Stampa e Documentazione" per la immediata pubblicazione sul B.U.R.C.

Il Commissario ad Acta
Stefano **Caldoro**

Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Mario **Morlacco**



Regione Campania
Il Presidente

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

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

Il Coordinatore dell'A.G.C. 20
Dott. Mario **Vasco**

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

L'Estensore
Avv. Alberto **D'Alessandro**

PARTE I	Atti della Regione
Segretario	Commissario ad Acta
Piano Rientro Sanitario	
- 4 APR. 2012	
Prot. N.	2453/p

PROTOCOLLO D'INTESA

TRA

Il Sub Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario, giusta delega del Commissario *ad acta* del 16.3.2012

E

Detto Factor spa in liquidazione, con socio unico, con sede in Bologna alla Via Cairoli 8/F, P.IVA 00591320395, in persona del procuratore Dott. Fausto Alberto Edoardo Galmarini, giusta procura speciale rilasciata in data 3 aprile 2012 per atto Notaio Dott. Marcello Porfiri di Cesena (Rep. 143 - all. 1).

PREMESSO CHE

In conformità a quanto previsto dal Decreto 78/2010, in data 21 febbraio 2011, il Commissario ha emanato il decreto n. 12, come successivamente integrato e modificato dai decreti del Commissario n. 48 del 20 giugno 2011 e n. 22 del 07 marzo 2012, (congiuntamente, il "Decreto 12") recante la "Definizione del piano di pagamento dei debiti sanitari ai sensi dell'art. 11, comma 2, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito in legge 30 luglio 2010, n. 122", ai cui contenuti le parti rimandano integralmente.

I provvedimenti sopra richiamati sono sostanzialmente orientati a ripristinare l'ordinato e regolare svolgimento dei pagamenti ai creditori delle Aziende Sanitarie, ad abbattere il contenzioso e i relativi oneri per il mancato pagamento nonché il volume di pignoramenti in essere.

È stato pertanto adottato un complesso coordinato di azioni allo scopo di:

- (i) incassare nei tempi più brevi i fondi attesi dallo Stato;
- (ii) intensificare le azioni amministrative finalizzate ad assicurare regolarità e tempestività nei pagamenti, già disposte dalla Deliberazione n. 541 e dalla Deliberazione n. 1627, in modo da:
 - (A) Perseguire un'attiva politica di prevenzione degli insoluti;
 - (B) assicurare che, in generale, i competenti uffici aziendali provvedano alla immediata registrazione contabile delle fatture passive (istituendo, a tal fine, forme di gestione accentrata di ricezione delle fatture) ed alla verifica e liquidazione delle fatture passive nello stretto tempo tecnico necessario nelle diverse fattispecie e, comunque, in non più di due mesi dal ricevimento della fattura;
 - (C) assicurare il pagamento tempestivo delle fatture di piccolo importo e/o di piccoli fornitori, ONLUS, rimborsi di assistenza indiretta, in modo da evitare nella maniera più assoluta di

dover sostenere spese legali di recupero crediti che, su tali piccoli importi, finiscono per moltiplicare i costi;

- (iii) promuovere gli ordinari strumenti di smobilizzo dei crediti, senza maggiori oneri per la Regione, consentendo ai fornitori di beni e servizi, che effettuino cessioni *pro solvendo* a banche e intermediari finanziari riconosciuti dalla legislazione vigente, di ottenere condizioni economiche migliorative tramite l'accettazione della cessione da parte delle Aziende Sanitarie, senza che ciò costituisca in alcun modo riconoscimento del debito, a fronte della moratoria per almeno dodici mesi delle azioni legali aventi ad oggetto i crediti ceduti;
- (iv) certificare, limitatamente ai casi in cui non sia possibile procedere al pagamento per mancanza di fondi liquidi, i crediti vantati dai fornitori del SSR che siano certi, liquidi ed esigibili, al fine di consentire al creditore la cessione *pro soluto* a favore di banche o intermediari finanziari riconosciuti dalla legislazione vigente, nei limiti di quanto previsto dalla Circolare del Dipartimento del Tesoro del 31 gennaio 2007 e secondo le modalità indicate dal Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 19 maggio 2009; in particolare, ai fini del rispetto della disciplina di cui all'art. 1, comma 739, della legge n. 296 del 27 dicembre 2006, in merito alla definizione di indebitamento, il Decreto 12 ha precisato che tale certificazione dei crediti da parte delle Aziende Sanitarie non sarà assistita né dalla "emissione di una nuova delegazione di pagamento" da parte della Regione, né dalla "ristrutturazione dei flussi finanziari rivenienti dai piani di ammortamento", dal momento che le dilazioni di pagamento non eccedono i 12 mesi.

Il Decreto 12 e ss.mm.ii. contiene alcune linee guida (le **Linee Guida**), che rivedono, integrano e migliorano taluni meccanismi operativi già contenuti nelle linee guida della Deliberazione n. 541, cui dovranno attenersi i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie nella sottoscrizione di accordi transattivi e di dilazione di pagamento con i creditori delle Aziende Sanitarie da un lato, e i fornitori di beni e servizi del SSR e/o i loro cessionari, dall'altro, relativamente ai "crediti pregressi" di cui alla Parte A delle Linee Guida (i "**Crediti Pregressi**"). In ogni caso, non potranno essere oggetto di definizioni transattive gli importi relativi al superamento delle Capacità Operative Massime (C.O.M.) e dei limiti di spesa imposti dai provvedimenti regionali in materia.

La Società è un intermediario finanziario che, nell'esercizio della propria attività, si è resa nel tempo cessionaria *pro soluto* di numerosi crediti di impresa vantati dai singoli cedenti nei confronti delle Aziende Sanitarie del SSR.

Il Sub Commissario *ad acta* ha tenuto vari incontri e riunioni con la società per confrontare le rispettive posizioni e pervenire così alla definizione di una condivisa soluzione della vicenda.



L'esito del confronto con la società, avente ad oggetto l'adesione al percorso per la definizione delle pendenze pregresse, stabilito dal Decreto 12 e ss.mm.ii. si è perfezionato nella seduta odierna, nel corso della quale le parti hanno raggiunto le intese esecutive del presente protocollo.

Dalla ricognizione effettuata dalla società, è emerso che l'ammontare complessivo dei Crediti Pregressi vantati al 31.12.2010, al netto di interessi e spese legali, è pari ad euro 37.132.653,83 milioni salvo ulteriori verifiche al momento dell'inserimento dei crediti in piattaforma che tengano conto anche di eventuali somme incassate medio tempore, come da prospetto che si allega (all. 2), di cui:

- Euro 32.988.629,33 milioni relativi crediti azionati ;
- Euro 4.144.024,50 milioni relativi a crediti non azionati

Inoltre, la società precisa che i crediti assistiti da pignoramento ammontano complessivamente ad euro 3.309.305,30 salvo ulteriori importi che, a seguito di procedure esecutive attivate dalla stessa società, siano stati imputati dal Tesoriere a titolo di prenotazioni a debito.

Dagli esiti della medesima ricognizione è stato rilevato, infine, che sussistono le condizioni per concludere, a totale chiusura delle partite creditorie non in contestazione vantate dalla società fino al 31.12.2010, ai sensi del decreto 12/11 ss.mm.ii., una procedura transattiva, volta a soddisfare il credito nelle forme e termini di cui all'art.3.

PREMESSO ALTRESI' CHE

Le Aziende Sanitarie hanno sottoscritto una convenzione con il Commissario *ad acta* e con la So.re.sa. Spa, finalizzata a definire le attività e le procedure attuative del Decreto 12.

In attuazione di tale convenzione, le Aziende Sanitarie:

- si sono impegnate a recepire, con appositi atti deliberativi, i contenuti degli accordi quadro di categoria eventualmente stipulati dal Commissario *ad acta*, o da un suo delegato, così come previsto dal paragrafo 8 della Parte A delle Linee Guida approvate con Decreto 12/2011 e ss.mm.ii.;
- hanno affidato alla So.Re.Sa. S.p.A. lo svolgimento delle procedure operative di acquisizione e di elaborazione dei dati comunicati dai creditori delle Aziende Sanitarie tramite apposita procedura telematica, ai fini dell'adesione agli atti transattivi di cui al Decreto 12/2011 e ss.mm.ii..

Tutto quanto sopra premesso, le parti stipulano il protocollo di intesa regolato dai seguenti articoli:

ART. 1

Le premesse e gli allegati, in quanto condivisi dalle parti, formano parte integrante e sostanziale del presente protocollo d'intesa.

ART. 2

La società dichiara espressamente che le proprie pretese creditorie relative ai crediti maturati al 31.12.2010 nei confronti delle Aziende Sanitarie del SSR, al netto di interessi e spese legali, sono pari ad Euro 37.132.653,83 milioni, salvo ulteriori verifiche al momento dell'inserimento dei crediti in piattaforma che tengano conto anche di eventuali somme incassate medio tempore, come da prospetto che si allega (all. 2), di cui:

- Euro 32.988.629,33 milioni relativi crediti azionati ;
- Euro 4.144.024,50 milioni relativi a crediti non azionati

Inoltre, la società precisa che i crediti assistiti da pignoramento ammontano complessivamente ad euro 3.309.305,30 salvo ulteriori importi che, a seguito di procedure esecutive attivate dalla stessa società, siano stati imputati dal Tesoriere a titolo di prenotazioni a debito.

Le pretese creditorie, così come vantate dalla società, sono soggette alla procedura di accertamento di cui al decreto 12/2011 e ss.mm.ii da parte delle Aziende Sanitarie, al fine di legittimarne la liquidazione in quanto certe, liquide ed esigibili.

ART. 3

Il soddisfacimento da parte delle Aziende Sanitarie delle partite creditorie di cui all'articolo precedente quali risultanti dalla procedura di liquidazione di cui all'articolo precedente avverrà nei seguenti termini e forme:

- a) il 30% dell'importo netto iscritto nella piattaforma gestita dalla So.Re.Sa. S.p.A. verrà corrisposto, a titolo di acconto, entro 30 giorni dalla stipula del presente protocollo, ovvero dall'iscrizione in piattaforma se successiva alla stipula dello stesso. Qualora le Aziende Sanitarie ravvisino l'infondatezza delle pretese creditorie, tale da non consentire il pagamento dell'acconto, ne daranno tempestiva e motivata comunicazione al Commissario ad Acta, e l'accordo si intenderà risolto;

Entro 30 giorni dal pagamento dell'acconto, le parti si impegnano ad attivare – anche alla presenza



della singole aziende sanitarie coinvolte - un tavolo di confronto istituzionale per verificare lo stato dell'istruttoria di cui al paragrafo 4 della Parte A delle Linee Guida approvate con Decreto 12/2011 e ss.mm.ii.

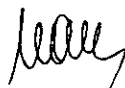
- b) una volta terminata l'istruttoria di cui al paragrafo 4 della Parte A delle Linee Guida approvate con Decreto 12/2011 e ss.mm.ii., e comunque non oltre 60 giorni dalla scadenza del termine di cui alla lettera a), le Aziende Sanitarie, constatato l'effettivo svincolo delle somme eventualmente pignorate da parte della società, effettuerà entro i successivi 15 giorni un ulteriore pagamento per un importo tale che, sommato all'acconto già erogato in precedenza, risulti pari al 60% delle partite complessivamente oggetto di liquidazione.
- c) entro i successivi 30 giorni dalla scadenza del termine di cui alla lettera b) e previa consegna dei titoli oggetto di rinuncia per la parte dei crediti liquidati - con la precisazione che per i titoli contenenti anche crediti azionati non liquidati, la società non consegnerà il titolo ma provvederà a rinunciare a tali crediti, riservandosi espressamente il diritto di azionare, nel rispetto della moratoria di cui al successivo articolo 6, il suddetto titolo per la parte di credito non liquidata - le Aziende Sanitarie effettueranno il pagamento del saldo delle partite complessivamente oggetto di liquidazione; per i crediti non azionati detto pagamento avverrà al netto di uno sconto sul capitale pari al 2%.

Resta inteso che, in linea peraltro con quanto previsto dal Decreto 22/2012, (i) i termini per i pagamenti degli importi concordati, fermo restando quanto previsto al successivo punto (ii), sono da intendersi quali termini essenziali e non prorogabili e che (ii) in caso di mancato o ritardato pagamento dell'importo di cui alla lettera a) e/o b) e/o c) del presente articolo, la Società può inviare, a mezzo posta certificata, un sollecito scritto alla azienda sanitaria interessata e a So.Re.Sa.S.p.a., dopo il quale trascorsi inutilmente (almeno) 30 giorni di calendario dalla data di ricezione del sollecito senza aver ricevuto il pagamento, la Società ha il diritto di risolvere il presente protocollo e ogni atto consequenziale, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 1456 c.c. L'eventuale risoluzione non pregiudicherà la validità o efficacia del credito liquidato.

Nell'ipotesi di risoluzione di diritto, le somme eventualmente incassate dalla Società saranno imputate a deconto del maggiore credito secondo i criteri di cui all'art. 1193 e ss. c.c.

ART. 4

Le Aziende Sanitarie saranno impegnate dal Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro a porre in essere tutte le attività necessarie al perfezionamento delle attività transattive.



Il Commissario ad acta, a tal fine richiamerà in via istituzionale i Commissari Straordinari e/o i Direttori Generali, affinché vengano rispettate le obbligazioni poste a carico delle aziende dal presente accordo, censurando espressamente tutti i comportamenti attivi e/o omissivi ostativi all'attuazione del presente protocollo.

In particolare, il Commissario ad acta, laddove venga accertata che l'inosservanza dei termini di certificazione non sia imputabile a giustificabili e comprovati motivi, potrà assumere i provvedimenti consequenziali nell'esercizio delle attribuzioni allo stesso demandate dall'ordinamento

Nell'ipotesi in cui le Aziende Sanitarie comunichino al Commissario ad acta l'impossibilità di effettuare, per indisponibilità dei fondi liquidi, i pagamenti entro i termini di cui all'art.3 di cui al presente protocollo d'intesa, il Commissario ad acta si riserva di trasferire alle Aziende Sanitarie debentrici appositi fondi aggiuntivi e vincolati nella finalizzazione ai pagamenti di cui al presente protocollo.

ART. 5

Resta espressamente inteso che, per le procedure esecutive che hanno dato luogo a pignoramenti, la società, a seguito dell'incasso del pagamento di cui alla lettera a) dell'art. 3, dovrà presentare il provvedimento di svincolo rilasciato dal giudice dell'esecuzione debitamente notificato al Tesoriere dell'Azienda Sanitaria.

Resta, inoltre, espressamente stabilito che la mancata conclusione della procedura di svincolo imputabile alla società, fa decadere la stessa dal diritto a conseguire il pagamento di cui alle lettere b) e c) dell'art. 3.

Al fine di accelerare le procedure di svincolo delle somme vincolate, il Commissario ad acta provvederà a promuovere apposite azioni di collaborazione con i Direttori Generali e i Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie, i Tesorieri Aziendali ed i Tribunali competenti per l'esecuzione.

ART. 6

La società si obbliga a rinunciare agli interessi di mora maturati o maturandi e a qualsiasi onere, spesa, rivalutazione monetaria, risarcimento di danni, ivi comprese le spese legali e qualsiasi altro onere accessorio.

Inoltre, la società si obbliga a non dare impulso ad eventuali nuove azioni legali e a non proseguire quelle già intraprese e a non attivare, con riguardo a tutti i crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie del SSR, per un periodo di dodici mesi a decorrere dal presente protocollo d'intesa, nuove

procedure esecutive e a rinunciare a tutte le procedure esecutive eventualmente già intraprese con conseguente effettivo svincolo delle somme presso il Tesoriere e con rinuncia alla solidarietà professionale da parte degli avvocati.

ART. 7

Il presente protocollo regola in via definitiva le modalità per la totale definizione delle partite creditorie vantate dalla società nei confronti delle Aziende Sanitarie della Regione Campania, che siano certe, liquide ed esigibili, fino al 31.12.2010 e prevale su qualsivoglia intesa avente ad oggetto le medesime partite creditorie.

La società si impegna, altresì, a non sottoscrivere alcun ulteriore atto transattivo avente ad oggetto le partite creditorie oggetto del presente protocollo, pena la restituzione delle somme incassate di cui all'art.3.

Resta espressamente convenuto fra le parti che le partite creditorie in contestazione, escluse dal presente protocollo e oggetto di contenzioso pendente per diversi titoli o ragioni, verranno definite all'esito dei giudizi in corso e/o potranno essere oggetto di successivi finalizzati accordi transattivi, ferme restando le disposizioni di cui ai paragrafi 10 e 11 della parte a) delle linee guida allegate al decreto 22/12, ai sensi dei quali, tra l'altro, i creditori si impegnano anche sulle suddette posizioni a rinunciare agli atti dei processi esecutivi già intrapresi e a non attivare alcuna ulteriore azione esecutiva per un periodo di 12 mesi, acconsentendo espressamente allo svincolo delle somme vincolate presso i Tesorieri; in assenza di tale impegno non potrà essere definito alcun accordo transattivo, né potrà essere effettuato alcun pagamento.

Resta altresì inteso che il presente protocollo non avrà alcuna efficacia novativa, con la conseguenza che nell'ipotesi di risoluzione dello stesso, la società potrà agire per il recupero integrale dei crediti.

ART. 8

Il presente protocollo può essere utilizzato esclusivamente nell'operazione di cui al Decreto 12 e successive modifiche e/o integrazioni. Esso, pertanto, non costituisce impegno di alcun genere da parte del Commissario ad acta o delle Aziende, da far valere in qualsiasi altra sede e resta strettamente legato ai termini di perfezionamento dell'operazione previsti dalla vigente normativa.

Resta, peraltro, espressamente inteso che il presente protocollo va applicato nella sua globalità.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

ART. 9

Le parti danno atto, che, con la stipula del presente protocollo d'intesa, e con le rinunce di cui all'art.6, si determina un risparmio per il SSR pari a circa Euro 4.160.000,00 a titolo di interessi, oltre lo sconto del 2% sul credito non azionato, spese legali, diritti ed onorari già riconosciuti dalle Autorità Giudiziarie.

ART. 10

Il presente protocollo di intesa viene redatto in doppio originale, uno dei quali viene consegnato alla società che ne accusa ricezione con la sua sottoscrizione e sarà sottoposto a recepimento da parte del Commissario ad Acta.

Napoli, lì 3 aprile 2012

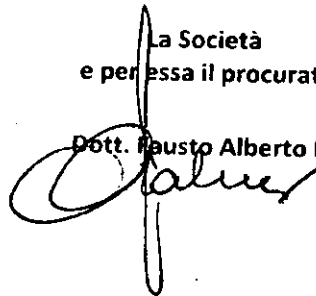
Il Sub Commissario *ad acta*

Dott. Mario Morlacco



La Società
e per essa il procuratore speciale

Dott. Fausto Alberto Edoardo Galmarini



= PROCURA SPECIALE =

Il sottoscritto:

- dott. Carlo BATTISTINI, nato a Forlì il giorno 17 Marzo 1960, domiciliato per la carica presso la sede della società, il quale dichiara di intervenire al presente atto non in proprio ma esclusivamente in rappresentanza della Società:

"DETTO FACTOR S.P.A., in liquidazione" con socio unico, codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Bologna 00591320395, con sede legale in Bologna, Via Cairoli n.8/F, con capitale sociale di euro 13.000.000,00, interamente versato, numero REA BO-451844, nella sua veste e qualifica di Liquidatore della suddetta società, munito dei necessari poteri a norma di statuto;

PREMESSO

- che la società "DETTO FACTOR S.P.A. in liquidazione", nell'ambito della propria attività di impresa, si è resa cessionaria di diversi crediti vantati da singoli fornitori e/o strutture private per prestazioni e/o servizi resi da questi ultimi in favore di aziende sanitarie e/o strutture sanitarie ubicate nella Regione Campania;
- che la società "DETTO FACTOR S.P.A. in liquidazione" dichiara che, alla data odierna, il valore nominale ancora da recuperare di tali crediti ammonta ad Euro 37.132.653,83, di cui Euro 3.453.266,98 non azionati ed Euro 4.144.024,50 attivati mediante procedure esecutive presso terzi (di seguito i "Crediti Progressi");
- che la società "DETTO FACTOR S.P.A. in liquidazione", ha conferito incarico alla società "BETA SKYE S.P.A." di gestire, nella qualità di servicer, anche il recupero dei Crediti Progressi, ivi compresa l'individuazione di eventuali accordi transattivi con i singoli debitori ceduti;
- che, in conformità a quanto previsto dal Decreto Legge 31 maggio 2010 n. 78, convertito nella legge 30 luglio 2010 n. 122, in data 21 febbraio 2011, il Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di Rientro nel settore sanitario della Regione Campania, ha emanato il decreto n. 12 del 21 febbraio 2011 pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 14 del 28 febbraio 2011, come successivamente integrato e modificato dai decreti del Commissario ad acta n. 48 del 20 giugno 2011 pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 49 del 1 agosto 2011 e n. 22 del 07 marzo 2012 pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 17 del 19 marzo 2012 (di seguito congiuntamente, il "Decreto 12") recante la "Definizione del piano di pagamento dei debiti sanitari ai sensi dell'art. 11, comma 2, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito in legge 30 luglio 2010, n. 122", il cui contenuto è ben noto alla società "DETTO FACTOR S.P.A. in liquidazione";
- che in allegato al decreto del Commissario ad acta n. 22 del 07 marzo 2012 è stato pubblicato, tra l'altro, (i) il testo



coordinato delle "Nuove Linee Guida in materia di accordi transattivi e di dilazione di pagamento" allegate al decreto n. 12/2011 e ss.mm. (di seguito le "Nuove Linee Guida") e (ii) il nuovo modello di richiesta di certificazione (di seguito la "Richiesta di Certificazione"), a cui le parti si riportano integralmente;

- che la società "DETTO FACTOR S.P.A. in liquidazione" dichiara di aver preso visione di tutte le disposizioni contenute nel Decreto 12 e di tutti i documenti allegati al Decreto 12, ivi comprese, a mero titolo esemplificativo, le Nuove Linee Guida e la Richiesta di Certificazione;

- che nell'ambito dell'incarico di servicer, la società "BETA SKYE S.P.A." ha individuato con i Sub Commissari ad acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario della Regione Campania (di seguito "Sub Commissari ad acta"), la possibilità di sottoscrivere un protocollo di intesa per definire i Crediti Pregressi vantati dalla società "DETTO FACTOR S.P.A. in liquidazione" nei confronti di tutte le aziende sanitarie e/o strutture sanitarie ubicate nella Regione Campania;

- che i Sub Commissari ad acta, per il tramite della società "BETA SKYE S.P.A.", hanno proposto alla società "DETTO FACTOR S.P.A. in liquidazione", di sottoscrivere un protocollo di intesa che, in conformità a quanto previsto dal Decreto 12 e dalle Nuove Linee Guida e previa rinuncia della società "DETTO FACTOR S.P.A. in liquidazione" al pagamento degli interessi di mora maturati e maturandi sui Crediti Pregressi e a qualsiasi onere, spese, rivalutazione monetaria, risarcimento danni, ivi comprese le spese legali e qualsiasi altro onere accessorio, preveda - inter alia -:

(i) il pagamento, in favore della società "DETTO FACTOR S.P.A. in liquidazione", dell'importo oggetto di liquidazione secondo le procedure di cui al Decreto 12, nei termini ed alle condizioni che di seguito si sintetizzano: (a) versamento del 30% dell'importo netto iscritto nella piattaforma gestita dalla So.Re.Sa. S.p.A. a titolo di acconto, entro 30 giorni dalla stipula del protocollo di intesa, ovvero dall'iscrizione in piattaforma se successiva alla stipula dello stesso. Qualora le Aziende Sanitarie ravvisino l'infondatezza delle pretese creditorie, tale da non consentire il pagamento dell'acconto, ne daranno tempestiva e motivata comunicazione al Commissario ad Acta, e l'accordo si intenderà risolto; (b) una volta terminata l'istruttoria di cui al paragrafo 4 della Parte A delle Linee Guida approvate con il Decreto 12 e, comunque, non oltre 60 giorni dalla scadenza del termine di cui alla lettera a), le Aziende Sanitarie, constatato l'effettivo svincolo delle somme pignorate da parte della società, effettueranno entro i successivi 15 giorni un ulteriore pagamento per un importo tale che, sommato all'acconto già erogato in precedenza, risulti pari al 60% delle partite complessivamente oggetto di liquida-

zione; (c) entro i successivi 30 giorni dalla scadenza del termine di cui alla lettera b) e previa consegna da parte della società dei titoli oggetto di rinuncia per la parte dei crediti liquidati - con la precisazione che per i titoli contenenti anche crediti azionati non liquidati, la società non consegnerà il titolo ma provvederà a rinunciare a tali crediti, riservandosi espressamente il diritto di azionare, nel rispetto della moratoria dei 120 giorni di cui al Decreto 12, il suddetto titolo per la parte di credito non liquidata - le Aziende Sanitarie effettueranno il pagamento del saldo delle partite complessivamente oggetto di liquidazione; (d) per i crediti non azionati il pagamento avverrà al netto di uno sconto sul capitale pari al 2%;

(ii) l'obbligo per la società "DETTO FACTOR S.P.A. in liquidazione" di non attivare, per un periodo di dodici mesi decorrenti dalla sottoscrizione del protocollo di intesa, nuove procedure esecutive per la parte di credito non liquidato e a rinunciare alle procedure esecutive intraprese, con svincolo delle somme pignorate.

- che la società "DETTO FACTOR S.P.A. in liquidazione" intende conferire apposito mandato - e conseguente procura speciale - alla società società "BETA SKYE S.P.A." per sottoscrivere il protocollo di intesa e ogni altro successivo necessario per perfezionare l'operazione transattiva.

Tutto ciò premesso, il dott. Carlo Battistini, nella sua qualità,

nomina e costituisce

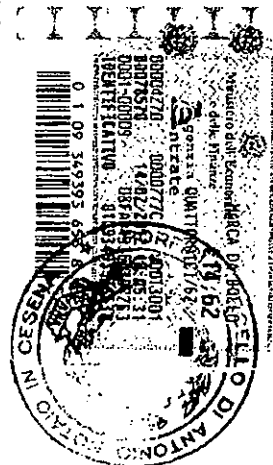
in procuratore e mandatario speciale della suddetta società, il Signor:

- dott. Fausto Alberto Edoardo Galmarini, nato a Gallarate (Va), il 25 febbraio 1950, codice fiscale GLM FTL 50B25 D869V, domiciliato per la carica in Milano, alla Via Brera n. 3, legale rappresentante della società "BETA SKYE S.P.A."

PERCHE'

nel nome e nell'interesse della società "DETTO FACTOR S.P.A. in liquidazione", proceda alla stipula con i Sub Commissari ad acta del protocollo di intesa relativo ai Crediti Pregressi e di ogni eventuale atto, contratto e/o documento necessario, che, in conformità a quanto previsto dal Decreto 12 e dalle Nuove Linee Guida e previa rinuncia della società "DETTO FACTOR S.P.A. in liquidazione" al pagamento degli interessi di mora maturati e maturandi sui Crediti Pregressi e a qualsiasi onere, spese, rivalutazione monetaria, risarcimento danni, ivi comprese le spese legali e qualsiasi altro onere accessorio, preveda - *inter alia*:

(i) il pagamento in favore della società "DETTO FACTOR S.P.A. in liquidazione" dell'importo oggetto di liquidazione secondo le procedure di cui al Decreto 12, nei termini ed alle condizioni che di seguito si sintetizzano: (a) versamento del 30% dell'importo netto iscritto nella piattaforma gestita dalla



Handwritten signature or mark.

So.Re.Sa. S.p.A. a titolo di acconto, entro 30 giorni dalla stipula del protocollo di intesa, ovvero dall'iscrizione in piattaforma se successiva alla stipula dello stesso. Qualora le Aziende Sanitarie ravvisino l'infondatezza delle pretese creditorie, tale da non consentire il pagamento dell'acconto, ne daranno tempestiva e motivata comunicazione al Commissario ad Acta, e l'accordo si intenderà risolto; (b) una volta terminata l'istruttoria di cui al paragrafo 4 della Parte A delle Linee Guida approvate con il Decreto 12 e, comunque, non oltre 60 giorni dalla scadenza del termine di cui alla lettera a), le Aziende Sanitarie, constatato l'effettivo svincolo delle somme pignorate da parte della società, effettueranno entro i successivi 15 giorni un ulteriore pagamento per un importo tale che, sommato all'acconto già erogato in precedenza, risulti pari al 60% delle partite complessivamente oggetto di liquidazione; (c) entro i successivi 30 giorni dalla scadenza del termine di cui alla lettera b) e previa consegna da parte della società dei titoli oggetto di rinuncia per la parte dei crediti liquidati - con la precisazione che per i titoli contenenti anche crediti azionati non liquidati, la società non consegnerà il titolo ma provvederà a rinunciare a tali crediti, riservandosi espressamente il diritto di azionare, nel rispetto della moratoria dei 120 giorni di cui al Decreto 12, il suddetto titolo per la parte di credito non liquidata - le Aziende Sanitarie effettueranno il pagamento del saldo delle partite complessivamente oggetto di liquidazione; (d) per i crediti non azionati il pagamento avverrà al netto di uno sconto sul capitale pari al 2%;

(ii) l'obbligo per la società "DETTO FACTOR S.P.A. in liquidazione" di non attivare, per un periodo di dodici mesi decorrenti dalla sottoscrizione del protocollo di intesa, nuove procedure esecutive anche per la parte di credito non liquidato e a rinunciare alle procedure esecutive intraprese, con svincolo delle somme pignorate.

Il nominato procuratore viene pertanto autorizzato a sottoscrivere il suddetto protocollo di intesa e fare quant'altro opportuno e/o necessario nell'interesse della società rappresentata, senza che possa essere lui opposta carenza di poteri, avendo la società rappresentata inteso concedere al procuratore ogni facoltà connessa all'atto in parola e validando sin da ora il suo operato.

La presente procura si esaurirà in un unico contesto.

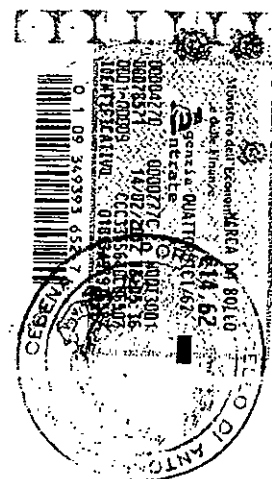
Carlo Beltrami

= AUTENTICA DI FIRMA =
= REPUBBLICA ITALIANA =

Repertorio n.143

Certifico io sottoscritto Dr. MARCELLO PORFIRI, Notaio in Cesena, iscritto nel Collegio Notarile dei Distretti Riuniti di Forlì e Rimini che il:

- dott. Carlo BATTISTINI, nato a Forlì il giorno 17 Marzo 1960, domiciliato per la carica presso la sede della società, nella sua veste e qualifica di liquidatore della società: "DETTO FACTOR S.P.A., in liquidazione" con socio unico, codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Bologna 00591320395, con sede legale in Bologna, Via Cairoli n.8/F, con capitale sociale di euro 13.000.000,00, interamente versato, numero REA BO-451844, munito dei necessari poteri a norma di statuto, della cui identità personale, qualifica e poteri io Notaio sono certo, ha apposto la propria firma in calce all'atto che precede alla mia vista e presenza. CESENA, 3 (tre) Aprile (duemiladodici), nel mio studio in Via Albertini n.12.



Associazione:

Anno della scadenza originaria	Non azionati*	Azionati* Con titoli passati in giudicato entro il 30.6.2010	Azionati* Con titoli passati in giudicato dopo il 30.6.2010	Azionati* Opposti	Azionati* Non passati in giudicato	Totale
2011						€ -
2010	751879,25		€ 1.826.411,53	€ 1.325.756,97	€ 201.844,05	€ 4.105.891,80
2009	€ 3.379.432,07	€ 5.170.478,54	€ 10.218.454,68	€ 5.752.841,59	€ 1.369.668,03	€ 25.890.874,91
2008	€ 12.713,18	€ 3.865.937,09	€ 222.059,45	€ 2.374.320,96	€ 8.489,49	€ 6.483.520,17
2007		€ 240.098,66	€ 76.766,00	€ 171.492,89		€ 488.357,55
Antecedenti 2007		€ 30.521,82		€ 133.487,58		€ 164.009,40
Totale	€ 4.144.024,50	€ 9.307.036,11	€ 12.343.691,66	€ 9.757.899,99	€ 1.580.001,57	€ 37.132.653,83

Numero creditori
Pignoramenti

Detto Factor Spa in liquidazione	
€ 3.309.305,30	

* Valori espressi in milioni di euro





Regione Campania
Il Presidente

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

DECRETO n. 52 del 02.05.2012

OGGETTO: Decreti Commissariali n. 12/2011, 48/2011 e 22/2012 : approvazione del protocollo d'intesa sottoscritto il 05 aprile 2012, assunto in pari data al prot. 2494/C, dalla società **FARMAFACTORING S.p.A.**

PREMESSO che:

- con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta Regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: "Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale. E' fatta salva la possibilità per la regione di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale";
- con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Governo ha nominato il dr. Mario Morlacco ed il dr. Achille Coppola sub commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro; successivamente, con delibera del 23 marzo 2012, nel prendere atto delle dimissioni presentate dal dr. Coppola, il Consiglio dei Ministri ha confermato il dr. Morlacco in tutti i compiti di affiancamento del Commissario ad acta;
- con decreto commissariale n. 25 del 13 aprile 2010 è stato adottato il Programma operativo di cui al summenzionato art. 1, comma 88, della legge n. 191/2010, successivamente modificato ed aggiornato con decreti commissariali n. 41 del 14 luglio 2010 e n. 45 del 20 giugno 2011;
- l'art. 1, comma 51, della legge 13 dicembre 2010, n. 220 (legge di stabilità 2011), pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 297 del 21/12/2010, ha disposto che: "Al fine di assicurare il regolare svolgimento dei pagamenti dei debiti oggetto della ricognizione di cui all'articolo 11, comma 2, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, per le regioni già sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, sottoscritti ai

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

sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge, non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime, fino al 31 dicembre 2011. I pignoramenti e le prenotazioni a debito sulle rimesse finanziarie trasferite dalle regioni di cui al presente comma alle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime, effettuati prima della data di entrata in vigore del decreto legge n. 78 del 2010, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 122 del 2010, non producono effetti dalla suddetta data fino al 31 dicembre 2011 e non vincolano gli enti del servizio sanitario regionale e i tesorieri, i quali possono disporre, per le finalità istituzionali dei predetti enti, delle somme agli stessi trasferite durante il suddetto periodo”;

Considerato che

- nel quadro della più organica e complessiva programmazione dei flussi finanziari regionali, richiesta dai compiti del Presidente della Regione Campania - Commissario ad acta ai sensi dell'art. 14, del D.L. n. 78/2010, convertito in legge n. 122/2010, e, sulla base della ricognizione dei debiti sanitari al 31 dicembre 2009, con il Decreto Commissariale n.12/2011, sono state delineate le modalità ed i tempi di pagamento del debito sanitario;
- con lo stesso decreto n. 12/2011, al fine di ripristinare l'ordinato e regolare svolgimento dei pagamenti ai creditori delle Aziende Sanitarie, e di abbattere il contenzioso e i relativi oneri per il mancato pagamento nonché il volume di pignoramenti in essere, sono stati adottati un complesso coordinato di atti e migliorati alcuni meccanismi operativi già contenuti nelle linee guida della DGRC n. 541/2009, a cui si devono attenere i Direttori Generali ed i Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie nella sottoscrizione degli accordi e di tutte le altre azioni transattive;
- il sopra citato decreto commissariale n. 45 del 20 giugno 2011, recante “*Intesa Stato – Regioni 3.12.2009 “Patto per la Salute”. Prosecuzione del Piano di Rientro. Approvazione Programmi Operativi 2011 – 2012*” prevede al punto 7 “Interventi di Sistema” l'obiettivo 7.5 “Attuazione del decreto 12/2011” e l'azione 7.5.1 “Regolarizzazione dei pagamenti ai creditori”, da attuarsi con i criteri e le Linee Guida stabilite dal decreto commissariale n. 12/2011 e s.m.i.;
- con il Decreto Commissariale n. 48/2011 sono state meglio specificate alcune parti del Decreto n. 12/2011, ivi comprese le Linee Guida, in modo da fornire un'esatta e corretta applicazione di quanto stabilito, anche al fine di dare seguito alle osservazioni formulate in sede di confronto con i Ministeri affiancanti;
- con decreto 22/2012 sono state introdotte talune modifiche ed integrazioni al decreto 12/2011 prevedendo tra l'altro che, nell'ambito della programmazione di tutti i flussi finanziari attesi dal SSR, al fine di contenere gli oneri a carico delle Aziende Sanitarie connessi al contenzioso già insorto per mancato e/o ritardato pagamento e di scongiurare l'insorgere di nuovo ed ulteriore contenzioso di tale natura, nonché per consentire un più rapido ed efficace svincolo delle risorse pignorate presso i Tesorieri aziendali, gli accordi con le Associazioni dei creditori e/o con singoli creditori di maggiore rilievo, richiamati dal citato paragrafo 8 della Parte A delle Nuove Linee Guida in materia di accordi transattivi e di dilazione di pagamento, allegate al Decreto n. 12/2011, così come modificato dal Decreto n. 48/2011, possono anche prevedere:



Regione Campania
Il Presidente

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

- il pagamento in contanti, in una o più soluzioni, di tutto o parte dei “Crediti Pregressi”, a seguito della stipula di apposito atto transattivo tra Azienda Sanitaria debitrice e creditore, nel quale quest’ultimo rinunci agli interessi di mora maturati o maturandi e a qualsiasi onere, spesa, rivalutazione monetaria, risarcimento di danni, ivi comprese le spese legali e qualsiasi altro onere accessorio, e, laddove convenuto, ad una percentuale della sorte capitale oggetto di pagamento in contanti;
- l’emissione di certificazioni, secondo quanto già previsto dal Decreto n. 12/2011, così come modificato dal Decreto n. 48/2011, relativamente alla parte dei “Crediti Pregressi” non oggetto di pagamento in contanti, con il riconoscimento di un indennizzo forfettario omnicomprensivo, da commisurare alla sorte capitale convenuta, che sia a parziale ristoro degli interessi, delle spese legali e dei diritti e onorari liquidati in titolo, nel caso di crediti azionati, ed eventualmente dell’anzianità delle relative partite, nel caso di crediti non azionati, soltanto laddove sussistano le condizioni in relazione alla tipologia del creditore, alla natura del credito e alla relativa anzianità;
- che, nel caso in cui il creditore abbia attivato una o più procedure esecutive, anche a mezzo di cessionari *pro solvendo* e mandatarî all’incasso con procura alle liti, parte del pagamento in contanti e l’emissione di certificazioni, di cui ai punti precedenti, vengano subordinati all’acquisizione, da parte della So.Re.Sa. S.p.A., di apposita comunicazione inviata a mezzo posta elettronica certificata dall’Azienda Sanitaria interessata, nella quale si dia atto della presentazione, da parte del creditore pignorante, di suoi cessionari *pro solvendo* e mandatarî all’incasso con procura alle liti, rispetto a tutti i vincoli già oggetto della comunicazione inviata dalla medesima Azienda all’esito dell’istruttoria compiuta sulla fondatezza delle pretese creditorie indicate dal creditore nella “richiesta di certificazione”, dei provvedimenti di svincolo rilasciati dai giudici dell’esecuzione debitamente notificati al Tesorierie dell’Azienda Sanitaria e si attesti altresì l’avvenuto svincolo delle relative risorse operato dallo stesso Tesoriere;
- che, per il rispetto della tempistica definita negli accordi già stipulati o da stipulare con le Associazioni dei creditori e/o con singoli creditori di maggiore rilievo, le Aziende Sanitarie provvedono, anche derogando al criterio cronologico della lavorazione delle partite iscritte nella piattaforma gestita dalla So.Re.Sa. S.p.A., a terminare in tempo utile le istruttorie di cui al paragrafo 4 della Parte A delle Nuove Linee Guida in materia di accordi transattivi e di dilazione di pagamento, allegate al Decreto n. 12/2011, così come modificato dal Decreto n. 48/2011;
- le Aziende Sanitarie hanno sottoscritto una Convenzione con il Commissario ad Acta e con la So.Re.Sa. S.p.A., finalizzata a definire le attività e le procedure attuative del Decreto n. 12/2011;
- le suddette Aziende hanno l’obbligo di recepire, con appositi atti deliberativi, i contenuti degli accordi quadro di categoria stipulati dal Commissario ad acta, o da un suo delegato, così come previsto dal paragrafo 8 della Parte A delle Linee Guida approvate con Decreto 12/2011 e ss.mm.ii.;

Dato atto che

- a seguito dei vari incontri avuti con la società **FARMAFACTORING S.p.A.**, ed a conclusione della ricognizione dei crediti vantati verso le Aziende del SSR, è stato redatto un protocollo d’intesa con il quale, attraverso le dichiarazioni di intenti sottoscritti, sono stati definiti tutti i passaggi attuativi per la risoluzione del contenzioso economico e giudiziario con le aziende sanitarie ;



Regione Campania
Il Presidente

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

- il suddetto protocollo d'intesa, in conformità alle disposizioni contenute nel Decreto n.12/2011 e ss.mm.ii., contiene specifici adempimenti a carico delle Aziende Sanitarie inerenti:

- a) ai termini di pagamento;
- b) ai termini di certificazione;
- c) ai termini di comunicazione al Commissario ad Acta dell'indisponibilità dei fondi liquidi per adempiere ai pagamenti;
- d) alle operazioni di svincolo delle somme pignorate .

- l'inadempimento delle attività di cui alle precedenti lettere a), b), c) e d) può comportare la risoluzione dell'allegato protocollo d'intesa qualora si verifichino i presupposti di cui agli artt. 1453 e 1454 cc., con diretta responsabilità dei Commissari Straordinari e dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie debtrici in ordine ai maggiori oneri che conseguirebbero dall'inadempimento;

- laddove si verifichi l'ipotesi di cui al punto precedente, il Commissario ad acta, ove rilevi che l'inosservanza dei termini di certificazione di cui alla lettera b) non sia imputabile a giustificabili e comprovati motivi, potrà assumere i provvedimenti consequenziali nell'esercizio delle attribuzioni allo stesso demandate dall'ordinamento vigente;

- le Aziende Sanitarie hanno, dunque, l'obbligo di porre in essere tutte le attività necessarie al perfezionamento delle attività transattive e di adempiere esattamente a tutte le obbligazioni poste a loro carico dal protocollo allegato;

- la Struttura Commissariale provvederà ad un costante monitoraggio della corretta esecuzione, da parte delle Aziende Sanitarie, dell'esecuzione del suddetto protocollo ed in particolare sulla tempistica, le modalità e lo stato di avanzamento dell'istruttoria di cui al paragrafo 4 della Parte A delle Linee Guida approvate con Decreto 12/2011 e ss.mm.ii.,

Considerato, in particolare, che

- il mancato rispetto delle scadenze di pagamento, stabilite nel protocollo d'intesa in oggetto, può comportare la risoluzione dell'allegato protocollo d'intesa qualora si verifichino i presupposti di cui agli artt. 1453 e 1454 cc., determinando la perdita del notevole risparmio per il Servizio Sanitario Regionale, di cui si dà atto nel protocollo medesimo;

- lo stesso protocollo d'intesa prevede all'art. 4, comma 4, che: *"Nell'ipotesi in cui le Aziende Sanitarie comunichino al Commissario ad acta l'impossibilità di effettuare, per indisponibilità dei fondi liquidi, i pagamenti entro i termini di cui alle lettere a) e b) dell'art. 3 di cui al presente protocollo d'intesa, il Commissario ad acta si riserva di trasferire alle Aziende Sanitarie debtrici appositi fondi aggiuntivi e finalizzati"*;

- risulta, quindi, opportuno e necessario:

A. dare il più ampio mandato disgiunto al dirigente del Settore "Programmazione" della AGC 19 ed al dirigente del Settore "Assistenza Sanitaria" della AGC 20, titolari dei capitoli di spesa del settore sanitario che presentano le maggiori disponibilità, affinché con proprio decreto forniscano alla/e azienda/e sanitaria/e debitrice/i appositi fondi (a cominciare da quelli recati dal decreto commissariale n. 18 del 6 marzo 2012), aggiuntivi rispetto alle ordinarie rimesse mensili, finalizzati e vincolati all'assolvimento delle richiamate obbligazioni di pagamento nei termini

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

essenziali stabiliti dal protocollo d'intesa in oggetto; a tal fine, i suddetti dirigenti sono autorizzati ad operare sui capitoli di spesa afferenti alla loro gestione, sia del bilancio di competenza, sia dei residui passivi, con particolare riguardo ai residui passivi già iscritti nel bilancio regionale di previsione per l'esercizio 2012, nonché ai residui passivi perenti (tra i quali si richiamano le residue disponibilità sugli impegni n. 1570/05; 7890/05; 1953/07; 7204/07; 7228/07; 7231/07; 7236/07; 6941/08; 6943/08), operando anche attraverso temporanee deroghe a precedenti finalizzazioni e/o ripartizioni dei fondi, in funzione della esigenza primaria di assicurare al settore sanitario i risparmi che conseguiranno dal puntuale adempimento del protocollo in oggetto;

B. incaricare il dirigente del Settore "Gestione delle Entrate e della Spesa di Bilancio" della AGC 08 di eseguire con la massima tempestività i decreti dirigenziali che saranno assunti ai sensi del punto precedente, utilizzando a tal fine la cassa già disponibile sul conto di Tesoreria intestato alla Sanità ai sensi dell'art. 21 del Dlgs 118/2011, ancorché non si sia ancora proceduto al prelievo della corrispondente provvista dal conto di Tesoreria della gestione non sanitaria;

C. precisare che i Commissari Straordinari e i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie debitorie devono segnalare al Commissario ad acta, al Sub Commissario ad acta ed ai Coordinatori delle AGC 19 e 20, immediatamente dopo la notifica del presente atto, l'eventuale esigenza di fondi aggiuntivi;

D. precisare che i Commissari Straordinari e i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie debitorie, in caso di insufficienza dei fondi a loro disposizione ed in attesa dell'incasso dei fondi aggiuntivi come sopra richiesti, sono, comunque, tenuti a riservare ed utilizzare ogni disponibilità di cassa, comprese quelle derivanti dalle rimesse mensili ordinarie per il finanziamento della spesa sanitaria corrente indistinta, al fine di rispettare le sopra richiamate scadenze di pagamento, in modo da assicurare il notevole risparmio per il Servizio Sanitario Regionale, di cui si dà atto nel protocollo medesimo;

E. successivamente, entro cinque giorni dalla effettuazione dei singoli pagamenti ai creditori, l'azienda sanitaria debitrice dovrà comunicare l'avvenuto pagamento sulla piattaforma informatica gestita dalla So.Re.Sa. S.p.A.;

Ritenuto

pertanto, di dover procedere alla approvazione del protocollo d'intesa sottoscritto in 05 aprile 2012, assunto in pari data al prot. 2494/C, tra la Regione Campania, in persona del Sub Commissario per la prosecuzione di rientro del settore sanitario e la società **FARMAFACTORING S.p.A.**, con sede legale in Milano alla Via Domenichino nr. 5.

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

DECRETA

1. Di **APPROVARE** il protocollo d'intesa sottoscritto, in data 05 aprile 2012, assunto in pari data al prot. 2494/C, tra il Sub Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore



Regione Campania
Il Presidente

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

sanitario e la società **FARMAFACTORING S.p.A.**, allegato al presente decreto, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

2. Di **DARE** il più ampio mandato disgiunto al dirigente del Settore “Programmazione” della AGC 19 ed al dirigente del Settore “Assistenza Sanitaria” della AGC 20, titolari dei capitoli di spesa del settore sanitario che presentano le maggiori disponibilità, affinché con proprio decreto forniscano alle aziende sanitarie debtrici appositi fondi (a cominciare da quelli recati dal decreto commissariale n. 18 del 6 marzo 2012), aggiuntivi rispetto alle ordinarie rimesse mensili, finalizzati e vincolati all'assolvimento delle richiamate obbligazioni di pagamento nei termini essenziali stabiliti dal protocollo d'intesa in oggetto; a tal fine, i suddetti dirigenti sono autorizzati ad operare sui capitoli di spesa afferenti alla loro gestione, sia del bilancio di competenza, sia dei residui passivi, con particolare riguardo ai residui passivi già iscritti nel bilancio regionale di previsione per l'esercizio 2012, nonché ai residui passivi perenti (tra i quali si richiamano le residue disponibilità sugli impegni n. 1570/05; 7890/05; 1953/07; 7204/07; 7228/07; 7231/07; 7236/07; 6941/08; 6943/08), operando anche attraverso temporanee deroghe a precedenti finalizzazioni e/o ripartizioni dei fondi, in funzione della esigenza primaria di assicurare al settore sanitario i risparmi che conseguiranno dal puntuale adempimento del protocollo in oggetto.

3. Di **INCARICARE** il dirigente del Settore “Gestione delle Entrate e della Spesa di Bilancio” della AGC 08 di eseguire con la massima tempestività i decreti dirigenziali che saranno assunti ai sensi del punto precedente, utilizzando a tal fine la cassa già disponibile sul conto di Tesoreria intestato alla Sanità ai sensi dell'art. 21 del Dlgs 118/2011, ancorché non si sia ancora proceduto al prelievo della corrispondente provvista dal conto di Tesoreria della gestione non sanitaria.

4. Di **PRECISARE** che i Commissari Straordinari ed i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie debtrici devono segnalare al Commissario ad acta, al Sub Commissario ad acta ed ai Coordinatori delle AGC 19 e 20, immediatamente dopo la notifica del presente atto, l'eventuale esigenza di fondi aggiuntivi.

5. Di **PRECISARE** che i Commissari Straordinari e di Direttori Generali delle Aziende Sanitarie debtrici, in caso di insufficienza dei fondi a loro disposizione ed in attesa dell'incasso dei fondi aggiuntivi come sopra richiesti, sono, comunque, tenuti a riservare ed utilizzare ogni disponibilità di cassa, comprese quelle derivanti dalle rimesse mensili ordinarie per il finanziamento della spesa sanitaria corrente indistinta, al fine di rispettare le sopra richiamate scadenze di pagamento, in modo da assicurare il notevole risparmio per il Servizio Sanitario Regionale, di cui si dà atto nel protocollo medesimo.

6. Di **STABILIRE** che entro cinque giorni dalla effettuazione dei singoli pagamenti ai creditori, l'azienda sanitaria debitrice dovrà comunicare l'avvenuto pagamento sulla piattaforma informatica gestita dalla So.Re.Sa. S.p.A.

7. Di **NOTIFICARE**, per gli adempimenti di competenza, il presente Decreto ai Commissari Straordinari ed ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie debtrici, al Legale Rappresentante pro – tempore della società **FARMAFACTORING S.p.A.** .

8. Di **TRASMETTERE** il presente provvedimento alle AA.GG. CC. : Gabinetto Presidente della Giunta Regionale, Bilancio, Ragioneria e Tributi, Piano Sanitario Regionale, Assistenza Sanitaria, al Settore “Programmazione” della AGC 19, al Settore “Gestione delle Entrate e della Spesa di



Regione Campania
Il Presidente

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

Bilancio” della AGC 08, alla So.Re.Sa. S.p.A., per le rispettive competenze, ed al Settore “*Stampa e Documentazione*” per la immediata pubblicazione sul B.U.R.C.

Il Commissario ad Acta
Stefano **Caldoro**

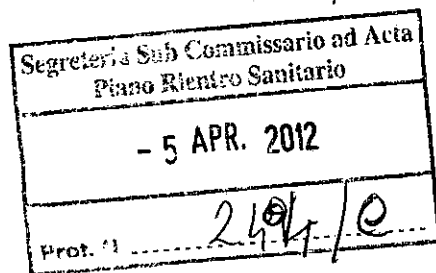
Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Mario **Morlacco**

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

Il Coordinatore dell'A.G.C. 20
Dott. Mario **Vasco**

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

L'estensore
Avv. Alberto **D'Alessandro**



PROTOCOLLO D'INTESA

TRA

Il Sub Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario della Regione Campania, giusta delega del Commissario *ad acta* del 16.3.2012

E

FARMAFACTORING S.p.A., con sede legale in Milano alla Via Domenichino nr. 5, Codice Fiscale, Partita Iva e iscrizione al Registro delle Imprese di Milano: 07960110158, iscrizione al REA n.1193335, iscritta nell'Elenco Generale ex art. 106 Decreto Legislativo n. 385 del 14 settembre 1993 al n. 28106 e nell'elenco speciale ex art. 107 Decreto Legislativo n. 385 del 14 settembre 1993 al n. Cod. Abi 19120 (la "Società"), in persona del Procuratore, dott. Roberto Castiglioni, a tanto autorizzato in forza di Procura (all. 1); la Società stipula il presente Protocollo d'Intesa in qualità di soggetto gestore dei crediti di n. 66 fornitori di Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario della Regione Campania, per un ammontare complessivo di crediti vantati nei confronti delle medesime Aziende per partite già fatturate al 30 giugno 2011 pari a circa 194 milioni di euro, il cui elenco riepilogativo si allega al presente atto, formandone parte integrante e sostanziale (all. 2). La Società promuoverà l'adesione al presente accordo da parte dei soggetti titolari dei crediti alla stessa affidati in gestione, anche eventualmente in aggiunta ai soggetti riportati nel citato elenco, i quali potranno aderire al presente accordo alle medesime condizioni stabilite in data odierna, secondo le modalità ed i tempi indicati di seguito.

(di seguito, congiuntamente, le "Parti" e, ciascuna, una "Parte")

PREMESSO CHE

- A. In conformità a quanto previsto dal Decreto 78/2010, in data 21 febbraio 2011, il Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di Rientro nel settore sanitario, ha emanato il decreto n. 12 del 21 febbraio 2011, come successivamente integrato e modificato dai decreti del Commissario *ad acta* n. 48 del 20 giugno 2011 e n. 22 del 07 marzo 2012, (congiuntamente, il "Decreto 12") recante la "Definizione del piano di pagamento dei debiti sanitari ai sensi dell'art. 11, comma 2, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito in legge 30 luglio 2010, n. 122", ai cui contenuti le parti rimandano integralmente.
- B. I provvedimenti sopra richiamati sono sostanzialmente orientati a ripristinare l'ordinato e regolare svolgimento dei pagamenti ai creditori delle Aziende Sanitarie, ad abbattere il contenzioso e i relativi oneri per il mancato pagamento nonché il volume di pignoramenti in essere.
- C. È stato pertanto adottato un complesso coordinato di azioni allo scopo di:
 - (i) incassare nei tempi più brevi i fondi attesi dallo Stato;

- (ii) intensificare le azioni amministrative finalizzate ad assicurare regolarità e tempestività nei pagamenti, già disposte dalla Deliberazione n. 541 e dalla Deliberazione n. 1627, in modo da:
- (A) perseguire un'attiva politica di prevenzione degli insoluti;
 - (B) assicurare che, in generale, i competenti uffici aziendali provvedano alla immediata registrazione contabile delle fatture passive (istituendo, a tal fine, forme di gestione accentrata di ricezione delle fatture) ed alla verifica e liquidazione delle fatture passive nello stretto tempo tecnico necessario nelle diverse fattispecie e, comunque, in non più di due mesi dal ricevimento della fattura;
 - (C) assicurare il pagamento tempestivo delle fatture di piccolo importo e/o di piccoli fornitori, ONLUS, rimborsi di assistenza indiretta, in modo da evitare nella maniera più assoluta di dover sostenere spese legali di recupero crediti che, su tali piccoli importi, finiscono per moltiplicare i costi;
- (iii) promuovere gli ordinari strumenti di smobilizzo dei crediti, senza maggiori oneri per la Regione, consentendo ai fornitori di beni e servizi, che effettuino cessioni pro solvendo a banche e intermediari finanziari riconosciuti dalla legislazione vigente, di ottenere condizioni economiche migliorative tramite l'accettazione della cessione da parte delle Aziende Sanitarie, senza che ciò costituisca in alcun modo riconoscimento del debito, a fronte della moratoria per almeno dodici mesi delle azioni legali aventi ad oggetto i crediti ceduti;
- (iv) certificare, limitatamente ai casi in cui non sia possibile procedere al pagamento per mancanza di fondi liquidi, i crediti vantati dai fornitori del SSR che siano certi, liquidi ed esigibili, al fine di consentire al creditore la cessione pro soluto a favore di banche o intermediari finanziari riconosciuti dalla legislazione vigente, nei limiti di quanto previsto dalla Circolare del Dipartimento del Tesoro del 31 gennaio 2007 e secondo le modalità indicate dal Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 19 maggio 2009; in particolare, ai fini del rispetto della disciplina di cui all'art. 1, comma 739, della legge n. 296 del 27 dicembre 2006, in merito alla definizione di indebitamento, il Decreto 12 ha precisato che tale certificazione dei crediti da parte delle Aziende Sanitarie non sarà assistita né dalla "emissione di una nuova delegazione di pagamento" da parte della Regione, né dalla "ristrutturazione dei flussi finanziari rivenienti dai piani di ammortamento", dal momento che le dilazioni di pagamento non eccedono i 12 mesi.
- D. Il Decreto 12 e ss.mm.ii. contiene alcune linee guida (le "**Linee Guida**"), che rivedono, integrano e migliorano taluni meccanismi operativi già contenuti nelle linee guida della Deliberazione n. 541, cui dovranno attenersi i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie nella sottoscrizione di accordi transattivi e di dilazione di pagamento con i creditori delle Aziende Sanitarie da un lato, e i fornitori di beni e servizi del SSR e/o i loro cessionari, dall'altro, relativamente ai "crediti pregressi" di cui alla Parte A delle Linee Guida (i "**Crediti Pregressi**"). In ogni caso, non potranno essere oggetto di definizioni transattive gli importi che, a detta dell'azienda debitrice, sono relativi al superamento delle Capacità Operative Massime (C.O.M.) e dei limiti di spesa imposti dai provvedimenti regionali in materia.

- E. La Società è un intermediario finanziario che, nell'esercizio della propria attività, si è resa nel tempo cessionaria *pro soluto* di numerosi crediti di impresa vantati dai singoli cedenti nei confronti delle Aziende Sanitarie del SSR. Inoltre, la Società, sempre nell'ambito della propria attività, gestisce il portafoglio crediti di numerosi fornitori delle Aziende Sanitarie del SSR.
- F. Il Sub Commissario *ad acta* ha tenuto vari incontri e riunioni con la Società per confrontare le rispettive posizioni e pervenire così alla definizione di una condivisa soluzione della vicenda.
- G. L'esito del confronto con la Società, avente ad oggetto l'adesione al percorso per la definizione delle pendenze pregresse, stabilito dal Decreto 12 e ss.mm.ii. si è perfezionato nella seduta odierna, nel corso della quale le Parti hanno raggiunto le intese esecutive del presente protocollo (il "**Protocollo**").
- H. Il Protocollo deve intendersi limitato esclusivamente alle pretese creditorie, come meglio *infra* precisate, vantate da quei creditori che abbiano affidato la sola gestione dei propri crediti alla Società (i "**Crediti in gestione**"). Le Parti convengono, pertanto, di concludere con il presente Protocollo un accordo relativo ai Crediti in gestione che siano certi, liquidi ed esigibili, relativi a partite già fatturate al 30 giugno 2011 (il "**Perimetro del Protocollo**"). L'effettiva e specifica adesione al Protocollo da parte dei titolari dei crediti affidati alla Società in gestione avverrà secondo le modalità ed i tempi indicati di seguito.
- I. Sono, dunque, escluse dal presente Protocollo le partite creditorie di cui la Società è attualmente titolare in qualità di cessionaria *pro soluto*, rispetto alle quali le Parti non sono ancora pervenuti alla definizione di una condivisa soluzione della vicenda. Chiarito e precisato il Perimetro del Protocollo, resta inteso che le Parti manifestano fin da ora la reciproca disponibilità ad avviare un percorso comune finalizzato alla eventuale definizione delle pretese creditorie vantate dalla Società a titolo di cessionaria *pro soluto*, relative a partite già fatturate al 30 giugno 2011 (o ad una diversa data che verrà eventualmente indicata dal Commissario *ad acta*) (la "**Potenziale Operazione**"), che potrà essere oggetto di un eventuale successivo protocollo d'intesa.
- J. Dalla ricognizione effettuata con la Società, è emerso che l'ammontare complessivo dei Crediti in gestione relativi a partite già fatturate al 30 giugno 2011, al netto di interessi e spese legali, è pari a circa euro 194 milioni, come da prospetto che si allega (all. 2), il cui valore suddiviso fra crediti azionati e non azionati verrà precisato nelle singole adesioni da parte di ciascun creditore con il relativo invio del modulo di adesione al Protocollo d'intesa per il caricamento dei Crediti pregressi ai sensi del Decreto del Commissario ad Acta n. 12/2011 e ss.mm.ii..
- K. Inoltre, la Società precisa che i crediti assistiti da pignoramento alla data di sottoscrizione del presente protocollo, ammontano complessivamente ad euro 186.381,82. Al presente importo, si aggiungeranno gli importi relativi alle eventuali ulteriori adesioni da parte di creditori aventi crediti assistiti da pignoramento, nonché eventuali ulteriori importi che, a seguito di procedure esecutive attivate dalla stessa Società, dai creditori originari, o da quelli in adesione, siano stati imputati dai Tesorieri aziendali a titolo di prenotazioni a debito.
- L. Dagli esiti della medesima ricognizione è stato rilevato, infine, che sussistono le condizioni per concludere, a totale chiusura delle partite creditorie non in contestazione formanti i Crediti in gestione, relativi a fatture emesse al 30 giugno 2011, ai sensi del decreto 12/2011 e ss.mm.ii., una procedura transattiva, volta a soddisfare tali crediti nelle forme e termini di cui all'art. 3.



PREMESSO ALTRESI' CHE

Le Aziende Sanitarie hanno sottoscritto una convenzione con il Commissario *ad acta* e con la So.re.sa. Spa, finalizzata a definire le attività e le procedure attuative del Decreto 12.

In attuazione di tale convenzione, le Aziende Sanitarie:

- si sono impegnate a recepire, con appositi atti deliberativi, i contenuti degli accordi quadro di categoria eventualmente stipulati dal Commissario *ad acta*, o da un suo delegato, così come previsto dal paragrafo 8 della Parte A delle Linee Guida approvate con Decreto 12/2011 e ss.mm.ii.;
- hanno affidato alla So.Re.Sa. S.p.A. lo svolgimento delle procedure operative di acquisizione e di elaborazione dei dati comunicati dai creditori delle Aziende Sanitarie tramite apposita procedura telematica, ai fini dell'adesione agli atti transattivi di cui al Decreto 12/2011 e ss.mm.ii..

Tutto quanto sopra premesso, le parti stipulano il protocollo di intesa regolato dai seguenti articoli:

ART. 1

Le premesse e gli allegati, in quanto condivisi dalle parti, formano parte integrante e sostanziale del presente protocollo d'intesa.

ART. 2

La Società dichiara che l'ammontare complessivo dei Crediti in gestione relativi a partite già fatturate al 30 giugno 2011, al netto di interessi e spese legali, è pari ad euro 194 milioni, come da prospetto che si allega (all. 2), il cui valore suddiviso fra crediti azionati e non azionati verrà precisato nelle singole adesioni da parte di ciascun creditore con il relativo invio del modello di adesione al Protocollo d'intesa per il caricamento dei Crediti pregressi ai sensi del Decreto del Commissario ad Acta n. 12/2011 e ss.mm.ii..

Inoltre, la Società precisa che i crediti assistiti da pignoramento alla data di sottoscrizione del presente protocollo, ammontano complessivamente ad euro 186.381,82. Al presente importo, si aggiungeranno gli importi relativi alle eventuali ulteriori adesioni da parte di creditori aventi crediti assistiti da pignoramento, nonché eventuali ulteriori importi che, a seguito di procedure esecutive attivate dalla stessa Società, dai creditori originari, o da quelli in adesione, siano stati imputati dai Tesorieri aziendali a titolo di prenotazioni a debito.

Le pretese creditorie, così come sopra definite, sono soggette alla procedura di accertamento di cui al decreto 12/2011 e ss.mm.ii da parte delle Aziende Sanitarie, al fine di legittimarne la liquidazione in quanto certe, liquide ed esigibili.

ART. 3

Il soddisfacimento da parte delle Aziende Sanitarie delle partite creditorie risultanti dalla procedura di liquidazione di cui all'articolo precedente vantate dai creditori che aderiscono al Protocollo, mediante l'invio dell'apposito modulo di adesione (all. 3) nel quale riportarne i contenuti, avverrà nei seguenti termini e forme:



- a) il pagamento del 30% dell'importo netto iscritto nella piattaforma gestita dalla So.Re.Sa. S.p.A. verrà corrisposto, a titolo di acconto, entro 45 giorni dall'adesione del singolo creditore al Protocollo ovvero dalla data di regolare iscrizione nella citata piattaforma, se successiva. Qualora l'Azienda Sanitaria ravvisi l'infondatezza delle pretese creditorie relative al singolo creditore aderente al protocollo, tale da non consentire il pagamento dell'acconto, ne darà tempestiva e motivata comunicazione al Commissario *ad acta*, e le intese transattive sottoscritte con l'adesione al Protocollo si intenderanno risolte;
- b) una volta terminata l'istruttoria di cui al paragrafo 4 della Parte A delle Linee Guida approvate con Decreto 12/2011 e ss.mm.ii., e comunque non oltre 60 giorni dalla scadenza del termine di cui alla lettera a), l'Azienda Sanitaria, constatato l'effettivo svincolo delle somme eventualmente pignorate da parte di ogni singolo creditore aderente al Protocollo, effettuerà entro i successivi 15 giorni un ulteriore pagamento per un importo tale che, sommato all'acconto già erogato in precedenza, risulti pari al 60% delle partite complessivamente oggetto di liquidazione; nel caso di crediti non azionati, tale pagamento viene effettuato al netto di uno sconto del 2% da calcolare sulla parte della sorte capitale liquidata oggetto del pagamento di cui alle lettere a) e b) del presente articolo;
- c) entro i successivi 30 giorni dalla scadenza del termine di cui alla lettera b), il residuo 40% dell'importo liquidato dall'Azienda Sanitaria, verrà transatto secondo quanto già previsto dal Decreto n. 12/2011 e ss.mm.ii., con successivo rilascio delle certificazioni, comprensive, per i soli crediti azionati, di un indennizzo forfettario pari al 3% del capitale certificato.

ART. 4

Le Aziende Sanitarie saranno impegnate dal Commissario *ad acta* per la prosecuzione del piano di rientro a porre in essere tutte le attività necessarie al perfezionamento delle attività transattive.

Il Commissario *ad acta*, a tal fine, richiamerà in via istituzionale i Direttori Generali ed i Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie, affinché vengano rispettate le obbligazioni poste a carico delle Aziende Sanitarie dal presente accordo, censurando espressamente tutti i comportamenti attivi e/o omissivi ostativi all'attuazione del Protocollo.

In particolare, il Commissario *ad acta*, laddove venga accertata che l'inosservanza dei termini di liquidazione delle partite creditorie oggetto del Protocollo non sia imputabile a giustificabili e comprovati motivi, potrà assumere i provvedimenti consequenziali nell'esercizio delle attribuzioni allo stesso demandate dall'ordinamento vigente.

Nell'ipotesi in cui le predette Aziende Sanitarie comunichino al Commissario *ad acta* l'impossibilità di effettuare, per indisponibilità di fondi liquidi, i pagamenti entro i termini di cui alle lettere a) e b) dell'art. 3 del Protocollo, il Commissario *ad acta* si riserva di trasferire alle Aziende Sanitarie debtrici appositi fondi aggiuntivi e finalizzati.

ART. 5

Resta espressamente inteso che, per le procedure esecutive che hanno dato luogo a pignoramenti relativamente ai Crediti in gestione di cui all'art. 2, ciascun creditore aderente al Protocollo dovrà

presentare il provvedimento di svincolo rilasciato dal giudice dell'esecuzione debitamente notificato al Tesoriere dell'Azienda Sanitaria entro 60 giorni dall'adesione al Protocollo, e comunque prima che venga effettuato il pagamento previsto dalla lettera b) dell'art. 3.

Al fine di accelerare le procedure di svincolo delle somme pignorate, il Commissario *ad acta* provvederà a promuovere apposite azioni di collaborazione con i Direttori Generali e i Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie, i Tesorieri Aziendali ed i Tribunali competenti per l'esecuzione.

ART. 6

Ferma restando l'applicazione, sulla parte di crediti oggetto di certificazione, dell'indennizzo di dilazione, come previsto al paragrafo 7, punto *vii*), della Parte A delle Linee Guida del Decreto 12/2011 e ss.mm.ii, i singoli creditori aderenti al presente Protocollo si obbligano a rinunciare agli interessi di mora maturati o maturandi e a qualsiasi onere, spesa, rivalutazione monetaria, risarcimento di danni, ivi comprese le spese legali e qualsiasi altro onere accessorio, nonché a rispettare l'obbligo a non attivare, con riguardo a tutti i crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie, per un periodo di dodici mesi a decorrere dalla stipula dell'atto transattivo di cui alla lettera c) dell'art. 3 nuove procedure esecutive e a rinunciare a tutte le procedure esecutive eventualmente già intraprese con conseguente effettivo svincolo delle somme presso il Tesoriere e con rinuncia alla solidarietà professionale da parte degli avvocati.

ART. 7

L'adesione al presente Protocollo d'intesa avviene mediante la sottoscrizione, entro 15 dalla pubblicazione sul BURC del decreto del Commissario *ad acta* di recepimento dello stesso Protocollo, da parte del singolo creditore che abbia affidato i propri crediti in gestione alla Società, del modulo di adesione allegato al presente accordo (all. 3), che ne forma parte integrante e sostanziale.

Per i titolari di crediti non ancora iscritti in piattaforma alla data del presente Protocollo, la formalizzazione dell'adesione al Protocollo da parte del singolo creditore avviene a decorrere dalla comunicazione inviata al creditore aderente da parte della So.Re.Sa. S.p.A. della regolare adesione ed iscrizione dei crediti nella piattaforma dalla stessa gestita.

La Società, in qualità di soggetto gestore dei crediti di cui al presente Protocollo, si impegna a raccogliere le adesioni da parte dei singoli creditori, così da inoltrarle in un'unica soluzione, affinché le scadenze di cui all'art. 3 siano le stesse per tutti i creditori aderenti.

ART. 8

Il Protocollo regola in via definitiva le modalità per la totale definizione delle partite creditorie che siano certe, liquide ed esigibili, così come specificate all'art. 2. Laddove i creditori aderenti abbiano già sottoscritto, ovvero sottoscrivano delle intese transattive specifiche con le singole Aziende Sanitarie, aventi ad oggetto le partite creditorie di cui al presente Protocollo, le singole Aziende Sanitarie assumono l'impegno di comunicarle alla Struttura Commissariale e alla So.Re.Sa. S.p.A., al fine del corretto monitoraggio delle procedure di regolamento della debitoria sanitaria.

Resta espressamente convenuto fra le parti che le partite creditorie in contestazione, escluse dal presente protocollo e oggetto di contenzioso pendente per diversi titoli o ragioni, verranno definite all'esito dei giudizi in corso e/o potranno essere oggetto di successivi finalizzati accordi transattivi, ferme restando le disposizioni di cui ai paragrafi 10 e 11 delle linee guida del decreto 12/2011 e ss.mm.ii ai sensi dei quali, tra l'altro, i creditori dovranno impegnarsi anche sulle suddette posizioni a rinunciare agli atti dei processi esecutivi già intrapresi e a non attivare alcuna ulteriore azione esecutiva per un periodo di 12 mesi, acconsentendo espressamente allo svincolo delle somme vincolate presso i Tesorieri; in assenza di tale impegno non potrà esser e definito alcun accordo transattivo, né potrà essere emesso alcun atto di certificazione.

ART. 9

Il Protocollo può essere utilizzato esclusivamente nell'operazione di cui al Decreto 12 e successive modifiche e/o integrazioni. Esso, pertanto, non costituisce impegno di alcun genere da parte del Commissario *ad acta* o delle Aziende Sanitarie, da far valere in qualsiasi altra sede e resta strettamente legato ai termini di perfezionamento dell'operazione previsti dalla vigente normativa.

Resta, peraltro, espressamente inteso che il Protocollo va applicato nella sua globalità, nel senso che lo stesso non sarà operativo per quei creditori che non aderissero a tutte le condizioni indicate.

ART. 10

Le Parti danno atto che, con la stipula del Protocollo, qualora aderissero tutti i creditori oggetto della ricognizione di cui all'art. 2, si determinerebbe, a seguito delle rinunce di cui all'art. 6, un risparmio per il SSR pari ad euro 18 milioni circa, a titolo di interessi, spese legali, diritti ed onorari in parte già riconosciuti dalle Autorità Giudiziarie.

ART. 11

Il presente Protocollo d'Intesa viene redatto in doppio originale, uno dei quali viene consegnato alla Società che ne accusa ricezione con la sua sottoscrizione e sarà sottoposto a recepimento da parte del Commissario *ad acta*.

Napoli, lì 5 aprile 2012

Il Sub Commissario *ad acta*

Dott. Mario Morlacco



La Società



TEL. 02.763007.1
FAX: 02.763007.50
02.763007.51

ALFONSO COLOMBO E CLAUDIA GANGITANO

NOTAI ASSOCIATI

VIA BORGOGNA, 5
20122 MILANO

PROCURA

Il sottoscritto Marco Rabuffi, nato ad Arco (TN) il 26 maggio 1948, codice fiscale RBFMRC48E26A372C, in qualità di Presidente e Amministratore Delegato di Farmafactoring S.p.A., con sede in Milano, Via Domenichino 5, numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e C.F./P.IVA 07960110158, iscritta nell'elenco speciale generale di cui all'art. 106 (al n. 28106) e all'art. 107 del T.U. in materia Bancaria e Creditizia (Cod. Abi 19120) (la "Società") in virtù dei poteri conferitigli dal Consiglio di Amministrazione del 28 settembre 2011, iscritto al Registro delle Imprese in data 2 novembre 2011 con il presente atto

nomina e costituisce procuratore della Società il signor:

- **Roberto Castiglioni**, nato a Busto Arsizio (VA) il 4.3.1959, Dirigente, Vice President Operations e Business Unit P.A., appartenente al Dipartimento Operations e Business Unit P.A.

c.f. CSTRRT59C04B300W, domiciliato per l'incarico presso la sede sociale;

affinchè, in nome ed interesse della stessa, possa esercitare i poteri di seguito indicati:

1. Poteri di Rappresentanza

(I poteri 1.A e 1.C vengono esercitati a firma singola)

- 1.A Rappresentare la Società di fronte all'Amministrazione Finanziaria Centrale, Periferica e Commissioni di ogni ordine e grado comprese le Commissioni Tributarie, Camere di Commercio, Banca d'Italia, Ministero per il Commercio con l'Estero, Unità di Informazione Finanziaria, nonché ogni altra Pubblica Amministrazione e Autorità nazionale e locale e quindi a titolo esemplificativo:
 - a) sottoscrivere comunicazioni, ivi comprese quelle allo Schedario Generale dei Titoli Azionari e provvedere agli adempimenti societari previsti da leggi e regolamenti;
 - b) sottoscrivere le dichiarazioni dei redditi e IVA nonché provvedere a qualsiasi altro adempimento di natura fiscale e tributaria;
 - c) richiedere licenze e autorizzazioni.
- 1.C Rappresentare la Società di fronte all'Arbitro Bancario Finanziario relativamente ai reclami della clientela.

2. Poteri di gestione ordinaria nell'ambito dei singoli Dipartimenti/Unità

Organizzative

(Il potere 2.A viene esercitato a firma singola)

Agenzia delle Entrate
Ufficio di Milano 3
REGISTRATO

il 25/11/2011
al N. 27957 Serie 1T
Imp. Reg. € 336,00
Imp. Bollo € 32,00

II. CAPO AREA SERVIZI

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

- 2.A Firmare la corrispondenza della Società relativa alla propria Unità Organizzativa inerente argomenti di ordinaria amministrazione che non preveda impegni di spesa da parte della Società.

(Il potere 2.B e 2.C vengono esercitati a firma singola del Dirigente o congiunta di due Quadri Direttivi)

- 2.B Firmare la corrispondenza della Società inerente argomenti di ordinaria amministrazione che preveda impegni/obbligazioni da parte della Società purché siano attuativi di rapporti/contratti in essere.

- 2.C Sottoscrivere quietanze per competenza.

(Il potere 2.D viene esercitato a firma singola)

- 2.D Ritirare merci, pacchi postali, lettere, raccomandate, assicurate, plichi, rilasciando ricevute e quietanze a discarico.

3. Poteri di disposizioni su c/c bancari e postali

(I poteri 3.A e 3.B vengono esercitati a firma congiunta di due Dirigenti o di un Dirigente con Quadro Direttivo o di due Quadri Direttivi di Dipartimenti/UO diverse)

- 3.A Emettere assegni o equivalenti e disporre bonifici sia a valere su effettive disponibilità sia a valere su aperture di credito in conto corrente relativamente a operazioni/atti/contratti in essere.

- 3.B Spiccare tratte sulla clientela, girare anche per lo sconto pagherò, cambiali, tratte nonché assegni di qualunque specie e compiere ogni altra operazione conseguente o connessa.

(Il potere 3.C viene esercitato a firma singola di Dirigenti o congiunta da parte di Quadri Direttivi di Dipartimenti/UO diverse)

- 3.C Effettuare versamenti sui conti correnti bancari e postali della Società e girare per l'accredito sui conti correnti medesimi assegni e vaglia.

4. Poteri di gestione

(I poteri 4.A, 4.B, 4.C, 4.D, 4.E e 4.F vengono esercitati a firma congiunta di due Dirigenti o di un Dirigente con un Quadro Direttivo appartenente a Dipartimento/UO diversa da quella del Dirigente)

- 4.A Aprire e chiudere conti correnti di qualsiasi natura e tipo con Banche e Istituti di Credito negoziando i tassi attivi e passivi.

- 4.B Richiedere l'utilizzo di tranches di finanziamenti già concessi o in essere.

- 4.C Negoziare, stipulare, modificare e risolvere contratti di apertura di credito, finanziamenti di qualsiasi tipo e durata, anche attraverso l'emissione di carta

commerciale, di importo non superiore a 20 milioni di Euro per singola operazione nell'ambito dell'ordinaria attività di funding della Società.

4.D Stipulare, modificare, cedere e risolvere contratti quadro o singoli relativi ad operazione di interest rate swaps e plain vanilla nel rispetto dei seguenti limiti:

- importo massimo in linea capitale pari a 20 milioni di Euro;
- durata massima dell'operazione pari a 36 mesi.

4.E Cedere crediti "pro soluto" e "pro solvendo" in esecuzione di contratti in essere.

4.F Deliberare rinunzie agli atti ed alle relative azioni nei confronti dei debitori, rinunzie all'incasso delle spese legali, nonché transigere le controversie, nel rispetto dei seguenti limiti:

- Non può applicare sconti sul capitale;
- Il termine massimo di pagamento concordato con il debitore non può superare in nessun caso i 12 mesi;
- Lo sconto massimo applicabile su interessi non può in alcun caso superare il 50% degli stessi entro il limite dei 300 mila Euro per singolo debitore.

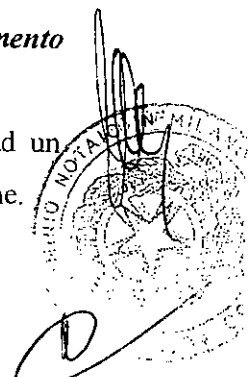
(Il potere 4.G viene esercitato a firma singola del Vice President Operations e Business Unit P.A. o a firma congiunta del Responsabile dell'UO Legale e Segreteria Fidi con Dirigente di altra funzione abilitato)

4.G Rappresentare la Società in tutte le cause attive e passive relative ai crediti e al recupero del credito, in tutti i gradi di giurisdizione, e così in ogni lite avanti i Giudici Conciliatori, i Pretori, i Tribunali Amministrativi, le Commissioni Tributarie, le Commissioni e i Collegi Speciali, gli organi di Giurisdizione Speciale Amministrativa, i Collegi Arbitrali, con ogni più ampia facoltà di:

- a. promuovere azioni di cognizione, conservative, cautelari ed esecutive, richiedere decreti ingiuntivi e pignoramenti ed opporsi agli stessi, costituirsi parte civile, proporre istanze e ricorsi;
- b. richiedere qualsiasi prova ed opporsi ad essa, rendere l'interrogatorio libero o formale, eleggere domicili, nominare Avvocati, Procuratori e Arbitri, e compiere quant'altro occorra per il buon esito delle cause di cui trattasi.

(Il potere 4.H viene esercitato a firma congiunta del Vice President Amministrazione e Controllo di Gestione con altro Dirigente/Quadro Direttivo del Dipartimento Operations e Business Unit P.A. abilitato)

4.H Autorizzare svalutazioni, rettifiche e passaggi a perdita di crediti sino ad un limite di Euro 5.000 per ciascun debitore e/o cedente e per singola operazione.



(Il potere 4.I viene esercitato a firma congiunta del Vice President Operations e Business Unit P.A. con il Vice President Finanza e Business Unit Aziende)

4.I Approvare, modificare e revocare operazioni di factoring e firmare tutti gli atti relativi verso nuovi cedenti con attribuzione di affidamenti fino a € 5 milioni per ogni cedente complessivamente e cioè in cumulo con altri rischi collegati.

(Il potere 4.J viene esercitato a firma congiunta del Vice President Operations e Business Unit P.A. con il Vice President Finanza e Business Unit Aziende o il Vice President Amministrazione e C.d.G.)

4.J Firmare tutti gli atti riguardanti i contratti con la clientela relativi a rapporti già deliberati dagli organi competenti.

(Il potere 4.K viene esercitato a firma congiunta del Vice President Finanza e Business Unit Aziende con il Vice President Operations e Business Unit P.A.)

4.K Sottoscrivere la proposta di acquisto crediti per singolo cliente fino ad un importo massimo di € 20 milioni per ogni cedente e cioè in cumulo con altri rischi collegati.

(I poteri 4.L, 4.M e 4.N vengono esercitati a firma singola)

4.L Sottoscrivere atti di cessione di crediti pro-soluto e pro-solvendo vantati dai cedenti nei confronti di Enti del Sistema Sanitario Nazionale o Enti erogatori di prestazioni sanitarie nonché verso la Pubblica Amministrazione, in esecuzione di contratti di factoring già in essere con riferimento a crediti oggetto di proposta d'acquisto da parte di Farmafactoring confermata per accettazione dal cedente.

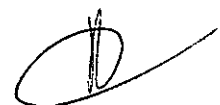
4.M Sottoscrivere atti e documenti relativi a operazioni e a transazioni con Enti del Sistema Sanitario Nazionale o Enti erogatori di prestazioni sanitarie, Regioni, Enti Regionali nonché con la Pubblica Amministrazione per il recupero dei crediti in osservanza e nei limiti di quanto già approvato dai competenti organi deliberanti.

4.N Sottoscrivere atti notarili di retrocessione/risoluzione delle cessioni di crediti a Farmafactoring o all'originario cedente nei casi previsti dai contratti in essere.

5. Poteri di spesa

(Il potere 5.A viene esercitato a firma congiunta da Dirigenti/Quadri Direttivi di Dipartimenti/UO diverse)

5.A. Provvedere a tutte le spese della Società sino a concorrenza di € 25.000,00 di importo unitario e per singola operazione e stipulare, modificare e risolvere i relativi contratti, in particolare per:



- a) lavori e forniture occorrenti per la trasformazione e la manutenzione di immobili e di impianti;
- b) acquisti e alienazioni di arredi, attrezzature, macchinari e beni mobili in genere, anche iscritti in pubblici registri, nonché locazioni finanziarie e noleggi dei beni stessi, con limite di spesa riferito al canone annuo;
- c) acquisti, anche in licenza d'uso con limite di spesa riferito al canone annuo, e commesse relativi a programmi EDP;
- d) informazioni commerciali;
- e) contratti di fornitura e servizi.

(Il potere 5.B viene esercitato a firma congiunta di due Dirigenti o di un Dirigente con il Responsabile U.O. ICT)

5.B Provvedere a tutte le spese della Società sino a concorrenza di € 50.000,00 di importo unitario per singola operazione e stipulare, modificare e risolvere i relativi contratti, in particolare per:

- a) lavori e forniture occorrenti per la trasformazione e la manutenzione di immobili e di impianti;
- b) acquisti e alienazioni di arredi, attrezzature, macchinari e beni mobili in genere, anche iscritti in pubblici registri, nonché locazioni finanziarie e noleggi dei beni stessi, con limite di spesa riferito al canone annuo;
- c) acquisti, anche in licenza d'uso con limite di spesa riferito al canone annuo, e commesse relativi a programmi EDP;
- d) informazioni commerciali;
- e) contratti di fornitura e servizi.

(Il potere 5.C viene esercitato a firma singola)

5.C Provvedere alle spese della Società sino a concorrenza di € 1.000,00 di importo unitario e per singola operazione.

6. Poteri di gestione del Personale

(Il potere 6.A viene esercitato a firma congiunta del Responsabile U.O. Personale e Sviluppo Organizzativo unitamente al Dirigente o Responsabile dell'Unità Organizzativa a cui fa capo il personale interessato)

6.A Assumere dipendenti appartenente alla 1^a - 2^a - 3^a Area Professionale, autorizzare i passaggi di livello e i provvedimenti nell'ambito di queste aree, con esclusione di contestazioni, sanzioni disciplinari e licenziamento.

(Il potere 6.B viene esercitato a firma singola)



6.B Rappresentare la Società di fronte agli Uffici ed Enti di previdenza e assistenza per la soluzione delle questioni relative al personale della Società.

Il tutto con promessa di rato e valido sotto gli obblighi di legge.

Con la presente procura vengono revocati tutti i poteri conferiti al signor **Roberto Castiglioni** con atto in data 22 marzo 2011 n. 147.831/23.975 di repertorio dottor Alfonso Colombo, notaio in Milano.

Il presente atto rimarrà depositato presso il notaio autenticante.

f.to Marco Rabuffi

N. 150.343 REP.

N. 24.726 RACC.

Certifico io sottoscritto dottor ALFONSO COLOMBO, Notaio in Milano, iscritto presso il Collegio Notarile di Milano, vera ed autentica la sovra apposta firma del signor RABUFFI MARCO, nato ad Arco il giorno 26 maggio 1948, domiciliato per la carica a Milano, via Domenichino n. 5, quale Presidente del consiglio di amministrazione, amministratore delegato e legale rappresentante della società "FARMAFACTORING S.P.A.", con sede in Milano, via Domenichino n. 5, codice fiscale e numero di iscrizione presso il Registro delle Imprese di Milano 07960110158, munito degli occorrenti poteri in forza di deliberazione del consiglio di amministrazione della società in data 28 settembre 2011, della cui personale identità e qualifica io Notaio sono certo, il quale ha firmato in mia presenza il presente atto da me letto alla parte.

Milano,

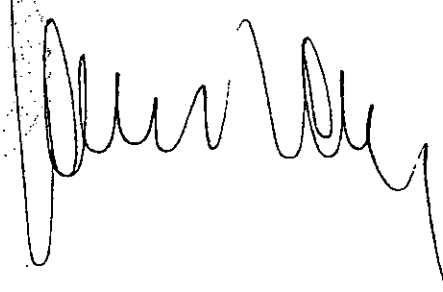
ventitre novembre duemilaundici, nel mio studio in via Borgogna n. 5, alle ore 13,45.

F.to ALFONSO COLOMBO, notaio.

E' copia conforme all'originale conservato nei miei atti.

Milano, li

25 NOV. 2011



Società	Ammontare Crediti al 30/06/2011
JOHNSON & JOHNSON MEDICAL SPA	58.788.645,84
ABBOTT SRL	24.364.050,92
ROCHE DIAGNOSTICS SPA	23.789.080,18
ABBOTT VASCULAR KNOLL RAVIZZA SPA	10.191.367,92
WYETH LEDERLE SPA	9.536.887,45
MERCK SERONO SPA	7.500.955,20
BECTON DICKINSON ITALIA SPA	6.038.948,07
OLYMPUS ITALIA SRL	4.655.364,59
BIOMERIEUX ITALIA SPA	4.574.659,88
DIASORIN SPA	3.949.402,07
MEDICAL SYSTEMS SPA	3.566.006,68
GLAXOSMITHKLINE S.P.A.	3.380.452,84
PFIZER ITALIA SRL	3.195.186,65
ZIMMER S.R.L.	3.166.022,40
NUTRICIA ITALIA SPA	2.617.695,90
L. MOLteni & C. dei F.lli ALITTI S.P.A.	2.458.038,70
AGFA GEVAERT SPA	2.296.551,84
LUNDBECK ITALIA SPA	2.161.140,07
MENARINI DIAGNOSTICS SRL	1.795.770,36
ORTHOFIX SRL	1.590.900,87
TELEFLEX MEDICAL SRL	1.259.605,98
SIGMA TAU S.P.A.	1.188.192,05
BAXTER SPA	1.129.232,76
EUROSPITAL S.P.A.	1.010.616,73
GE HEALTHCARE SRL	903.350,32
CONVATEC ITALIA SRL	792.675,23
RIZZOLI ORTOPEDIA SPA	684.732,21
SMITHS MEDICAL ITALIA SRL	682.111,32
GUERBET SPA	647.997,26
ASTELLAS PHARMA SPA	623.628,65
BIOFUTURA PHARMA SPA	488.136,14
SANOFI PASTEUR MSD SPA	453.635,58
A. MENARINI IND. FARM. RIUNITE S.R.L.	333.138,76
TOSOH BIOSCIENCE SRL	333.131,70
GENERAL MEDICAL MERATE SPA	310.223,66
ALIFAX SPA	258.487,81
COFELY ITALIA SPA	210.310,72
NACATUR INTERNATIONAL SRL	201.780,29
CARLO ERBA REAGENTI SPA	198.016,94
MOLNLYCKE HEALTH CARE S.R.L.	195.791,52
ALK ABELLO SPA	189.125,25
IBISQUS SRL	180.436,00
PIERRE FABRE PHARMA SRL	177.083,69
FIDIA FARMACEUTICI SPA	173.833,03
MALESCI ISTITUTO FARMACOBIOLOGICO SpA	160.898,06
ZAMBON ITALIA s.r.l.	156.906,92
BRISTOL MYERS SQUIBB S.R.L.	124.536,92
BSN MEDICAL SRL	123.610,59

FERRING SPA	111.678,38
NYCOMED ITALIA SRL	89.443,16
ViiV HEALTHCARE SRL	80.870,48
MELLIN SPA	80.691,91
S.I.F.I. S.P.A.	66.293,06
ISTITUTO LUSOFARMACO D'ITALIA SpA	65.536,49
BRACCO S.P.A.	59.815,27
BRACCO IMAGING ITALIA SRL	56.992,52
BIOMEDICA FOSCAMA IND CHIM. FARM. SPA	48.864,25
F.I.R.M.A. SpA	46.030,48
CRUCELL ITALY SRL	45.761,30
ISTITUTO BIOCHIMICO ITALIANO S.P.A.	40.233,19
LABORATORI GUIDOTTI S.P.A.	32.208,37
IND. FARM.GALENICA SENESE S.r.L	23.748,48
NYCOMED SPA	20.170,38
GENZYME SRL (ex IMTIX)	16.914,58
BAYER SPA	7.801,60
CISA SPA	2.137,76
Somma:	193.391.848,21



**MODULO DI ADESIONE AL PROTOCOLLO D'INTESA
TRA FARMAFACTORING SPA (NELLA QUALITA' DI SOCIETA' DI GESTIONE DEI CREDITI DEI
SOGGETTI ADERENTI) E STRUTTURA COMMISSARIALE
AVENTE AD OGGETTO ATTO DI TRANSAZIONE SUI CREDITI PREGRESSI AI SENSI DEL DECRETO
DEL COMMISSARIO AD ACTA N.12/2011 e SS.MM.II.**

Spett.le
Azienda Sanitaria
A mezzo P.E.C.

[su carta intestata dell'Impresa]

So.Re.Sa. spa
A mezzo P.E.C.

Il sottoscritto.....nella qualità di legale rappresentante/amministratore dell'Impresa..... (l' "Impresa"), con sede legale in Partita Iva....., Impresa i cui crediti vantati nei confronti di codesta Azienda Sanitaria, per partite già fatturate al 30 giugno 2011, sono stati affidati in gestione alla Farmafactoring S.p.A., nel sottoscrivere il presente modulo di adesione al Protocollo d'Intesa (il "Protocollo") fra la stessa Farmafactoring S.p.A. ed il Commissario *ad acta* per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario, si obbliga, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, a rispettarne pienamente il contenuto, dichiarando di averne letto e condiviso i contenuti, accettando espressamente i termini e le condizioni di cui agli artt. 2-3-5-6-7-8-9-10.

Pertanto, con la presente adesione, la scrivente Impresa, con riferimento ai Crediti affidati in gestione alla Farmafactoring S.p.A., relativi a partite già fatturate al 30 giugno 2011, ed iscritti nella piattaforma gestita dalla So.Re.Sa. S.p.A. (*inserire data di caricamento dei crediti sulla piattaforma So.Re.Sa.*), si impegna a sottoporre tali Crediti alla procedura di accertamento di cui al decreto 12/2011 e ss.mm.ii da parte dell'Azienda Sanitaria, al fine di legittimarne la liquidazione in quanto certi, liquidi ed esigibili, e dichiara di accettare le seguenti modalità e tempi di regolamento:

- a. il pagamento del 30% dell'importo netto iscritto nella piattaforma gestita dalla So.Re.Sa. S.p.A. verrà corrisposto, a titolo di acconto, entro 45 giorni dalla presente adesione, ovvero dalla data di regolare iscrizione nella citata piattaforma, se successiva. Qualora l'Azienda Sanitaria ravvisi l'infondatezza delle pretese creditorie, tale da non consentire il pagamento dell'acconto, ne darà tempestiva e motivata comunicazione al Commissario *ad acta*, e le intese transattive sottoscritte con l'adesione al Protocollo si intenderanno risolte;
- b. una volta terminata l'istruttoria di cui al paragrafo 4 della Parte A delle Linee Guida approvate con Decreto 12/2011 e ss.mm.ii., e comunque non oltre 60 giorni dalla scadenza del termine di cui alla lettera a), l'Azienda Sanitaria, constatato l'effettivo svincolo delle somme eventualmente pignorate, effettuerà entro i successivi 15 giorni un ulteriore pagamento per un importo tale che, sommato all'acconto già erogato in

- precedenza, risulti pari al 60% delle partite complessivamente oggetto di liquidazione; nel caso di crediti non azionati, tale pagamento viene effettuato al netto di uno sconto del 2% da calcolare sulla parte della sorte capitale liquidata oggetto del pagamento di cui alle lettere a) e b);
- c. entro i successivi 30 giorni dalla scadenza del termine di cui alla lettera b), il residuo 40% dell'importo liquidato dall'Azienda Sanitaria, verrà transatto secondo quanto già previsto dal Decreto n. 12/2011 e ss.mm.ii., con successivo rilascio delle certificazioni, comprensive, per i soli crediti azionati, di un indennizzo forfettario pari al 3% del capitale certificato.

Resta espressamente stabilito che le partite creditorie in contestazione, escluse dal Protocollo a cui si esprime adesione e oggetto di contenzioso pendente per diversi titoli o ragioni, verranno definite all'esito dei giudizi in corso e/o potranno essere oggetto di successivi finalizzati accordi transattivi, ferme restando le disposizioni di cui ai paragrafi 10 e 11 delle linee guida del decreto 12/2011 e ss.mm.ii ai sensi delle quali, tra l'altro, i creditori dovranno impegnarsi anche sulle suddette posizioni a rinunciare agli atti dei processi esecutivi già intrapresi e a non attivare alcuna ulteriore azione esecutiva per un periodo di 12 mesi decorrenti dalla stipula dell'atto transattivo di cui alla lettera c) sopra riportata, acconsentendo espressamente allo svincolo delle somme vincolate presso i Tesorieri; in assenza di tale impegno non potrà essere definito alcun accordo transattivo, né potrà essere emesso alcun atto di certificazione.

Resta, inoltre, espressamente inteso che, per le procedure esecutive che hanno dato luogo a pignoramenti, la scrivente Impresa si impegna a presentare il provvedimento di svincolo rilasciato dal giudice dell'esecuzione debitamente notificato al Tesoriere dell'Azienda Sanitaria entro 60 giorni dalla presente adesione al Protocollo, e comunque prima che venga effettuato il pagamento previsto dalla lettera b) sopra richiamata.

Con la sottoscrizione del presente atto il sottoscritto, oltre ad aderire al Protocollo di intesa sottoscritto dalla Farmafactoring S.p.A. in data 05.04.2012, si obbliga sin d'ora a rinunciare agli interessi di mora maturati o maturandi e a qualsiasi onere, spesa, rivalutazione monetaria, risarcimento di danni, ivi comprese le spese legali e qualsiasi altro onere accessorio su tutte le partite creditorie oggetto di pagamento in contanti. Inoltre, con la sottoscrizione della presente, si obbliga a non dare impulso ad eventuali nuove azioni legali e a non proseguire quelle già intraprese e a non attivare, con riguardo a tutti i crediti vantati nei confronti dell'Azienda Sanitaria, per un periodo di dodici mesi decorrenti dalla stipula dell'atto transattivo di cui alla lettera c) sopra riportata, nuove procedure esecutive e a rinunciare a tutte le procedure esecutive eventualmente già intraprese con conseguente effettivo svincolo delle somme presso il Tesoriere e con rinuncia alla solidarietà professionale da parte degli avvocati.

L'Impresa dichiara e garantisce che i Crediti inseriti sulla piattaforma della So.Re.Sa. Spa sono nella piena ed esclusiva sua titolarità e nella incondizionata e libera sua disponibilità, nonché liberi da ogni sequestro, confisca, pegno, pignoramento, onere, gravame, vincolo, privilegio, cessione, mandato all'incasso, o altro diritto o gravame a favore di terzi.

(Ovvero: L'Impresa dichiara e garantisce che i Crediti inseriti sulla piattaforma della So.Re.Sa. Spa sono stati oggetto di: *cessione pro solvendo/ mandato all'incasso*, a favore del/i seguente/i Istituto di credito/Società finanziaria: In tal caso, il presente atto di adesione viene sottoscritto anche dal cessionario *pro solvendo/mandatario* all'incasso per accettazione senza riserve delle condizioni in esso contenute).



Inoltre, la scrivente attesta e garantisce:

- 1) di aver inserito e trasmesso, i propri dati contabili relativi a crediti oggetto di tale transazione alla So.Re.Sa. Spa unitamente alla "Richiesta di certificazione" ai sensi del Decreto del Commissario *ad acta* n. 12 del 2011 e ss.mm.ii., secondo la procedura pubblicata sul sito www.soresa.it;
- 2) di essere consapevole che la validità del presente accordo è subordinata alla riconciliazione ed alla liquidazione dei suddetti crediti da parte dell'Azienda Sanitaria.

La scrivente dichiara, anche ai sensi della L. 136 del 2010, che il pagamento delle somme dovrà avvenire sul conto corrente dedicato di cui alle seguenti coordinate bancarie:

Istituto di credito _____, IBAN _____.

La scrivente Impresa prende atto che il pagamento sarà sottoposto all'accertamento ai sensi dell'articolo 48-bis del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 602, come attuato dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008, n. 40 e da ultimo interpretato dalla Circolare MEF n. 29 dell'8 ottobre 2009 (l'Art. "48-bis").

Firma e timbro per accettazione

Il Legale Rapp.te

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento





Regione Campania

Il Presidente

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

DECRETO N. 53 DEL 09.05.2012

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

Premesso

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



Regione Campania

Il Presidente

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

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

Considerato

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

Valutato

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

Dato atto

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



Regione Campania

Il Presidente

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

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

Considerato

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

Ritenuto

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

Dato Atto

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

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



Regione Campania

Il Presidente

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

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

Precisato

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

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

DECRETA

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

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

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

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

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

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

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

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



Regione Campania

Il Presidente

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

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

Il Direttore dell'ARSAN
D.ssa Lia Bertoli

Il Dirigente del Settore Ruolo Personale SSR
Avv. Antonio Postiglione

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

L'Estensore
Ing. Salvatore Ascione

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

20 marzo 2012

Indice

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

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

1 Premessa

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

Tabella 1 – Analisi degli scostamenti al IV Trimestre 2011

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

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

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

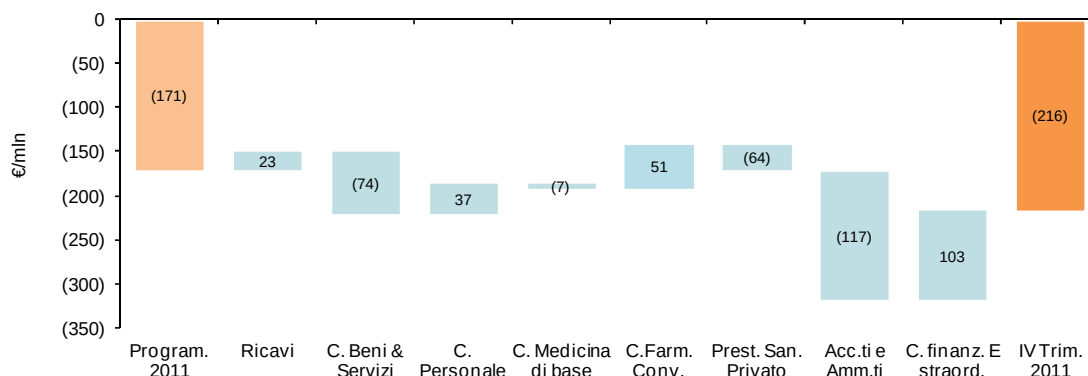
€/000	
Perdita di esercizio 2011	(216.062)
Perdite pregresse	(70.901)
Totale coperture necessarie	(286.963)

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

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

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

Figura 1 – Variazione Programmatico 2011 vs IV Trimestre 2011



1.1 Stato avanzamento lavori

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

1.1.1 Governance: Potenziamento della struttura amministrativa e gestionale interna

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

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

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

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

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

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

1.1.2 Rete ospedaliera

Razionalizzazione sistema ospedaliero

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

Riconversione dei piccoli ospedali

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

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

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

Tabella 3 – Analisi dello stato di riconversione dei piccoli ospedali

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

SPS * : Struttura Polifunzionale per la Salute

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

1.1.3 Riqualificazione assistenza territoriale

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

Riorganizzazione della rete trasfusionale

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

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

Ridefinizione degli ambiti distrettuali e sociali

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

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

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

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

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

Razionalizzazione rete laboratoristica

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

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

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

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

*: sede modificata rispetto al PO precedente.

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

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

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

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

Potenziamento dell'assistenza domiciliare

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

Riqualificazione della rete Emergenza-Urgenza

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

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

Accordi MMG/PLS

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

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

1.1.4 Prevenzione, veterinaria ed igiene degli alimenti

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

Piano regionale di Prevenzione Veterinaria e igiene degli alimenti

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

Veterinaria e Igiene degli alimenti

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

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

1.1.5 Razionalizzazione gestione del personale

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

Tabella 6 – Analisi degli scostamenti al IV Trimestre

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Alcune criticità sono state invece riscontrate nei seguenti interventi:

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

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

1.1.6 Farmaceutica

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

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

Tabella 7 – Analisi degli scostamenti al IV Trimestre

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

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

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

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

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

Tabella 8 – Recupero economico del *payment by results*

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

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

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

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

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

1.1.7 Interventi di sistema

Accreditamento

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

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

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

Compartecipazioni

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

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

Tabella 9 – Farmaceutica convenzionata

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

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

Tabella 10 – Compartecipazione all'assistenza specialistica ambulatoriale

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

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

Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.8 Fornitura prestazioni da privati accreditati

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

Tabella 12 – Analisi dei costi per i privati

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.9 Protocolli d'intesa con le Università degli Studi

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

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

1.1.10 Tariffe

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

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

1.2 Tendenziale 2012

Tabella 13 – Tendenziale 2012

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

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

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

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

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

RICAVI

Contributi in c/esercizio indistinti

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

Saldo mobilità

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

Contributi in c/esercizio a destinazione vincolata

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

Altre entrate

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

COSTI

Beni e Servizi

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

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

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

Costo del Personale dipendente

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

Medicina di Base

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

Farmaceutica convenzionata

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

Prestazioni sanitarie da privato

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

Più in dettaglio, si prevedono i seguenti andamenti:

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

Ammortamenti

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

Accantonamenti a fondi rischi,

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

Gestione straordinaria, finanziaria e fiscale

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

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

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

2 I Programmi Operativi 2012

Tabella 14 – Tendenziale e Programmatico 2012

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

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

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

Tali interventi programmatori possono essere distinti in due diverse tipologie:

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

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

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

Tabella 15 – Riepilogo manovre 2012 e valorizzazione

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

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

2.1 Governance

Tabella 16 – Riepilogo manovre e valorizzazioni 2012 - Governance

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

2.1.1 Rafforzamento del Nucleo di coordinamento

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

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

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

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

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

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

Risultati programmati

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

Indicatori di risultato Regionali

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

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

2.1.2 Verifica adempimenti LEA

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

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

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

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

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

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

Risultati programmati

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

Indicatori di risultato Regionali

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

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

Indicatori di risultato Aziendali

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Risultati programmati

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

Indicatori di risultato Regionali

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

2.1.4 Individuazione di un Dominio organizzativo responsabile per i Flussi Istituzionali

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Risultati programmati

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

Indicatori di risultato Regionali

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

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

2.1.5 Potenziamento del sistema dei controlli di appropriatezza delle prestazioni

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Risultati programmati

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

Indicatori di risultato Aziendali

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

2.2 Personale

Tabella 17 – Riepilogo manovre e valorizzazioni 2012 - Personale

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

2.2.1 Blocco del *turn over*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Risultato programmato

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

Indicatori di risultato Regionali

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

Indicatori di risultato Aziendali

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

Valorizzazione dell'intervento

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

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

Tabella 18 – Stima dei cessati e assunti 2010 – 2012

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

* stima prudenziale

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

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

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

Tabella 19 – Costo medio annuo del personale per ruolo

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

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

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

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

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

Tabella 21 – Stima impatto manovra IRAP

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

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

2.2.2 Altri interventi di contenimento della spesa

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

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

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

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

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

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

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

Risultati Programmati

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

Indicatori di risultato Regionali

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

2.2.3 Fondi contrattuali

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

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

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

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

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

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

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

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

Risultati programmati

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

Indicatori di risultato regionali

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

2.3 Rapporti con gli erogatori

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

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

2.3.1 Accreditamento

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

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

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

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

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

Risultati programmati

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

Indicatori di risultato Regionali

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

2.3.2 Accordi contrattuali

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

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

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

Tabella 23 – Tetti di spesa 2011 – 2012

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

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

Risultati programmati

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

Indicatori di risultato Regionale

- Stipula degli accordi entro il 15 aprile 2012.

Indicatori di risultato Aziendale

- Stipula dei contratti entro il 30 aprile 2012.

Valorizzazione dell'intervento

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

Tabella 24 – Manovra sui tetti 2012

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

2.3.3 Protocolli d'intesa con le Università

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

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

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

Risultati programmati

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

Indicatori di risultato Regionale

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

2.4 Rete Ospedaliera

Tabella 25 – Riepilogo manovre e valorizzazioni 2012 – Rete Ospedaliera

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

2.4.1 Controllo dello stato di riconversione delle strutture

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

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

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

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

Risultati programmati

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

Indicatori di risultato Regionali

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

Indicatori di risultato Aziendali

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

2.4.2 Assetto Rete

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

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

- per le strutture ospedaliere attraverso:

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

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

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

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

Risultati programmati

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

Indicatori di risultato Regionali

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

Indicatori di risultato Aziendali

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

2.4.3 Tariffe

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

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

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

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

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

Risultati programmati

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

Indicatori di risultato Regionali

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

2.5 Rete Territoriale

Tabella 26 – Riepilogo manovre e valorizzazioni 2012 – Rete Territoriale

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

2.5.1 Assetto Rete

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Risultati programmati

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

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

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

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

Indicatori di risultato Regionali

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

Indicatori di risultato Aziendali

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

2.5.2 Cure domiciliari

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

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

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

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

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

Risultati programmati

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

Indicatori di risultato Regionali

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

2.5.3 Rete Trasfusionale

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

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

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

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

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

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

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

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

Risultati programmati

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

Indicatori di risultato Regionali

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

2.5.4 Rete Emergenza Urgenza

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

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

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

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

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

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

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

Risultati Programmati

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

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

Indicatori di risultato Regionali

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

Indicatori di risultato Aziendali

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

2.5.5 Rete laboratoristica

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

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

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

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

Risultati programmati

Per il settore pubblico:

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

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

Per il settore privato:

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

Indicatori di risultato Regionali

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

Indicatori di risultato aziendali

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

2.5.6 Accordi MMG/PLS

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

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

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

Risultati programmati

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

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

Indicatori di risultato

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

2.5.7 Tariffe

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In fase di adozione delle nuove tariffe sarà inoltre considerata:

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

Risultati programmati

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

Indicatori di risultato Regionali

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

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

2.5.8 Compartecipazioni

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

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

Pronto soccorso

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

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

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

Farmaceutica

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

Specialistica ambulatoriale

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

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

Risultati programmati

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

Indicatori di risultato Regionali

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

Indicatori di risultato Aziendali

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

2.5.9 Riallineamento ambiti dei Distretti

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

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

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

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

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

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

Risultati programmati

- Conclusione fase concertativa entro il 31 dicembre 2012.

Indicatori di risultato Regionali

- Conclusione fase concertativa entro il 31 dicembre 2012.

2.6 Sistema di monitoraggio della spesa Farmaceutica

Tabella 27 – Riepilogo manovre e valorizzazioni 2012 – Farmaceutica

	€/m ln
Sistema di monitoraggio della spesa farmaceutica	-

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

In particolare si utilizzeranno le seguenti banche dati:

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

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

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

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

Risultati programmati

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

Indicatori di risultato Regionali

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

Indicatori di risultato Aziendali

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

2.7 Acquisto beni e servizi

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

	€/m ln
Acquisto beni e servizi	42,0

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

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

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

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

Tabella 29 – Gare programmate per il 2012

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

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

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

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

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

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

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

Risultati programmati

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

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

Indicatori di risultato Regionali

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

Indicatori di risultato Aziendali

- Spesa per prodotti Farmaceutici ed Emoderivati 2011 vs 2012.

Valorizzazione intervento

Tabella 30 – Valorizzazione manovra sul contenimento della spesa

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

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

2.8 Regolarizzazione dei pagamenti ai creditori

Tabella 31 – Riepilogo manovre e valorizzazioni 2012 – Regolarizzazione pagamenti

	€/mln
Regolarizzazione dei pagamenti ai creditori	-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Risultati programmati

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

Indicatori di risultato

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

2.9 Prevenzione, Veterinaria e igiene degli alimenti

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

	€/mln
Prevenzione, Veterinaria e igiene degli alimenti	-

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

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

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

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

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

Risultati programmati

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

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

Indicatori di risultato Regionali

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

3 Allegato

3.1 Acquisto Beni e Servizi

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

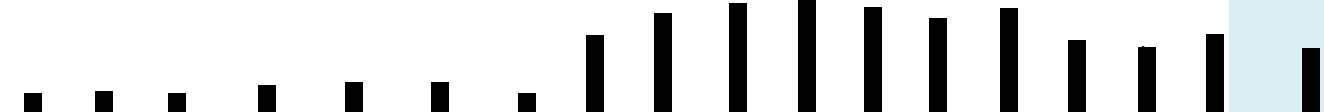
- dati consuntivi 2010 (i dati programmatici 2011-2012 e riportati nel precedente PO erano stati definiti in base ai dati risultanti dal IV Trimestre 2010);
- accorpamenti e trasferimenti di attività derivanti dall'attuazione del Decreto 49/2010 di riorganizzazione della Rete Ospedaliera.

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

Tabella 33 – IV Trimestre 2011 per Azienda

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

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



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

Tabella 35 – Analisi degli scostamenti dal Programmatico 2011 per Azienda

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

Tabella 36 – Consuntivo 2010 per Azienda

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

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

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



Decreto Dirigenziale n. 193 del 02/05/2012

A.G.C. 19 Piano Sanitario regionale e rapporti con le UU.SS.LL.

Settore 2 Aggiornamento e formazione del personale

Oggetto dell'Atto:

ATTIVITA' FORMATIVE PER ALIMENTARISTI.ENTE CASARTIGIANI CASERTA
ONLUS.PROVVEDIMENTI.

IL DIRIGENTE

PREMESSO

-che con decreto dirigenziale n.9/06, avente ad oggetto “Attività formative per alimentaristi. Accreditamento Enti” si è provveduto ad approvare l'atto di indirizzo con il quale sono stati indicati i criteri e le modalità attuative per il rilascio degli accrediti diretti alla tenuta dei relativi corsi ;
-che l'Ente “Casartigiani Studi Caserta Onlus” ,con nota del 21/04/2006 ha avanzato formale richiesta di autorizzazione;

RILEVATO

-che a seguito della istruttoria documentale e tecnico-strutturale disposta dal Settore “Aggiornamento e Formazione del Personale Sanitario “ l'Ente “Casartigiani Studi Caserta Onlus” veniva autorizzato alla tenuta delle attività formative con accreditamento n.32 del 27/05/06;
-che tale accredito autorizzava quali sedi, legale ed operativa quelle ubicate in:
Caserta -Via Unità Italiana,158-sede legale;
Melito(Ce)-Via Signorelli,27-sede operativa;

TENUTO CONTO

-che con nota prot. 0112203 del 14/02/2012 questo Settore ha incaricato il competente SIAN di effettuare opportuni accertamenti al fine di verificare il regolare funzionamento delle sedi innanzi citate;

VISTA

- la nota del SIAN ASL NA 2 nord prot. n. 189/SIAN del 17/02/2012 con la quale viene segnalato che che l'Ente “Casartigiani Caserta Onlus” non svolge presso la propria sede operativa attività formative per alimentaristi dal dicembre 2010;
- che di tanto l'Ente non ha provveduto a darne alcuna comunicazione al Settore “Aggiornamento e Formazione del Personale Sanitario “ al fine di poter consentire allo stesso le opportune valutazioni di competenza finalizzate alla riapertura dei termini per il rilascio degli accrediti in modo tale da garantire su tutto il territorio regionale una adeguata proposta formativa, sia dal punto di vista logistico che qualitativo;

CONSIDERATO

-che l'autorizzazione concessa all'Ente “Casartigiani Studi Caserta Onlus”prevede comunque anche l'erogazione, in un rapporto di reciproca fiducia, di un servizio istituzionale che si sviluppa attraverso rapporti di ordine amministrativo con il Settore “Aggiornamento e Formazione del Personale Sanitario”, altre istituzioni e l'utenza comunque interessata alla formazione;
-che tale rapporto fiduciario al momento deve ritenersi concluso per l' inadempienza dell'Ente sopra descritta;

VISTE

-la L.R. 4.07.91 n.11;
-la deliberazione di Giunta Regionale n.3466 del 3.06.2000;
-la Circolare dell'Assessore al Personale della Giunta Regionale n.5 del 12.6.2000;
-Il Decreto Dirigenziale di delega delle funzioni a firma del Coordinatore dell'A.G.C.”Piano Sanitario Regionale e Rapporti con le OO. SS.” n.1 del 12/07/05;
-la nota esplicativa dell'A.G.C. Affari Generali della Giunta Regionale prot.n.0078619 del 26/01/2006;

RITENUTO

per tutto quanto innanzi esposto doversi conseguentemente disporre,

alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Dirigente del Servizio 01) “Formazione del Personale Sanitario ” nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità resa dallo stesso,

DECRETA

per quanto in premessa indicato e che qui si intende integralmente riportato :

-di revocare l'autorizzazione n.32 del 27/05/06 concessa all'Ente "Casartigiani"per la sede operativa ubicata a Melito(NA) alla via Signorelli,27;

-di trasmettere il presente provvedimento , per quanto di rispettiva competenza :

-al Legale Rappresentante Ente "Casartigiani Studi Caserta Onlus"; al Responsabile del S..I.A.N. dell' ASL NA 2 nord ;al Settore 01-Attività di Assistenza alle sedute di Giunta, Comitati dipartimentali-Servizio 04-Registrazione atti monocratici-Archiviazione decreti dirigenziali,anche per via telematica ;al B.U.R.C. per la pubblicazione .

-Iannuzzi-



Decreto Dirigenziale n. 45 del 5/03/2012

A.G.C. 20 - Assistenza Sanitaria

Settore: 09 - SETTORE Tecnico - Amministrativo Provinciale - Napoli

Oggetto:

Regg.ti CE 852-853/2004 - Aggiornamento atto di riconoscimento a seguito di modifiche produttive - Ditta B & G Di Palo Commercio e Lavorazione Carni srl - Cardito (NA), alla Via Torino, n. 4,- Approval number X3F1F.

IL DIRIGENTE

PREMESSO che lo stabilimento della ditta B & G Di Palo Commercio e Lavorazione Carni srl, con sede legale in Napoli, Piazza dei Martiri, n. 30 e sede operativa in Cardito (NA), alla Via Torino, n. 4, è stato riconosciuto idoneo, a seguito cambio regionale sociale giusto D.D. n. 347/SANSTAP-NA del 15.10.2008 per lo svolgimento dell'attività di sezionamento di carni di ungulati domestici e di deposito frigorifero con APPROVAL NUMBER X3F1F, ai sensi dei Regg.ti CE 852-853/04;

CONSIDERATO che il Dipartimento di Prevenzione-Servizi Veterinari dell'ASL Napoli 2 NORD, con nota prot. n. 226 del 27.2.2012, ha trasmesso l'istanza del legale rappresentante della ditta in oggetto, volta ad ottenere l'aggiornamento dell'atto di riconoscimento a seguito di modifiche produttive quali:

- **Attivazione produzione disciplinata dalla Sez. V dell'All. III del Reg. 853/04 per uno stabilimento di preparazione carni macinate (bovine – suine)**
- **Attivazione produzione disciplinata dalla Sez. VI dell'All. III del Reg. 853/04 per uno stabilimento di trasformazione – insaccati stagionati (bovini e suini).**

VISTA la nota n. 180 del 13.2.2012 del predetto Dipartimento di Prevenzione, con il quale viene espresso parere favorevole in quanto lo stabilimento de quo possiede i requisiti igienico – sanitari e tecnico-strutturali previsti dal Reg. CE 853/04;

VISTA la documentazione acquisita dalla richiamata ASL, compresa la planimetria aggiornata, che rimane agli atti di questo Settore;

VISTE la ricevuta di versamento sul c/c postale n. 21965181, effettuato dalla ditta il 24.2.2012 di 1032,91 euro, a favore della Regione Campania, così come disposto nella D.G.R.C. n. 795 del 16.6.2006, pubblicata sul BURC n. 30 del 10.7.2006, attestante il pagamento della tassa per l'aggiornamento;

VISTA la dichiarazione sostitutiva di atto notorio del rappresentante legale della ditta in oggetto, con la quale viene comunicato che l'attività svolta nello stabilimento di che trattasi è ad inquinamento scarsamente rilevante e pertanto non soggetta a comunicazione all'Autorità competente;

VISTO il T.U.A. 152/2006;
il D. Lgs.vo 128/2010;

VISTO l'art. 4 del Reg. CE n. 853/04 del Parlamento Europeo e del Consiglio che stabilisce norme specifiche in materia di igiene per gli alimenti di origine animale;

VISTO l'art. 114 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, che conferisce alle Regioni e Province autonome tutte le funzioni e i compiti amministrati in tema di sanità veterinaria, salvo quelli espressamente mantenuti allo Stato;

VISTO il D.P.C.M. 26 maggio 2000 ad oggetto: "Individuazione delle risorse umane, finanziarie, strumentali ed organizzative da trasferire alle Regioni in materia di salute umana e sanità veterinaria, ai sensi del titolo IV, capo I, del D.L.vo. 112/98";

VISTA la delibera di G.R. n. 3466 del 3.6.2000 ad oggetto "Attribuzioni di funzioni ai Dirigenti della Giunta Regionale";

VISTA altresì la circolare n. 5 del 12/06/2000 dell'Assessore alle Risorse Umane della Regione Campania;

VISTO il Decreto Dirigenziale n. 30 del 6.3.2007 del Coordinatore dell'A.G.C. n. 20 - Assistenza Sanitaria di delega delle funzioni al Dirigente dello S.T.A.P. di Napoli, di tutti i compiti, compresi gli atti che impegnano l'Amministrazione verso l'esterno;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 795 del 16.06.2006;
la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1838 del 20.11.2008;

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Settore 09 – Servizio 01 – STAP NA – Assistenza Sanitaria e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché della espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Dirigente del Settore a mezzo di sottoscrizione della presente:

DECRETA

Per i motivi espressi in premessa e che qui si intendono integralmente riportati:

- Si autorizzano, allo stabilimento della ditta B & G Di Palo Commercio e Lavorazione Carni srl, con sede legale in Napoli, Piazza dei Martiri, n. 30 e sede operativa in Cardito (NA), alla Via Torino, n. 4, riconosciuto idoneo con APPROVAL NUMBER X3F1F, le modifiche produttive, che comportano variazioni all'atto di riconoscimento quali:
 - **Attivazione produzione disciplinata dalla Sez. V dell'All. III del Reg. 853/04 per uno stabilimento di preparazione carni macinate (bovine – suine);**
 - **Attivazione produzione disciplinata dalla Sez. VI dell'All. III del Reg. 853/04 per uno stabilimento di trasformazione – insaccati stagionati (bovini e suini).**
- di inviare il presente provvedimento all'Assessore alla Sanità, alla Segreteria di Giunta Regionale, al Settore Veterinario Regionale, al Dipartimento di Prevenzione - Servizio Veterinario dell'ASL Napoli 2 NORD al fine della notifica alla ditta interessata e per i previsti compiti di vigilanza nonché al Bollettino Ufficiale della Regione Campania per la pubblicazione.

Il Dirigente del Settore
Prof. Prospero Volpe



Decreto Dirigenziale n. 82 del 5/04/2012

A.G.C. 20 - Assistenza Sanitaria

Settore: 09 - Tecnico - Amministrativo Provinciale - Napoli

Oggetto:

Regg.ti CE 852-853/04 - All. III - Sez. VIII - Revoca attivita' produttiva e APPROVAL NUMBER 2232 - stabilimento ditta MONDIAL FISH di De Biase Carlo & C. s.a.s. - sede operativa in Qualiano (NA), alla Via Ripuaria, n. 39 bis.

IL DIRIGENTE

PREMESSO **che** lo stabilimento della ditta MONDIAL FISH di De Biase Carlo & C. s.a.s., con sede legale ed operativa in Qualiano (NA), alla Via Ripuaria, n. 39 bis, è stato riconosciuto idoneo, con D.D. 252/SAN/STAP-NA del 28.9.2006, per svolgere l'attività prevista ai sensi del Reg. CE 853/2004 – ALL. III – Sez. VIII quale stabilimento di trasformazione, con APPROVAL NUMBER **2232**;

PREMESSO **che** con D.D. n. 89/SAN/STAP-NA del 4.4.2011 si è provveduto alla sospensione temporanea, dell'attività produttiva nonché dell'approval number **2232** assegnato alla ditta in oggetto, a seguito richiesta del rappresentante legale, per motivi commerciali, per un periodo non superiore a 12 mesi, a decorrere dall'1.1.2011, pena la revoca del riconoscimento, così come stabilito nella Deliberazione della Giunta Regionale Campania n. 1838 del 20.11.2008, subordinando la riattivazione, entro il predetto termine, alla verifica ed al rilascio di formale parere favorevole del Servizio Veterinario dell'ASL competente circa il mantenimento dei requisiti previsti dai Regg. CE 852-853/2004 e la conseguente comunicazione allo STAP secondo le procedure stabilite;

CONSIDERATO che i Servizi Veterinari dell'ASL competente territorialmente, con nota n. 39/A/VET del 24.01.2012, hanno comunicato che non sono pervenute da parte della ditta in oggetto comunicazioni di ripresa dell'attività e che, come constatato in occasione di sopralluoghi effettuati lo stabilimento risulta inattivo;

che questo Settore, con nota n. 90267 del 6.2.2012, indirizzata al titolare nonché rappresentante legale della ditta di che trattasi, ha ulteriormente sollecitato di comunicare la ripresa dell'attività ovvero la richiesta di revoca dell'Approval Number 2232, comunicando, ai sensi dell' art. 7 della L. 241/90, che, trascorsi inutilmente 30 giorni dalla data della citata nota si sarebbe provveduto ad avviare il procedimento di revoca del riconoscimento del suddetto Approval Number, ai sensi della delibera di G.R. Campania n. 1838 del 20.11.2008, con la quale è stato stabilito che il tempo massimo di durata della sospensione delle attività di uno stabilimento riconosciuto ai sensi del Reg. 853/2004, per i motivi previsti al punto 1.3 lett.H, all.A) alla delibera di G.R.C. 795/2006, nonché per i motivi previsti dall'art. 54, par.2, lett. e) ed f) del reg. CE n. 882/2004, non può superare i 12 mesi;

che, a tutt'oggi, non è pervenuta da parte della ditta de qua, alcuna comunicazione di ripresa dell'attività e che, come constatato in occasione dei sopralluoghi effettuati dai servizi veterinari dell'ASL territorialmente competenti, lo stabilimento risulta inattivo;

RITENUTO per quanto sopra, di dover procedere alla revoca dell'approval number 2232 assegnato allo stabilimento della ditta de qua;

VISTI i Regg.ti CE n. 852-853/04 del Parlamento Europeo e del Consiglio;

VISTO l'art. 114 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 che conferisce alle Regioni e Province autonome tutte le funzioni e i compiti amministrati in tema di sanità veterinaria, salvo quelli espressamente mantenuti allo Stato;

VISTO il D.P.C.M. 26 maggio 2000 ad oggetto: "Individuazione delle risorse umane, finanziarie, strumentali ed organizzative da trasferire alle Regioni in materia di salute umana e sanità veterinaria ai sensi del titolo IV, capo I, del D.L.vo 112/98";

VISTA la delibera di G.R. n. 3466 del 3.6.2000 ad oggetto “ Attribuzioni di funzioni ai Dirigenti della Giunta Regionale”;

VISTA altresì la circolare n. 5 del 12/06/2000 dell'Assessore alle Risorse Umane della Regione Campania;

VISTO il Decreto Dirigenziale n. 30 del 06/03/2007 del Coordinatore dell'A.G.C. n. 20, Assistenza Sanitaria, di delega delle funzioni al Dirigente dello S.T.A.P di Napoli, di tutti i compiti, compresi gli atti che impegnano l'Amministrazione verso l'esterno;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 795 del 16/06/2006
la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1838 del 20.11.2008;

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Settore 09 – Servizio 01 – STAP NA – Assistenza Sanitaria e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché della espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Dirigente del Settore a mezzo di sottoscrizione della presente:

DECRETA

Per i motivi espressi in premessa e che qui si intendono integralmente riportati:

- **DI REVOCARE**, ai sensi del Reg. CE 853/04 e della delibera di G.R. Campania n. 1838 del 20.11.2008, **l'approval number 2232** assegnato alla ditta MONDIAL FISH di De Biase Carlo & C. s.a.s., con sede legale ed operativa in Qualiano (NA), alla Via Ripuaria, n. 39 bis
- di inviare il presente provvedimento all'Assessore alla Sanità, alla Segreteria di Giunta Regionale, al Settore Veterinario Regionale, al Dipartimento di Prevenzione Servizio Veterinario A.S.L. NA 2 NORD per la notifica alla Ditta interessata e per i previsti compiti di vigilanza, nonché al Bollettino Ufficiale della Regione Campania per la pubblicazione.

Il Dirigente del Settore
Prof. Prospero Volpe



Decreto Dirigenziale n. 18 del 08/05/2012

A.G.C. 20 Assistenza Sanitaria

Settore 5 Assistenza ospedaliera e sovrintendenza sui servizi regionali di emergenza

Oggetto dell'Atto:

AGGIORNAMENTO E APPROVAZIONE ELENCO IDONEI PER LA SHORT LIST DI ESPERTI/CONSULENTI IN CAMPO SANITARIO PER IL SETTORE 05 -AGC20-, CON PARTICOLARE ATTENZIONE ALLA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI ASSOCIATE ALL'ASSISTENZA SANITARIA E ALLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E NELL'UTILIZZO DEI SISTEMI INFORMATIVI SANITARI.

IL DIRIGENTE

PREMESSO

- a. che il Settore 05, Assistenza Ospedaliera e Sovrintendenza sui Servizi Regionali di Emergenza - con il decreto dirigenziale n. 71 del 06/12/2011, ha approvato il disciplinare e l'avviso pubblico per designare esperti/consulenti chiamati a rendere consulenze specifiche con il Settore, con particolare attenzione alla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria e alla gestione del rischio clinico e nell'utilizzo dei sistemi informativi sanitari
- b. che a tal fine, valutate le istanze pervenute entro 60 giorni dalla pubblicazione dell'avviso pubblico, ha approvato l'elenco allegato dei nominativi ritenuti idonei con il DD n.2 del 17/02/2012
- c. che in virtù della citata normativa, per la short list non è prevista la formazione di una graduatoria finale, ma di un elenco di nominativi in ordine alfabetico.
- d. che l'inserimento nella Short list non comporta alcun diritto, da parte dei partecipanti alla procedura di ottenere un incarico professionale dall'Amministrazione Regionale
- e. che l'Amministrazione può disporre, in qualsiasi momento, con provvedimento motivato, l'esclusione degli interessati dalla presente procedura, ove venga accertato, anche con l'ausilio degli Ordini Professionali e/o Albi, il difetto dei requisiti prescritti e dichiarati dal candidato all'atto della presentazione dell'istanza

DATO ATTO che è pervenuta la nota acquisita agli atti del settore prot n.0227993 del 23/03/2012 dello Studio legale dell'Avv. Pugliese, con la quale è stata contestata la mancata inclusione della sua assistita Dr. ssa Annabella Pugliese nell'elenco degli idonei pubblicati sul BURC n. 14 del 27/02/2012, ritenendo di aver inviato regolarmente la domanda nei termini previsti dall'avviso e di essere in possesso dei requisiti prescritti.

CONSIDERATO che al Settore 05 non risultava acquisita agli atti l'istanza della Dr.ssa Annabella Pugliese, e che pertanto, è stata attivata, a tal fine, idonea procedura per verificare e ricercare il percorso della raccomandata, acquisendo tra l'altro, dallo studio legale, con nota prot n. 0258415 del 03/04/2012, copia della ricevuta della raccomandata inviata dalla sua assistita

DATO ATTO che

- a. Con nota prot n. 0258654 del 03/04/2012 è stato richiesto di conoscere, all'Ufficio Smistamento Posta della Regione Campania c/o AGC Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale, il percorso della raccomandata
- b. Con nota prot n. 0299426 del 18/04/2012 è stato richiesto all'AGC 20 Assistenza Sanitaria l'eventuale presenza dell'istanza presso il protocollo dei suoi uffici

CONSIDERATO CHE

- a. Con nota prot n.0319114 del 26/04/2012 è stato comunicato allo studio legale che la ricerca del plico presso gli uffici regionali è stata infruttuosa,
- b. con la stessa nota è stato richiesto, per il tramite dello studio legale, alla sua assistita di ripresentare la domanda entro 15 giorni dal ricevimento .

PRESO ATTO CHE la domanda della Dr.ssa Annabella Pugliese è stata presentata in data 08/05/2012 ed è stata acquisita agli atti del settore con prot con n. 0348045 del 08/05/2012

PRESO ATTO, altresì, che la Dssa Rea Cinzia , in qualità di responsabile del procedimento, ha ritenuto l'istanza della Dr.ssa Annabella Pugliese regolare, completa e conforme ai requisiti autocertificati e richiesti dall'avviso pubblico.

RITENUTO, pertanto, di poter inserire, dopo l'istruttoria esperita, la Drssa. Annabella Pugliese nell'elenco degli idonei per la short list di esperti/consulenti in possesso dei requisiti indicati nell'avviso pubblico, chiamati a rendere consulenze specifiche al Settore, in campo sanitario, con particolare attenzione alla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria e alla gestione del rischio clinico e nell'utilizzo dei sistemi informativi sanitari.

VISTO

- a. l'art. 7, comma 6 del D.lgs. 165/2001, così come sostituito dall'art. 32 della legge 04.08.2006 n. 248, e successive modifiche ed o integrazioni, che consente alle Amministrazioni Pubbliche di conferire, previa procedura comparativa, per esigenze cui non possono far fronte con personale in servizio, incarichi individuali ad esperti di provata competenza;
- b. il parere espresso dall'Avvocatura Regionale con nota prot n.394884 del 18/05/2011, in riscontro alla richiesta del Settore 05, sul disciplinare e l'avviso pubblico di una short list del settore per la ricerca di esperti e/o consulenti da destinare ad attività di particolare complessità tecnico scientifica

VISTI

- il D.lgs. 165/01 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"

- il DLGS 276/2003"Attuazione delle deleghe in materia di occupazione e mercato del lavoro, di cui alla legge 14 febbraio 2003, n. 30"

VISTE

- la DGRC 1341/2007POR Campania 2000-2006. Disciplinare approvato con DGR 665 del 31/05/05:"Disciplinare regionale per l'acquisizione di beni e servizi nell'ambito delle misure del POR Campania".Modifiche ed integrazioni.
- la DGRC 111/2007 "Disciplina concernente la costituzione di commissioni e il relativo compenso".
- la DGRC 112/2007"Approvazione disciplinare per le autorizzazioni ai dipendenti della Giunta Regionale per lo svolgimento di attività non comprese nei compiti e doveri di ufficio.

Alla stregua dell'istruttoria svolta dal Settore Assistenza Ospedaliera;

DECRETA

Per i motivi esposti in premessa che qui si intendono integralmente riportati:

- di inserire la Dr.ssa Annabella Pugliese per quanto in premessa nell'elenco degli idonei per la short list di esperti/consulenti in possesso dei requisiti indicati nell'avviso pubblico, chiamati a rendere consulenze specifiche al Settore, in campo sanitario, con particolare attenzione alla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria e alla gestione del rischio clinico e nell'utilizzo dei sistemi informativi sanitari.
- di aggiornare e approvare il nuovo elenco degli idonei per la short list in parola allegato e parte integrante del presente atto.
- di stabilire, comunque, che la short list dovrà essere integrata ed aggiornata al 31 gennaio di ogni anno con l'inserimento delle domande che medio tempore saranno pervenute;
- di inviare il presente atto al Settore Stampa e Documentazione per la pubblicazione sul BURC e al link del Settore Assistenza Ospedaliera sul sito regione Campania.

Il Dirigente
Dr. Renato Pizzuti

idonei

	<u>ELENCO IDONEI</u>	
	COGNOME	NOME
1	BIANCO	ELVIRA
2	CAPASSO	ALDO
3	CASELLA	CARLA
4	CICALA	STEFANO DOMENICO
5	D'AGOSTINO	FEDERICA
6	D'ONOFRIO	GAETANO
7	FAELLA	FRANCESCO SAVERIO
8	LODATO	GERARDO
9	MARINO	GERARDO
10	PANUNZI	ALESSANDRA
11	PANICO	MARIA GRAZIA
12	PUGLIESE	ANNABELLA
13	QUINTO	NUNZIO
14	ROMANELLI	ELEONORA
15	RUOTOLO	CARMEN
16	RUSSO	MARIA
17	SARNACCHIARO	PASQUALE
18	SARNELLI	BRUNO
19	SIGNORIELLO	GIUSEPPE



Decreto Dirigenziale n. 113 del 03/05/2012

A.G.C. 20 Assistenza Sanitaria

Settore 9 Settore tecnico amm.vo provinciale Napoli - A.G.C. 20

Oggetto dell'Atto:

REGG.TI CE 852-853/04 - ALL. III - SEZ.NI 0 E VII - REVOCA ATTIVITA' PRODUTTIVA E APPROVAL NUMBER 2377 - STABILIMENTO DITTA MARELUNA DI DISCOLO FRANCESCO - SEDE OPERATIVA IN S. MARIA LA CARITA' (NA), VIA SASSOLA, N. 50.

IL DIRIGENTE

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Settore 09 – Servizio 01 – STAP NA – Assistenza Sanitaria e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché della espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Dirigente del Settore a mezzo di sottoscrizione della presente:

PREMESSO che lo stabilimento della ditta MARELUNA di Discolo Francesco, con sede legale ed operativa in S. Maria la Carità (NA), Via Sassola, n. 50, è stato riconosciuto idoneo, giusto D.D. n. 260/SAN/STAP-NA del 12.4.2002, quale CSM ai sensi del previgente D. Lg.vo 530/92 con numero riconoscimento CE 512 CSM e giusto D.D. n. 261/SAN/STP-NA del 12.4.2001 quale deposito all'ingrosso di prodotti ittici, ai sensi del previgente D. Lg.vo 531/92 con numero di riconoscimento CE 2377;

che con l'entrata in applicazione del Regolamento CE n. 853 del 29 aprile 2004, che stabilisce norme speciali per gli alimenti di origine animale, a tutti gli stabilimenti disciplinati dall'Allegato III dello stesso Regolamento, deve essere assegnato un numero di riconoscimento unico, a prescindere dalle tipologie di attività che in esse vengono svolte;

che il Settore Veterinario, con nota n. 2007.0473241 del 25.5.2007, ha provveduto ad assegnare allo stabilimento della ditta in oggetto il numero di riconoscimento unico APPROVAL NUMBER 2377;

CONSIDERATO che il Dipartimento di Prevenzione – Servizi Veterinari dell'ASL NA 3 SUD, con nota prot. n. 601 del 13.4.2012, acquisita al nostro protocollo al n. 311124 del 23.4.2012, ha trasmesso la nota del rappresentante legale della ditta in oggetto, Sig. Discolo Francesco, con la quale dichiara di avere cessato l'attività presso lo stabilimento di che trattasi e che pertanto viene chiesta la revoca dell'attività produttiva e dell'approval number 2377;

RITENUTO per quanto sopra, di dover procedere alla revoca dell'approval number 2377 assegnato allo stabilimento della ditta de qua;

VISTI i Regg.ti CE n. 852-853/04 del Parlamento Europeo e del Consiglio;

VISTO l'art. 114 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 che conferisce alle Regioni e Province autonome tutte le funzioni e i compiti amministrati in tema di sanità veterinaria, salvo quelli espressamente mantenuti allo Stato;

VISTO il D.P.C.M. 26 maggio 2000 ad oggetto: "Individuazione delle risorse umane, finanziarie, strumentali ed organizzative da trasferire alle Regioni in materia di salute umana e sanità veterinaria ai sensi del titolo IV, capo I, del D.L.vo 112/98";

VISTA la delibera di G.R. n. 3466 del 3.6.2000 ad oggetto "Attribuzioni di funzioni ai Dirigenti della Giunta Regionale";

VISTA altresì la circolare n. 5 del 12/06/2000 dell'Assessore alle Risorse Umane della Regione Campania;

VISTO il Decreto Dirigenziale n. 30 del 06/03/2007 del Coordinatore dell'A.G.C. n. 20, Assistenza Sanitaria, di delega delle funzioni al Dirigente dello S.T.A.P di Napoli, di tutti i compiti, compresi gli atti che impegnano l'Amministrazione verso l'esterno;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 795 del 16/06/2006
la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1838 del 20.11.2008;

D E C R E T A

Per i motivi espressi in premessa e che qui si intendono integralmente riportati:

- **DI REVOCARE**, ai sensi del Reg. CE 853/04 e della delibera di G.R. Campania n. 1838 del 20.11.2008, **l'approval number 2377** assegnato alla ditta MARELUNA di Discolo Francesco, con sede legale ed operativa in S. Maria la Carità (NA), Via Sassola, n. 50;
- di inviare il presente provvedimento all'Assessore alla Sanità, alla Segreteria di Giunta Regionale, al Settore Veterinario Regionale, al Dipartimento di Prevenzione Servizio Veterinario A.S.L. NA 3 SUD per la notifica alla Ditta interessata e per i previsti compiti di vigilanza, nonchè al Bollettino Ufficiale della Regione Campania per la pubblicazione.

Il Dirigente del Settore
Prof. Prospero Volpe



Decreto Dirigenziale n. 121 del 09/05/2012

A.G.C. 20 Assistenza Sanitaria

Settore 9 Settore tecnico amm.vo provinciale Napoli - A.G.C. 20

Oggetto dell'Atto:

REGG. CE 852-853/2004 - ALL. III - SEZ.NI 0, I, V E VI - RICONOSCIMENTO IDONEITA' IMPIANTO DELLA DITTA LANNA CARNI SAS - SEDE OPERATIVA IN CAIVANO (NA) - SS. SANNITICA KM. 13,600 - APPROVAL NUMBER H8Z3K (P.IVA: 05970711213).

IL DIRIGENTE

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Settore 09 – Servizio 01 – STAP NA – Assistenza Sanitaria, e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dall'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Dirigente del Settore a mezzo di sottoscrizione della presente:

PREMESSO che il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL NA 2 NORD, con nota prot. n. 394 del 16.4.2012, acquisita al ns. prot. al n. 296791 del 18.4.2012, ha trasmesso l'istanza del Sig. MARCO ORVETTO – nato a Caivano (NA) il 31.7.1961 ed ivi residente in Via Giovanni XXIII, n. 22 (C.F.: RVTMRC61L31B371Z), nella qualità di legale rappresentante della Ditta LANNA CARNI sas, con sede legale in CAIVANO (NA) – Via G. Matteotti, n. 45 ed operativa in CAIVANO (NA) – SS. Sannitica Km. 13,600, volta ad ottenere il riconoscimento di idoneità ai sensi dei Regg.ti CE 852-853/04 – All. III – Sezioni 0, I, V e VI, rispettivamente per un

- Deposito frigorifero autonomo – carni ungulati domestici (suino)
- Laboratorio di sezionamento – Carni di ungulati domestici (suino)
- Stabilimento per preparazioni di carni – Preparazioni di carni e Carne macinata (suino)
- Stabilimento di trasformazione – Insaccati freschi, insaccati stagionati, carni salate stagionate, porzionatura, affettatura. Disosso. (suino);

VISTA la documentazione, acquisita dall'ASL NAPOLI 2 NORD che resta agli atti di questo Settore;

VISTO il verbale di sopralluogo, effettuato il 16.4.2012 da personale della predetta ASL, con il quale viene espresso parere favorevole al richiesto riconoscimento in quanto lo stabilimento possiede i requisiti tecnico-strutturali e igienico-sanitari previsti dall'All. III – Sez.ni 0, I, V e VI del Reg.to CE 853/04;

VISTO il versamento sul c/c postale n. 21965181, effettuato dalla ditta in data 11.4.2012 di Euro 1.032,91, a favore della Regione Campania attestante il pagamento della tassa di riconoscimento;

VISTA la dichiarazione del rappresentante legale della ditta de qua, con la quale viene comunicato che l'attività svolta nello stabilimento di che trattasi è ad inquinamento scarsamente rilevante e pertanto non soggetta a comunicazione all'Autorità competente;

VISTA la nota del Settore Veterinario, AGC 20 – Assistenza Sanitaria, prot. n. 346396 dell'8.5.2012, con la quale si comunica che l'APPROVAL NUMBER progressivo di sistema assegnato all'impianto della ditta LANNA CARNI sas, con sede legale in CAIVANO (NA) – Via G. Matteotti, n. 45 ed operativa in CAIVANO (NA) – SS. Sannitica Km. 13,600, è **H8Z3K**, per un:

- Deposito frigorifero autonomo – carni ungulati domestici (suino) – Sez. 0
- Laboratorio di sezionamento – Carni di ungulati domestici (suino) – Sez. I
- Stabilimento per preparazioni di carni – Preparazioni di carni e Carne macinata (suino) – Sez. V
- Stabilimento di trasformazione – Insaccati freschi, insaccati stagionati, carni salate stagionate, porzionatura, affettatura. Disosso. (suino) – Sez. VI;

RITENUTO di dover procedere al riconoscimento di idoneità dello stabilimento della ditta in oggetto;

VISTO l'art. 4 del reg. CE 853/04 del Parlamento Europeo e del Consiglio che stabilisce norme specifiche in materia di igiene per gli alimenti di origine animale;

VISTO il T.U.A. 152/2006;
il D. Lgs.vo 128/2010;

VISTO l'art. 114 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 che conferisce alle Regioni e Province autonome tutte le funzioni e i compiti amministrati in tema di sanità veterinaria, salvo quelli espressamente mantenuti allo Stato;

VISTO il D.P.C.M. 26 maggio 2000 ad oggetto : "individuazione delle risorse umane, finanziarie, strumentali ed organizzative da trasferire alle Regioni in materia di salute umana e sanità veterinaria ai sensi del titolo IV, capo I, del D.L.vo. 112/98";

VISTA la delibera di G.R. n. 3466 del 3.6.2000 ad oggetto "Attribuzioni di funzioni ai Dirigenti della Giunta Regionale";

VISTA altresì la circolare n. 5 del 12/06/2000 dell'Assessore alle Risorse Umane della Regione Campania;

VISTO il Decreto Dirigenziale n. 30 dell'06.03.2007 del Coordinatore dell'A.G.C. n. 20 - Assistenza Sanitaria di delega delle funzioni al Dirigente dello S.T.A.P. di Napoli, di tutti i compiti, compresi gli atti che impegnano l'Amministrazione verso l'esterno;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 795 del 16/06/2006;
la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1838 del 20.11.2008;

DECRETA

Per i motivi espressi in premessa e che qui si intendono integralmente riportati:

- Lo stabilimento della Ditta LANNA CARNI sas, con sede legale in CAIVANO (NA) – Via G. Matteotti, n. 45 ed operativa in CAIVANO (NA) – SS. Sannitica Km. 13,600, è riconosciuto idoneo alle attività previste dall'All. III - Sezioni 0, I, V e VI, rispettivamente per un

- Deposito frigorifero autonomo – carni ungulati domestici (suino)
- Laboratorio di sezionamento – Carni di ungulati domestici (suino)
- Stabilimento per preparazioni di carni – Preparazioni di carni e Carne macinata (suino)
- Stabilimento di trasformazione – Insaccati freschi, insaccati stagionati, carni salate stagionate, porzionatura, affettatura. Disosso. (suino);

e l'APPROVAL NUMBER progressivo di sistema assegnato è **H8Z3K**;

- di inviare all'Assessore alla Sanità, alla Segreteria di Giunta, al Settore Veterinario, al Dipartimento di Prevenzione Servizio Veterinario A.S.L. NAPOLI 2 NORD per la notifica alla ditta interessata e per i previsti compiti di vigilanza nonché al Bollettino Ufficiale della Regione Campania per la pubblicazione.

Il Dirigente del Settore
Prof. Prospero Volpe



Decreto Dirigenziale n. 56 del 10/05/2012

A.G.C. 20 Assistenza Sanitaria

Settore 10 Settore tecnico amm.vo provinciale Salerno - A.G.C. 20

Oggetto dell'Atto:

REG. CE 852, 853 DEL 29 APRILE 2004. SEZ. I REG. CE 853/2004 STABILIMENTO CARNI DEGLI UNGULATI DOMESTICI. MACELLO SPA S.R.L. FELITTO (SA) - REVOCA APPROVAL NUMBER J3K7Z

IL DIRIGENTE DEL SETTORE TECNICO AMMINISTRATIVO PROVINCIALE DI SALERNO ASSISTENZA SANITARIA

VISTI:

- i Regg. CE 852, 853, 854, del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004, in applicazione dal 1° gennaio 2006 ed in particolare la sezione I del Reg. 853 che disciplina la materia "Carni degli ungulati domestici;"
- la deliberazione di G.R.C. n. 795 del 16 giugno 2006 con la quale sono state approvate le procedure per il riconoscimento degli stabilimenti disciplinati dall'art. 4, paragrafo 2, allegato III, del Reg. CE 853/2004;
- la deliberazione di G.R.C. n.1838 del 20/11/2008 con la quale sono state modificate le surrichiamate procedure per il riconoscimento degli stabilimenti disciplinati dal regolamento (CE) n.853/2004 ed è stato stabilito il periodo massimo di sospensione (12 mesi) pena la revoca del riconoscimento;

PREMESSO:

- che con decreto dirigenziale n. 46 del 06.04.2009 A.G.C. 20 Settore 10 lo stabilimento del Macello SPA s.r.l., sito in Felitto (SA) alla Via Pietracute snc, veniva riconosciuto ai sensi dell'art. 3, p.1, lett.a) del Reg. CE 854 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004, con approval number J3K7Z, quale impianto di carni degli ungulati domestici per l'attività (disciplinata dalla sezione I del Reg. CE 853/2004) di macello a capacità limitata di bovini, suini, ovini, e caprini;

- che con decreto dirigenziale n. 13 del 11.02.2011 A.G.C. 20 Settore 10 veniva disposta la sospensione fino al 20/09/2011 del numero di riconoscimento unico approval number J3K7Z, a seguito di esplicita richiesta del Dipartimento di Prevenzione dell' ASL ex SA/3, in considerazione dei tempi necessari al completamento dei lavori concordati tra il gestore della struttura e il Comune di Felitto.

ACQUISITA al prot. n. 0289449 del 16/04/2012 la nota prot. n. 3681/DP del 16.04.2012 con la quale l'A.S.L. Salerno Ambito SA/3 Dipartimento di Prevenzione Servizio Igiene Alimenti di Origine animale di Vallo della Lucania (SA) ha formulato proposta di revoca del numero di riconoscimento J3K7Z assegnato al Macello SPA s.r.l. in quanto non sono stati rimossi gli inconvenienti igienico sanitari e tecnico funzionali per i quali era stato sospeso. Sospensione il cui termine era stato fissato al 20/09/2011.

DATO ATTO che con nota prot. n. 0293927 del 17/04/2012 questo STAP ha comunicato l'avvio del procedimento di revoca, ai sensi dell'art. 7 della L. 241/90.

VISTA la legge Regionale n. 24 del 29/12/2005, art. 4;

RITENUTO sulla base della documentazione surriportata che rimane agli atti del Servizio 02 di questo Settore dover procedere alla revoca dell'approval number J3K7Z;

Alla stregua della proposta inviata in procedura informatica con firma digitale interna rispettivamente dal Responsabile della Posizione Organizzativa in qualità di Responsabile del procedimento e dal Dirigente del Servizio;

DECRETA

per le motivazioni di cui in premessa, che si intendono integralmente riportate e confermate:

1. **di revocare** il decreto dirigenziale n. 46 del 06/04/2009, A.G.C. 20 Settore 10, (già non più efficace a seguito del decreto dirigenziale di sospensione n. 13 dell'11/02/2011) con il quale il Macello SPA s.r.l., con stabilimento sito in Felitto (SA) alla Via Pietracute snc, è stato riconosciuto con l'approval number J3K7Z ai sensi dell'art. 3,p.1, lett. a) del Reg. CE 854 del

Parlamento Europeo e del consiglio del 29 aprile 2004, quale impianto di carni degli ungulati domestici per l'attività (disciplinata dalla Sezione I del Reg. CE 853/2004) di macello a capacità limitata di bovini, suini, ovini e caprini;

2. di **revocare** consequenzialmente il numero di riconoscimento unico approval number **J3K7Z**

3. di evidenziare, ai fini dell'aggiornamento del data base i seguenti dati relativi allo stabilimento:

Ragione sociale Approval Number	Rappresentante Legale Partita IVA	Comune Indirizzo Stabilimento Sede Legale	Situazione attuale
Macello SPA s.r.l. J3K7Z	Pinto Giuseppe 04193820653	Felitto (SA) Via Pietracute snc Capaccio (SA) Via sandro Pertini n. 30	Revocato

4. di inviare copia del presente atto al BURC per la pubblicazione al Dipartimento Prevenzione Servizio Veterinario della A.S.L. SA ex SA/3 per la notifica al destinatario e, per quanto di competenza al Sindaco del Comune di Felitto (SA) al Settore Veterinario Regionale n.2 dell'A.G.C. n.20 – Assistenza Sanitaria, al Settore Ecologia di Salerno n.8 dell'A.G.C. n.5.

IL DIRIGENTE DEL SETTORE

Dott. Francesco Crisci

(firma digitale)