

*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. 42 del 9/06/2011****OGGETTO: Ripartizione del finanziamento statale della spesa sanitaria regionale corrente****PREMESSO:**

- che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale"*;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191/09;
- che 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;

**VISTO**

- l'art. 2, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, come integrato dal Dlgs 19/6/1999 n. 229, in base al quale spetta *"... alle Regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ..."*;
- l'art. 27 della legge regionale 3 novembre 1994, n. 32, concernente il riordino del Servizio Sanitario Regionale, che definisce il finanziamento del Fondo Sanitario Regionale di parte corrente, stabilendo che il medesimo è costituito dalla quota del Fondo Sanitario Nazionale assegnata alla Regione, al netto del saldo della mobilità sanitaria interregionale, e dagli apporti aggiuntivi a carico del bilancio regionale diretti ad assicurare il finanziamento di livelli di assistenza stabiliti dalla Regione con il piano sanitario regionale;
- l'art. 28 della medesima L.R. n. 32/1994, che detta le norme per il riparto del Fondo Sanitario Regionale di parte corrente, stabilendo che ad esso provvede la Giunta Regionale con proprio atto, sulla base:



*Regione Campania*

*Il Presidente*

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

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

## CONSIDERATO

- che, dall'esercizio 2006, il riparto delle risorse destinate al finanziamento statale della spesa sanitaria corrente avviene applicando per l'intero finanziamento il percorso innovativo nella determinazione del fabbisogno delle singole regioni, introdotto in misura parziale ed in via sperimentale per il riparto relativo all'anno 2005 (accordo Stato - Regioni del 23 marzo 2005, rep. atti n. 2276) e basato:
- sulla quota capitaria pesata con le fasce di età della popolazione, per i livelli di assistenza per i quali la frequenza dei consumi per età risulta sufficientemente rilevata dal Sistema Informativo del Ministero della Sanità: farmaceutica, specialistica ed ospedaliera (quest'ultima pesata per il 50% in base alla frequenza dei consumi per età e per il 50% ripartita per quota capitaria semplice, non pesata);
  - sulla quota capitaria semplice, non pesata, per gli altri livelli di assistenza: prevenzione, medicina di base ed altra assistenza territoriale;
- che nella Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome, tenutasi a Roma il 27 ed il 28 gennaio 2005 in seduta monografica per la definizione del riparto delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale, i Presidenti e gli Assessori delle Regioni Basilicata, Sardegna, Puglia, Calabria, Campania e Sicilia, hanno chiesto che per il futuro "... vengano rivisti i criteri di riparto delle disponibilità finanziarie di parte

*Regione Campania**Il Presidente*

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

*corrente in coerenza con quanto previsto dalla legge n. 662/1996, con particolare riguardo alle variabili di contesto ...”;*

- che le proposte elaborate dalle Regioni meridionali nei lavori preparatori della suddetta Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome del 27 e 28 gennaio 2005, in sintesi, miravano ad introdurre i seguenti criteri qualificanti:
  - A) ripartizione del finanziamento per l'assistenza ospedaliera per quota capitaria pesata non solo in base alla struttura di consumi per età (criterio che penalizza le Regioni con popolazione più giovane), ma anche per quota capitaria semplice, in modo da tenere conto degli elevati costi fissi, di struttura, necessari per assicurare il funzionamento della rete ospedaliera, indipendentemente dall'età della popolazione;
  - B) ripartizione del finanziamento per l'assistenza distrettuale non solo in base all'età, ma anche tenendo conto di indicatori socio economici, della povertà relativa, della disabilità non collegata necessariamente all'anzianità, e del tasso di mortalità standardizzato;
- che, su mandato della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, un gruppo di lavoro composto dall'Osservatorio di Economia Sanitaria dell'Agenzia Sanitaria della Regione Toscana, da qualificati rappresentanti delle Regioni e da ricercatori e professori universitari, ha elaborato una proposta innovativa per la determinazione del fabbisogno sanitario delle Regioni Italiane (nota Coordinamento Sanità del 29/9/06, prot. n. AGRT/263910), evidenziando l'esigenza di tenere conto, oltre che della frequenza di consumi per età, di altri fattori di rilievo, quali:
  - la deprivazione, intesa come variabile di stato socio economico che definisce la minore capacità di soddisfazione dei bisogni di vita e di lavoro, connessa al reddito, all'istruzione, alle condizioni abitative, alla situazione lavorativa e di contesto sociale: “... tutto ciò si dimostra influire fortemente con la salute degli individui per cui più si soffre di deprivazione più si è bisognosi a causa di uno stato precario di salute ...”;
  - la cronicità;
  - altri fattori strutturali dell'ambiente regionale e locale, come la presenza di strutture metropolitane complesse o la presenza di insediamenti dispersi sul territorio, ovvero, di aree montane e di aree insulari: “... tali fattori strutturali comportano in genere un aggravio dei costi di erogazione di cui sarebbe opportuno tenere conto ...”;
- che l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (Age.Na.S), su incarico della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 12 gennaio 2010, ha elaborato un approfondito studio scientifico sui criteri da utilizzare per il riparto del fabbisogno sanitario tra le regioni, confermando le analisi sopra riportate, con particolare riferimento alla necessità di tenere conto dell'indice di deprivazione, utilizzando l'indice di Caranci, che sintetizza cinque indicatori calcolati sui dati individuali del Censimento ISTAT 2001: titolo di studio, stato di disoccupato, inserimento in famiglia con un solo genitore, titolo di disponibilità dell'abitazione e numero di stanze per abitante;
- che lo studio Age.Na.S ha effettuato numerose analisi che hanno rilevato una relazione importante tra l'indice di deprivazione, il tasso di mortalità, i parametri di salute e l'intensità dei consumi sanitari;
- che la Commissione Igiene e Sanità del Senato in data 10 marzo 2011, nell'esprimere il proprio parere sullo schema di DLGS sul federalismo, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario, pur ribadendo che nei criteri di riparto del fondo sanitario il fattore principale è il peso, tra le classi di età, della popolazione anziana,

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

ha affermato che *“appare peraltro necessario che, ai fini della completa attuazione delle diverse disposizioni contenute nell’art. 119 della Costituzione, si tenga conto anche dell’indicatore di deprivazione culturale e socio economica”*;

**RITENUTO**

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

*Regione Campania**Il Presidente*

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

elaborazioni ed agli approfondimenti tecnici sopra menzionati, e dettagliatamente esposti nell'Allegato A alla presente delibera;

#### CONSIDERATO

- che, confermando quanto già avvenuto per gli esercizi 2001 – 2004 con la legge 405/2001 e l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, la legge 30 dicembre 2004 n. 311 (Finanziaria 2005) all'art. 1, comma 173, ha subordinato l'accesso delle singole Regioni all'incremento del finanziamento del SSR a carico dello Stato (cd. quota premiale, pari al 5% fino al 2006 e, successivamente al 3% del finanziamento) alla stipula ed al rispetto di una intesa tra lo Stato e le Regioni, diretta a contenere la dinamica dei costi attraverso una serie di misure, specificamente indicate;
- che la norma sopra riportata è stata, poi, integralmente recepita dall'accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, rep. n. 2271, che all'art. 6, titolato "*Obbligo di garantire l'equilibrio economico finanziario*" ha, inoltre, stabilito che le Regioni:
  - provvedono alla verifica trimestrale del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della gestione, coerentemente con l'obiettivo sull'indebitamento delle amministrazioni pubbliche assegnato in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento;
  - adottano i provvedimenti per definire l'obbligo per le aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento;
- che il comma 180 dell'art. 1 della legge 311/2004, recepito dall'art. 8 dell'accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, rep. n. 2271, in caso di disavanzo strutturale, prevede l'elaborazione di un piano triennale di ristrutturazione del Servizio Sanitario Regionale;
- che la legge 23 dicembre 2005 n. 266 (Finanziaria dello Stato per il 2006) all'art. 1, comma 277, ha stabilito che in caso di mancato o insufficiente ripiano del disavanzo di gestione, nella regione interessata si applicano comunque nella misura massima prevista dalla vigente normativa l'addizionale all'IRPEF e l'aliquota dell'IRAP;
- che il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze ed il Presidente della Regione Campania il 13 marzo 2007 hanno sottoscritto un "*Accordo [...] per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311*", recepito dalla Giunta Regionale con delibera n. 460 del 20 marzo 2007, pubblicata sul B.U.R.C. n. 17 del 26 marzo 2007;
- che tale accordo definì un percorso complessivo di riequilibrio strutturale del servizio sanitario, stabilendo il livello annuo di finanziamento, l'importo massimo dei costi del servizio sanitario e le modalità di copertura dei disavanzi programmati nel periodo 2007-2009, nonché le "*... misure di riequilibrio della gestione corrente necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010 ...*" (art. 1, comma 3, lettera b);
- che in base all'art. 1, comma 174 della legge 311/04, come integrato dal comma 277 dell'art. 1 della legge 266/05 e dalle disposizioni recate dal decreto legge 20 marzo 2007, n. 23, pubblicato sulla G.U. n. 66 del 20 marzo 2007, art. 1, comma 2, l'incremento della addizionale regionale all'IRPEF e dell'aliquota dell'IRAP nella misura massima prevista dalla vigente normativa, già in vigore per l'esercizio 2006 per contribuire alla copertura del

*Regione Campania**Il Presidente*

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

disavanzo sanitario del 2005, si applica anche per i periodi di imposta successivi, fino all'anno 2010 (per contribuire alla copertura del disavanzo sanitario per l'esercizio 2009);

- che la legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Finanziaria dello Stato per l'esercizio 2010) ha elevato ulteriormente le aliquote delle imposte regionali (+ 0,30 per l'addizionale IRPEF; + 0,15 per l'IRAP) per le Regioni in Piano di Rientro che non hanno raggiunto gli obiettivi programmati di risanamento e di riequilibrio economico e finanziario;

#### DATO ATTO

- che il riparto del finanziamento statale della spesa sanitaria regionale di parte corrente (FSR) per gli esercizi 2010 e 2011 tra le singole Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere è dettagliatamente esposto negli allegati da n. 1 a n. 6, sulla base dei criteri evidenziati nell'allegato A (da A.1 ad A.20);
- che il riparto per l'esercizio 2010 si basa sul finanziamento statale per la spesa sanitaria delle diverse Regioni approvato dall'Intesa Stato Regioni rep. 205/CSR del 18 novembre 2010, che ha fissato in Euro 9.130.118.304,76= la somma spettante alla Campania per l'esercizio 2010 al netto delle entrate proprie convenzionali e del saldo passivo della mobilità interregionale;
- che il riparto per l'esercizio 2011 formulato nel presente decreto è da intendersi provvisorio, sia perché non è stata ancora definita l'Intesa Stato – Regioni di approvazione della proposta di delibera al CIPE in merito al riparto del Fondo Sanitario Nazionale 2011, sia perché in ottemperanza al Piano Ospedaliero e ad appositi decreti commissariali sono intervenuti tra la fine del 2010 e l'inizio del 2011 diversi accorpamenti, trasferimenti parziali o totali di presidi ospedalieri, chiusure e riconversioni di strutture sanitarie pubbliche, di cui la maggior parte è ancora in corso di attuazione e/o di precisa definizione;
- che, pertanto, in via provvisoria, il riparto del FSR 2011 sviluppato nel presente decreto si è basato sulla assegnazione derivante alla Regione Campania dall'Accordo raggiunto dai Presidenti nella Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 13 – 15 aprile 2011, e sul saldo della mobilità sanitaria interregionale previsto nella proposta di riparto del FSN 2011 avanzata dal Ministero della Salute alle Regioni (previo assenso tecnico del Ministero dell'economia e delle finanze) con nota DGPROG 0041918 - P del 22 dicembre 2010, determinando una previsione di finanziamento 2011, al netto delle entrate proprie convenzionali e del saldo passivo della mobilità interregionale, di Euro 9.244.980.452,00=;

#### RITENUTO

- che sia opportuno dare mandato ai Coordinatori delle AGC 19 – Piano Sanitario Regionale e 20 – Assistenza Sanitaria affinché, entro trenta giorni dall'adozione del presente atto, istruiscano e proponano al Commissario ad acta l'adozione di specifici provvedimenti, volti ad assegnare a ciascuna azienda sanitaria le disponibilità dei capitoli di spesa sanitaria attribuiti alla loro responsabilità gestionale, eventualmente anche attraverso apposite variazioni compensative tra gli stessi, sulla base di:
  - specifici obiettivi di riduzione e/o contenimento dei costi;
  - specifici obiettivi di miglioramento del saldo della mobilità interregionale;
  - incremento del grado di complessità dei ricoveri, riduzione del loro numero e sviluppo di settings assistenziali alternativi al ricovero;
  - promozione del parto naturale, sussistendone le condizioni;

*Regione Campania**Il Presidente*

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

- rimborso di costi specifici, non coperti adeguatamente dalle tariffe, per attività da incentivare, come, ad esempio: stent medicati; protesi ortopediche; defibrillatori; robotica; chirurgia laparoscopica maggiore; impianti cocleari, ecc.;
- potenziamento dell'assistenza territoriale in alternativa alla ospedalizzazione;
- potenziamento della prevenzione delle complicanze nella cura di pazienti con malattie croniche (diabete; insufficienza renale; epatite);
- incentivi alla appropriatezza delle cure e maggiori controlli finalizzati a contrastare la non appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche;
- riduzione e contenimento delle liste di attesa su livelli fisiologici;
- che i Commissari / Direttori Generali delle aziende sanitarie dovranno assicurare nell'esercizio 2011 l'equilibrio economico tra i costi ed i ricavi delle proprie aziende, da verificarsi in corso d'anno in via trimestrale; in presenza di uno squilibrio strutturale, non sanabile entro il trimestre successivo, l'azienda sanitaria dovrà concordare con il Presidente della Regione, in qualità di Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario, le azioni ed il crono programma necessari per pervenire all'equilibrio economico e finanziario entro il 2012;
- che il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico entro il trimestre successivo a quello in cui è stato rilevato lo squilibrio, ovvero, dei risultati programmati in via trimestrale nel crono programma di cui al punto precedente, costituiscono motivo di decadenza automatica del Commissario / Direttore Generale dell'azienda sanitaria inadempiente, fatte salve le ulteriori sanzioni previste dall'ordinamento;

#### PRECISATO

- che l'acconto effettivamente erogato dalla Regione alle aziende sanitarie nel corso del 2010 ammonta ad Euro 8.059.988.000,00=, con la ripartizione esposta nella colonna B) dell'allegato n. 5 alla presente delibera;
- che in base al presente decreto la ripartizione del FSR 2010 spettante a ciascuna azienda è rideterminata nelle colonne D) ed E) dell'allegato n. 5;
- che i conseguenti conguagli dell'assegnazione per l'esercizio 2010 a credito o a debito per le diverse aziende sanitarie, esposti nell'allegato n. 5, colonne G) ed H), saranno regolati in compensazione a valere sulle rimesse mensili, distribuiti su n° 20 rate, a decorrere da maggio 2011;
- che le aziende sanitarie, nel bilancio consuntivo dell'esercizio 2010 devono conformare i ricavi per contributi regionali in c/esercizio ed i relativi crediti e debiti vs. la Regione alla ripartizione del FSR 2010 stabilita dal presente decreto ed esposta nell'allegato n. 5; pertanto, qualora abbiano già approvato il bilancio consuntivo dell'esercizio 2010, dovranno modificarlo per recepire la nuova assegnazione del FSR 2010 ed adottarlo nuovamente entro 15 giorni dalla notifica del presente decreto;
- che la ripartizione del FSR 2011 spettante a ciascuna azienda sanitaria, rispettivamente, per competenza e per cassa, è esposta nelle colonne I) e J) dell'allegato n. 5; il conguaglio tra le assegnazioni per cassa di cui alla colonna J) dell'allegato n. 5 e le somme erogate in acconto FSR 2011 dall'inizio dell'anno dovrà essere ammortizzato in rate uguali sulle mensilità residue, a decorrere dalla rimessa per il mese successivo a quello in corso alla data di approvazione della presente delibera, come esposto nell'allegato n. 6 al presente 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)*

- che le maggiori somme assegnate per competenza a ciascuna Azienda Sanitaria Locale ed Ospedaliera, rispetto a quelle assegnate per cassa, esposte nella colonna F) (saldo FSR 2010) e K) (saldo FSR 2011) dell'allegato n. 5, rappresentano un credito verso la Regione non liquido, né esigibile, fino a quando e nella misura in cui sarà effettivamente reso disponibile per la Regione Campania, anche per successivi acconti, l'accesso all'incremento del FSN relativo a tali esercizi; pertanto, le aziende sanitarie dovranno contabilizzare tali maggiori somme tra le Immobilizzazioni Finanziarie, in appositi sotto conti, denominati "*Crediti vs. la Regione: Quota FSR \_\_\_\_ subordinata al rispetto degli adempimenti stabiliti dal Piano di Rientro*", indicando l'esercizio di competenza (2010 o 2011);

PRECISATO, inoltre

- che il dettaglio della spesa accentrata esposto negli allegati A.10 ed A.11 per il FSR 2010, e negli allegati A.19 ed A.20 per il FSR 2011 non costituisce assegnazione di fondi agli Enti ivi specificati (IRCCS, Policlinici, Ospedali Classificati, Agenzie Regionali, ecc.): i finanziamenti regionali a tali Enti sono, infatti, determinati e/o da determinare attraverso specifici ed appositi provvedimenti regionali; mentre, ai fini del presente riparto, gli importi della spesa accentrata sono soltanto indicativi e finalizzati a determinare per differenza – eventualmente anche in via provvisoria – la disponibilità residua del FSR utilizzabile per finanziare le aziende sanitarie locali ed ospedaliere;

CONSIDERATO

- che, in ottemperanza alla DGRC n. 124 del 28 marzo 2011, a partire dalla rimessa relativa alla mensilità di maggio 2011 il Settore Programmazione deve provvedere al recupero in otto rate mensili delle somme anticipate dalla Regione per conto di alcune aziende sanitarie ai sensi della medesima delibera, tra le quali le ASL Napoli 1 Centro e Napoli 3 Sud, nonché le AOU Federico II e SUN;
- che, in esecuzione del presente decreto, dal mese di maggio 2011 il Settore Programmazione deve provvedere ai conguagli per cassa del FSR 2010 e 2011 descritti negli allegati n. 5 e n. 6 al presente decreto;
- che, in considerazione del rinnovo del protocollo d'intesa 2011 – 2013 in corso di definizione con le rispettive Università, è opportuno rinviare le trattenute previste dalla DGRC n. 124/2011 per le AOU Federico II e SUN, disponendolo a valere sul probabile incremento del finanziamento regionale per l'esercizio corrente;
- che, tenuto conto della situazione finanziaria evidenziata dalla ricognizione dello stato patrimoniale preconsuntivo al 31/12/2010 delle aziende sanitarie regionali, effettuata su richiesta del Sub Commissario ad acta prot. n. 1993/C del 30/3/2011, nonché dei recuperi e conguagli sopra richiamati, dal mese di maggio 2011 le ASL Napoli 1 Centro e Napoli 3 Sud potrebbero incontrare serie difficoltà nell'assicurare i pagamenti correnti;
- che, pertanto, per le ASL Napoli 1 Centro e Napoli 3 Sud è opportuno rinviare l'effettuazione dei recuperi disposti dalla DGRC n. 124/2011 e dei conguagli per FSR 2010 e 2011 scaturenti dal presente decreto ad appositi piani di dilazione che le suddette ASL concorderanno con il Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di Rientro;

DATO ATTO

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

- che la legge regionale 15 marzo 2011, n. 5, pubblicata sul BURC n. 18 del 16/3/2011, ha approvato il “Bilancio di previsione per l’anno finanziario 2011 e bilancio pluriennale per il triennio 2011-2013”, prevedendo per l’esercizio 2011 nella UPB 4.15.38 – Assistenza Sanitaria - lo stanziamento per la spesa corrente del Servizio Sanitario Regionale di € 9.574.696.484,20= per competenza e di € 9.759.491.294,78= per cassa, destinati, tra l’altro, a far fronte alla spesa sanitaria corrente delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Policlinici Universitari, degli IRCCS, degli Ospedali Classificati e delle altre spese sanitarie accentrate;
- che le disposizioni del presente decreto non rientrano nell’elenco dei provvedimenti regionali per i quali l’art. 3, comma 6, del sopra citato *Accordo* del 13 marzo 2007, relativo al *Piano di Rientro*, prevede espressamente la preventiva approvazione del Ministero della salute e del Ministero dell’economia;
- che il presente decreto, non appena esecutivo, sarà trasmesso al Ministero della salute ed al Ministero dell’economia e, se del caso, con successivi atti potranno essere recepite eventuali prescrizioni che dovessero pervenire dai suddetti Ministeri;

## DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa, da intendersi qui di seguito integralmente riportate:

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale del presente decreto.
2. Di aggiornare il riparto del finanziamento regionale della spesa sanitaria corrente per l’esercizio 2010, già stabilito dalla DGRC n. 726 del 24 aprile 2007, e di stabilire in via provvisoria il riparto del FSR corrente per l’esercizio 2011, come specificato negli allegati da n. 1 a n. 6, sulla base dei criteri e dei parametri dettagliatamente esposti nell’allegato A (da A.1 ad A.20) e del quadro normativo evidenziato nelle premesse.
3. Di stabilire che i conseguenti conguagli dell’assegnazione per l’esercizio 2010 a credito o a debito per le diverse aziende sanitarie, esposti nell’allegato n. 5, colonne G) ed H), saranno regolati in compensazione a valere sulle rimesse mensili, distribuiti su n° 20 rate, a decorrere dalla rimessa per il mese di maggio 2011.
4. Di stabilire che le aziende sanitarie, nel bilancio consuntivo dell’esercizio 2010 devono conformare i ricavi per contributi regionali in c/esercizio ed i relativi crediti e debiti vs. la Regione alla ripartizione del FSR 2010 stabilita dal presente provvedimento ed esposta nell’allegato n. 5; pertanto, qualora abbiano già approvato il bilancio consuntivo, dovranno modificarlo per recepire la nuova assegnazione del FSR 2010, ed adottarlo nuovamente entro 15 giorni dalla notifica del presente decreto.
5. Di dare atto che per l’esercizio 2011 la ripartizione delle quote di finanziamento stabilita dal presente decreto è da intendersi provvisoria, sia perché deve essere ancora formalizzata l’Intesa Stato – Regioni sulla bozza di delibera CIPE di riparto del finanziamento statale della spesa sanitaria nel 2011, sia in considerazione delle modifiche in corso – in attuazione del Piano Ospedaliero - negli assetti di diverse aziende sanitarie locali ed ospedaliere, e dovrà, quindi, essere aggiornata nei prossimi mesi, in funzione delle effettive modificazioni del loro assetto operativo.
6. Di stabilire che il conguaglio tra le assegnazioni per cassa del FSR 2011, esposte nella colonna J) dell’allegato n. 5, e le somme erogate in acconto FSR 2011 dall’inizio dell’anno, dovrà essere ammortizzato in rate uguali sulle mensilità residue, a decorrere dalla rimessa per

*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 mese successivo a quello in corso alla data di approvazione della presente delibera, come esposto nell'allegato n. 6 al presente decreto.

7. Di precisare che il dettaglio della spesa accentrata esposto negli allegati A.10 ed A.11 per il FSR 2010, e negli allegati A.19 ed A.20 per il FSR 2011 non costituisce assegnazione di fondi agli Enti ivi specificati (IRCCS, Policlinici, Ospedali Classificati, Agenzie Regionali, ecc.): i finanziamenti regionali a tali Enti sono, infatti, determinati e/o da determinare attraverso specifici ed appositi provvedimenti regionali; mentre, ai fini del presente riparto, gli importi della spesa accentrata sono soltanto indicativi e finalizzati a determinare per differenza – anche in via provvisoria – la disponibilità residua del FSR utilizzabile per finanziare le aziende sanitarie locali ed ospedaliere.
8. Di stabilire che, fatti salvi i futuri aggiornamenti del presente riparto, è obiettivo fondamentale dei Commissari Straordinari delle aziende sanitarie locali e dei Commissari / Direttori Generali delle aziende ospedaliere, assicurare nell'esercizio 2011 l'equilibrio economico tra i costi ed i ricavi delle proprie aziende, da verificarsi in corso d'anno in via trimestrale; in presenza di uno squilibrio strutturale, non sanabile entro il trimestre successivo, l'azienda sanitaria dovrà concordare con il Presidente della Regione, in qualità di Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario, le azioni ed il crono programma necessari per pervenire all'equilibrio economico e finanziario.
9. Di stabilire che il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico entro il trimestre successivo a quello in cui è stato rilevato lo squilibrio, ovvero, dei risultati programmati in via trimestrale nel crono programma di cui al punto precedente, costituiscono motivo di decadenza automatica del Commissario / Direttore Generale dell'azienda sanitaria inadempiente, fatte salve le ulteriori sanzioni previste dall'ordinamento.
10. Di dare mandato ai Coordinatori delle AGC 19 – Piano Sanitario Regionale e 20 – Assistenza Sanitaria affinché, entro trenta giorni dall'adozione del presente decreto, istruiscano e propongano al Commissario ad acta l'adozione di specifici provvedimenti, volti ad assegnare a ciascuna azienda sanitaria le disponibilità dei capitoli di spesa sanitaria attribuiti alla loro responsabilità gestionale, eventualmente anche attraverso apposite variazioni compensative tra gli stessi, sulla base di:
  - specifici obiettivi di riduzione e/o contenimento dei costi;
  - specifici obiettivi di miglioramento del saldo della mobilità interregionale;
  - incremento del grado di complessità dei ricoveri, riduzione del loro numero e sviluppo di settings assistenziali alternativi al ricovero;
  - promozione del parto naturale, sussistendone le condizioni;
  - rimborso di costi specifici, non coperti adeguatamente dalle tariffe, per attività da incentivare, come, ad esempio: stent medicati; protesi ortopediche; defibrillatori; robotica; chirurgia laparoscopica maggiore; impianti cocleari, ecc.;
  - potenziamento dell'assistenza territoriale in alternativa alla ospedalizzazione;
  - potenziamento della prevenzione delle complicanze nella cura di pazienti con malattie croniche (diabete; insufficienza renale; epatite);
  - incentivi alla appropriatezza delle cure e maggiori controlli finalizzati a contrastare la non appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche;
  - riduzione e contenimento delle liste di attesa su livelli fisiologici.
11. Di precisare che le maggiori somme assegnate per competenza a ciascuna Azienda Sanitaria Locale ed Ospedaliera, rispetto a quelle assegnate per cassa, esposte nella colonna F) (saldo FSR 2010) e K) (saldo FSR 2011) dell'allegato n. 5, rappresentano un credito verso la 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)*

non liquido, né esigibile, fino a quando e nella misura in cui sarà effettivamente reso disponibile per la Regione Campania, anche per successivi acconti, l'accesso all'incremento del FSN relativo a tali esercizi; pertanto, le aziende sanitarie dovranno contabilizzare tali maggiori somme tra le Immobilizzazioni Finanziarie, in appositi sotto conti, denominati "*Crediti vs. la Regione: Quota FSR \_\_\_\_ subordinata al rispetto degli adempimenti stabiliti dal Piano di Rientro*", indicando l'esercizio di competenza (2010 o 2011).

12. Di rinviare le trattenute previste dalla DGRC n. 124/2011 per le AOU Federico II e SUN, disponendo che le stesse siano effettuate a valere sul nuovo livello del finanziamento regionale per l'esercizio corrente, che sarà determinato con il rinnovo del protocollo d'intesa 2011 – 2013, in corso di definizione con le rispettive Università.
13. Di rinviare l'effettuazione per le ASL Napoli 1 Centro e Napoli 3 Sud dei recuperi disposti dalla DGRC n. 124/2011 e dei conguagli per FSR 2010 e 2011 scaturenti dal presente decreto, ad appositi piani di dilazione che le suddette ASL concorderanno con il Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di Rientro.
14. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle AA.GG.CC. "Piano Sanitario Regionale", "Assistenza sanitaria", "Bilancio Ragioneria e Tributi" e "Gabinetto Presidente della Giunta regionale", ed al Settore "Stampa e documentazione" per la pubblicazione sul BURC.

Il Commissario ad Acta  
Stefano Caldoro

Si esprime parere favorevole  
I sub commissari ad acta:

Dott. Mario Morlacco

Dott. Achille Coppola

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

Il Dirigente del Servizio  
Economico Finanziario  
Dott. G. F. Ghidelli