

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 16 giugno 2006 - Deliberazione N. 800 - Area Generale di Coordinamento N. 19 - Piano Sanitario Regionale e Rapporti con le UU.SS.LL. - N. 20 - Assistenza Sanitaria - **Volumi di prestazioni sanitarie per l'anno 2006 e correlati limiti di spesa - Determinazioni.**

PREMESSO

- che l'art. 2, comma 8, della legge 28 dicembre 1995, n. 549 stabilisce che le Regioni e le Aziende Sanitarie, sulla base di indicazioni regionali, contrattano con le strutture pubbliche e private un piano annuale preventivo delle prestazioni sanitarie, che ne stabilisca quantità presunte e tipologie, anche ai fini degli oneri da sostenere;

- che l'art. 1, comma 32, della legge 662/96, stabilisce che le Regioni, nell'ambito delle funzioni previste dall'art. 2, comma 2, del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, devono individuare, nel rispetto dei livelli di spesa stabiliti per l'anno precedente, la quantità e le tipologie di prestazioni sanitarie che possono essere erogate nelle strutture pubbliche ed in quelle private e che la contrattazione dei piani annuali preventivi di cui all'art. 6, comma 5 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, ed all'art. 2, comma 8 della legge 28 dicembre 1995, n. 549, deve essere realizzata in conformità alle predette indicazioni, con la fissazione del limite massimo di spesa sostenibile;

- che l'art. 32, comma 8 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, stabilisce che le Regioni, in attuazione della programmazione sanitaria, devono individuare preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria, pubblica o privata, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi di spesa sostenibili con il Fondo Sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione di cui all'art. 1, comma 32, della legge 662/96;

- che l'art. 8-bis del decreto legislativo 229/1999, al comma 2, stabilisce che i cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali; ed al comma 3, che l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale è subordinato alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies;

- che la legge regionale n. 28 del 24 dicembre 2003, recante Disposizioni per il risanamento della finanza regionale, stabilisce:

* all'art. 7, che la Giunta Regionale approva e modifica i tetti di spesa per i vari fattori di costo, sulla base della programmazione annuale delle attività necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza e delle risorse disponibili allo scopo, adottando, in ogni caso, misure idonee a mantenere l'equilibrio del bilancio;

* all'art. 8, che il mancato rispetto dei tetti di spesa e/o del mantenimento dei costi all'interno dei budget, comporta sanzioni per gli Organi delle aziende sanitarie (Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo), che vanno dalla non corresponsione dell'incentivo di cui all'art. 3bis, comma 6, del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, alla segnalazione alla sezione giurisdizionale della Corte dei Conti per le azioni di legge, fino alla decadenza automatica dei direttori interessati;

PREMESSO, altresì

- che con deliberazione n. 1272 del 28 marzo 2003, pubblicata sul B.U.R.C. n. 16 del 14 aprile 2003, la Giunta Regionale ha individuato, previo accordo con le Associazioni di categoria della sanità privata, l'iter procedurale per l'anno 2003 per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e dei correlati limiti di spesa;

- che con deliberazione n. 2451 del 1 agosto 2003, modificata dalla DGRC n. 3133 del 31/10/03, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 55 del 24 novembre 2003, la Giunta Regionale ha provveduto, in applicazione dei principi e delle procedure di cui alla citata deliberazione n. 1272/2003 a determinare i volumi delle prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa per l'anno 2003;

- che per l'anno 2004 con deliberazione n° 048 del 28 novembre 2003, resa esecutiva con DGRC n. 41 del 16 gennaio 2004, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 4 del 26 gennaio 2004, la Giunta Regionale ha provveduto, nella fissazione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2004, a confermare le procedure e le modalità applicative già definite per l'esercizio 2003 dalle sopra citate DGRC n. 1272, 2451 e 3133 del 2003;

- che per l'esercizio 2005, con delibere n. 2105 del 19 novembre 2004, pubblicata sul B.U.R.C. n. 60 del 13 dicembre 2004, e n. 2157 del 30 dicembre 2005, pubblicata sul B.U.R.C. n. 8 del 13 febbraio 2006, la Giunta Regionale ha stabilito:

a) di confermare per le strutture pubbliche di ciascuna Azienda Sanitaria Locale e di ciascuna Azienda Ospedaliera, a fronte dei volumi di prestazioni che si sono impegnate ad assicurare, desunti dalla programmazione aziendale 2005, gli obiettivi di risparmio già assegnati per l'esercizio 2004 dalla DGRC n. 048/03 (allegati 4 e 6 della medesima delibera);

b) di confermare per le strutture private provvisoriamente accreditate, per ciascuna area di assistenza sanitaria e per le prestazioni sanitarie erogate ai residenti di ciascuna ASL, tutti i limiti di spesa già definiti per l'esercizio 2004 dalla DGRC n. 048 del 28/11/03 (allegati 3 e 5 della medesima delibera), con i parziali incrementi apportati dalla DGRC n. 2157/05 ai limiti di spesa dell'assistenza specialistica e dell'assistenza ospedaliera;

c) di confermare le procedure e le modalità applicative definite per gli esercizi 2003 e 2004 dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale, modificandole soltanto per quanto riguarda:

* i criteri di regressione tariffaria, in modo da soddisfare la disposizione recata in materia dall'art. 1, comma 171, della legge 30.12.2004, n. 311, (Finanziaria dello Stato per l'esercizio 2005);

* la misura della anticipazione spettante alle strutture private provvisoriamente accreditate che sottoscrivono i contratti attuativi dei limiti di spesa regionali, fissata in ragione di una percentuale non inferiore al 65% e non superiore al 70% del fatturato

* la precisazione che, nello stabilire che non è consentito ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello fatto registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente, e che tale limite può essere superato unicamente sulla base di adeguate motivazioni la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico (costituito tra la ASL e le Associazioni di Categoria, ai sensi della DGRC n. 2451/03), va specificato che, in caso di valutazione positiva, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa);

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 (previsto dall'art. 1, comma 164: incremento del FSN dagli euro 81.275 milioni del 2004 ad euro 88.195 mi-

lioni per l'anno 2005, ad euro 89.960 milioni per l'anno 2006, e ad euro 91.759 milioni di euro per l'anno 2007) alla stipula ed al rispetto di una precisa intesa tra lo Stato e le Regioni, diretta a contenere la dinamica dei costi attraverso una serie di misure, specificamente indicate;

- che la lettera f) dell'anzi detto comma 173, stabilisce "... l'obbligo in capo alle regioni di garantire in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario delle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ed istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche e prevedendo l'obbligatorietà dell'adozione di misure per la riconduzione in equilibrio della gestione ove si prospettassero situazioni di squilibrio, nonché l'ipotesi di decadenza del direttore generale";

- 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. Conseguentemente i direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari, e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, sono tenuti a presentare per via informatica alla Regione, al Ministero dell'economia e delle finanze, al Ministero della salute, ogni tre mesi una certificazione di accompagnamento del Conto Economico Trimestrale, in ordine alla coerenza con gli obiettivi sopra indicati. In caso di certificazione di non coerenza con i predetti obiettivi, i direttori generali delle aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari, e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, sono tenuti contestualmente a presentare un piano, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati. La certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio comporta automaticamente il blocco delle assunzioni del personale dell'azienda e dell'affidamento di incarichi esterni per consulenze non a carattere sanitario per l'esercizio in corso. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati deve essere assicurata entro il 30 settembre qualora la situazione di disequilibrio sia stata certificata nel primo o nel secondo trimestre, ovvero entro il 31 dicembre qualora la situazione di disequilibrio si sia verificata nel corso del terzo o quarto trimestre; in caso contrario la Regione dichiara la decadenza dei direttori generali. Qualora per esigenze straordinarie si renda necessario assumere iniziative di gestione comportanti spese non previste ed incompatibili con gli obiettivi, i direttori generali devono ottenere preventiva autorizzazione dalla Giunta regionale, fatti salvi i provvedimenti contingibili ed urgenti e i casi in cui ricorra il pericolo di interruzione di pubblico servizio per i quali le aziende danno comunicazione alla Giunta regionale entro i successivi quindici giorni. La decadenza opera, in particolare, nei seguenti casi:

- a) mancata o incompleta presentazione della certificazione trimestrale di cui sopra, nei termini stabiliti dalla regione;
- b) mancata presentazione del piano di rientro nei termini definiti dalla Regione;
- c) mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati al 30 settembre ovvero al 31 dicembre, come sopra stabilito;

* 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 combinato disposto dei commi 174 e 180 dell'art. 1 della legge 311/2004 e dell'art. 8 dell'accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, rep. n. 2271, in caso di disavanzo strutturale, prevede l'elaborazione di un piano di ristrutturazione del Servizio Sanitario Regionale di durata non superiore a tre anni;

- che la verifica positiva degli adempimenti richiesti dalle normative sopra richiamate, da effettuarsi con i Ministeri della Salute e dell'Economia, è condizione necessaria per accedere agli incrementi del Fondo Sanitario Nazionale sopra citati: in particolare, la Regione Campania attende tuttora di poter accedere ad una quota del riparto CIPE del Fondo Sanitario Nazionale ammontante a circa:

- * euro 840 milioni per l'esercizio 2003;
- * euro 716 milioni per l'esercizio 2004;
- * euro 516 milioni per l'esercizio 2005;

- che la legge 23 dicembre 2005 n. 266 (Finanziaria 2006) all'art. 1, comma 278, ha incrementato di euro 1.000 milioni annui, a decorrere dal 2006, il livello di finanziamento di cui al sopra citato art. 1, comma 164, della l. 311/2004, disponendo che tale maggiore finanziamento è da ripartire tra le regioni secondo criteri e modalità che prevedano, comunque, per le regioni interessate, la stipula di specifici accordi diretti all'individuazione di obiettivi di contenimento della dinamica della spesa al fine della riduzione del disavanzo;

- che la medesima legge n. 266/2005, all'art. 1, comma 277, ha stabilito che in caso di mancato o insufficiente ripiano del disavanzo di gestione, nella regione interessata, con riferimento all'anno di imposta 2006, si applicano comunque nella misura massima prevista dalla vigente normativa l'addizionale all'IRPEF e l'aliquota dell'IRAP;

RILEVATO

- che la Giunta Regionale con delibera n. 1215 del 23 settembre 2005 nel ripartire alle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere il Fondo Sanitario 2005 per la spesa corrente indistinta, ha chiesto ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e della Fondazione Pascale di presentare all'Assessorato alla Sanità un conto economico preconsuntivo dell'esercizio 2005;

- che i conti economici preconsuntivi elaborati dalle aziende sanitarie tra ottobre e novembre 2005 hanno indicato per l'esercizio 2005 un disavanzo di circa euro 1,57 miliardi, di cui:

- * Aziende Sanitarie Locali: euro 1.337 milioni;
- * Aziende Ospedaliere: euro 169 milioni;
- * AOU Federico II: euro 21 milioni;
- * AOU Seconda Università: euro 36 milioni;
- * IRCCS Fondazione Pascale: euro 9 milioni;

- che la situazione di disavanzo sopra esposta e la necessità, nonché l'obbligo di legge di perseguire l'equilibrio economico del Servizio Sanitario Regionale, assicurando al contempo l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, hanno indotto la Giunta ed il Consiglio Regionale

ad adottare un complesso coordinato di iniziative: in particolare:

* la Giunta Regionale, con deliberazione n. 1471 del 28 ottobre 2005, recante "Strumenti di programmazione finanziaria: DDL Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione Campania - Legge Finanziaria 2006 -; DDL Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2006 e bilancio pluriennale per il triennio 2006 - 2008, con allegati schemi di bilancio" ha proposto al Consiglio Regionale il seguente articolo nell'ambito del disegno di legge finanziaria per l'esercizio 2006: "I tetti di spesa ed i budget dei costi delle aziende del servizio sanitario regionale sono aggiornati dalla Giunta Regionale in modo da ridurre la spesa sanitaria del 13,4% nel triennio 2006 - 2008, di cui almeno il 6,5% nel 2006, rispetto al livello dei costi raggiunto nel consuntivo dell'esercizio 2004; l'obiettivo del 13,4% sarà rimodulato in funzione dell'eventuale maggiore finanziamento statale che sarà ottenuto per la sanità. Ai fini del comma precedente, la delibera della Giunta Regionale di programmazione della spesa sanitaria 2006 - 2008 costituisce aggiornamento della programmazione annuale ai sensi dell'art. 7, comma 5, della legge regionale 24 dicembre 2003 n. 28, e si applicano i controlli e le sanzioni ai Direttori Generali delle aziende sanitarie di cui all'art. 8 della medesima legge regionale.";

* attraverso successivi approfondimenti istruttori, la Giunta Regionale ha ravvisato l'esigenza di adottare misure di riduzione e ristrutturazione della spesa sanitaria in grado di ottenere, fermo restando l'obiettivo del - 6,5% nel 2006, un maggiore risparmio, pari al 5,5% nel 2007 ed al 6,5% nel 2008, determinando una riduzione complessiva della spesa sanitaria, nel triennio 2006 - 2008, pari al 18,5%, rispetto ai costi del 2004; a tal fine ha adottato la delibera n. 1843 del 9 dicembre 2005, con la quale ha fissato gli obiettivi di risparmio rispetto ai costi dell'esercizio 2004 ed i conseguenti limiti di spesa 2006, 2007 e 2008, per ciascuna azienda sanitaria e per ciascuna voce di spesa, riportati negli allegati n. 1 e n. 2 alla presente delibera;

* il Consiglio Regionale, con la L.R. n. 23 del 28.12.2005 ha incrementato le aliquote dell'IRAP e dell'addizionale IRPEF per ottenere un maggiore gettito fiscale annuo di almeno euro 170 milioni, interamente destinato ad estinguere, tramite l'intervento della Società Regionale per la Sanità - So.Re.Sa. S.p.A., appositamente costituita, i debiti maturati dalle AA.SS.LL. e dalle AA.OO. regionali fino al 31 dicembre 2005;

* inoltre, il Consiglio Regionale, con la L.R. n. 24 del 28.12.2005 (legge finanziaria per l'esercizio 2006), all'art. 3 ha dato forza di legge agli obiettivi di riduzione dei costi di cui alla DGRC n. 1843/2005, stabilendo che:

"I tetti di spesa ed i budget dei costi delle aziende del servizio sanitario regionale sono aggiornati dalla Giunta Regionale in modo da ridurre la spesa sanitaria del 18,5% nel triennio 2006 - 2008, di cui almeno il 6,5% nel 2006, rispetto al livello dei costi raggiunto nel consuntivo dell'esercizio 2004; l'obiettivo del 18,5% è rimodulato in funzione del maggiore finanziamento statale eventualmente ottenuto per la sanità.

Ai fini del comma 1, la delibera della Giunta Regionale di programmazione della spesa sanitaria 2006-2008 costituisce aggiornamento della programmazione annuale ai sensi dell'articolo 7, comma 5, della legge regionale n. 28/03, e si applicano per la sua attuazione i controlli e le sanzioni ai direttori generali delle aziende sanitarie di cui all'articolo 8 della stessa legge regionale.

La Giunta regionale nella predisposizione della delibera di programmazione della spesa sanitaria 2006-2008 adotta una proposta di riparto dei fondi che rispetta il principio di perequazione fra le singole AA.SS.LL., fondato sugli esiti dei controlli di cui al comma 2 e ne dà comunicazione alle commissioni consiliari competenti."

* che il principio di perequazione fra le singole AA.SS.LL., disposto dal succitato comma 3 dell'art. 3 della L.R. n. 24 del 28.12.2005, è stato già pienamente rispettato dalla sopra citata DGRC n. 1843 del 9.12.2005: infatti, gli obiettivi di risparmio e di livello dei costi 2006-2008:

* sono stati determinati sulla base dei controlli effettuati sui flussi informativi economici trasmessi dai Direttori Generali delle AA.SS.LL., in particolare, negli esercizi 2002, 2003 e 2004, come evidenziato negli allegati della delibera medesima;

* sono stati determinati per le principali voci di costo (farmaceutica, specialistica, riabilitazione, assistenza ospedaliera, ecc.) come graduale avvicinamento, nel triennio 2006-2008, a livelli di costo totale suddivisi tra le singole AA.SS.LL. in base ad un parametro oggettivo e, quindi, perequativo, dato dalla quota capitaria pesata, già utilizzata nel riparto alle singole aziende sanitarie del Fondo Sanitaria Regionale per la spesa corrente 2005 dalla DGRC n. 1215 del 23.9.05;

* con successivo provvedimento della Giunta Regionale si provvederà all'aggiornamento della ripartizione del Fondo Sanitario Regionale per la spesa corrente nell'esercizio 2006, sulla base del recente accordo tra lo Stato e le Regioni del 28 marzo 2006 in materia di riparto delle risorse finanziarie per l'esercizio in corso;

CONSIDERATO

- che l'Assessore alla Sanità con lettera del 3 agosto 2005 prot. n. 666041 ha chiesto alle aziende sanitarie locali, alle aziende ospedaliere, alle aziende ospedaliere universitarie ed alla "Fondazione Pascale" di procedere "...alla elaborazione dei piani aziendali delle prestazioni sanitarie per gli esercizi 2005 e 2006 ...", fornendo altresì gli appositi modelli informatizzati, necessari per la raccolta e la valutazione centrale dei dati, in modo da consentire alla Giunta Regionale di pervenire alla fissazione dei correlati limiti di spesa dei soggetti erogatori pubblici e privati (per i Policlinici ed il Pascale questi limiti, peraltro, sono già definiti dai Protocolli d'Intesa vigenti);

- che l'esito della programmazione delle aziende sanitarie per l'esercizio 2005 è stato assunto a base delle determinazioni di cui alla sopra citata DGRC n. 2157 del 30 dicembre 2005;

- che l'esito della programmazione delle aziende sanitarie per l'esercizio 2006 è riepilogato negli allegati n. 3 (tipologia e volumi di prestazioni sanitarie) e n. 4 (costo delle medesime prestazioni, previsto dalle aziende sanitarie);

- che, per l'esercizio 2006, gli obiettivi di contenimento dei costi fissati dalla sopra citata DGRC n. 1843 del 9.12.2005 consistono, come evidenziato nell'allegato n. 2 alla presente delibera:

* in un obiettivo di risparmio del 5,4% (rispetto al 2004) per quanto riguarda i costi delle prestazioni sanitarie di assistenza specialistica, riabilitativa, ospedaliera, integrativa, protesica ed altra assistenza, che le Aziende Sanitarie Locali acquistano da terzi convenzionati (Specialistica Ambulatoriale SUMAI, Medicina dei Servizi) o da ospedali classificati e privati provvisoriamente accreditati;

* nei seguenti, maggiori, obiettivi di risparmio (rispetto al 2004) per quanto riguarda tutti gli altri costi del Servizio Sanitario Regionale:

* 7,4% per i costi delle prestazioni sanitarie acquistate dalle Aziende Sanitarie Locali da terzi convenzionati per l'assistenza farmaceutica e l'assistenza medica di base (rispettivamente: 10% e 2%, come esposto nell'allegato n. 1);

* 9,0% per i costi delle prestazioni sanitarie erogate dalle Aziende Ospedaliere Universitarie e dalla "Fondazione Pascale";

* 6,4% per i costi delle prestazioni sanitarie prodotte in proprio dalle AA.SS.LL. e dalle AA.OO., per un totale di 6,6% per le prestazioni prodotte da Enti Pubblici;

- che gli obiettivi di contenimento dei costi fissati dalla DGRC n. 1843 del 9.12.2005 per quanto riguarda i costi delle prestazioni sanitarie di assistenza specialistica, riabilitativa, ospedaliera, integrativa, protesica ed altra assistenza, che le Aziende Sanitarie Locali acquistano da terzi convenzionati o da privati provvisoriamente accreditati ed ospedali classificati, sono dettagliatamente determinati nell'allegato n. 7 alla DGRC n. 1843/05 e sono riportati negli allegati n. 6 e n. 7 alla presente delibera;

- che tali obiettivi, complessivamente, risultano compatibili con la programmazione quantitativa ed economica effettuata dalle aziende sanitarie ed esposta negli allegati n. 3 e n. 4, ma richiedono un appropriato aggiornamento ed adattamento dei criteri e delle modalità di definizione dei limiti di spesa, delle procedure e delle modalità applicative, già definite dalle sopra citate DGRC n. 1272, 2451, 3133 e 048 del 2003, n. 41 e 2105 del 2004, e n. 2157 del 2005;

- che le linee guida della presente delibera sono state presentate alle Associazioni di Categoria della sanità privata in appositi incontri tenutisi presso l'Assessorato alla Sanità il 21 marzo ed il 3 maggio 2006, dei quali si allega verbale nell'allegato D) alla presente delibera;

- che le linee guida della presente delibera sono state presentate, inoltre, alle Organizzazioni Sindacali dei dipendenti del Servizio Sanitario Regionale CGIL-CISL-UIL in un apposito incontro tenutosi presso l'Assessorato alla Sanità il 2 maggio 2006, del quale si allega verbale nell'allegato D) alla presente delibera;

DATO ATTO

- che, al fine di evitare dubbi interpretativi in sede di attuazione della DGRC n. 1843/05 e della presente delibera, è necessario ed opportuno precisare che tutti gli obiettivi di risparmio ed i limiti di spesa definiti dalla DGRC n. 1843/2005, pur essendo stati calcolati ripartendo sulle varie voci di costo la percentuale complessiva di risparmio del 18,5% nel triennio 2006-2008 rispetto ai costi 2004, di cui almeno il 6,5% nel 2006 (come stabilito dalla medesima delibera e dalla L.R. n. 24/2005), devono essere intesi IN VALORE ASSOLUTO, nella misura dettagliatamente indicata negli allegati alla DGRC n. 1843/05;

- che tale interpretazione è fondata sul fatto che gli obiettivi di risparmio percentuale, rispetto ai costi del 2004, sono stati fissati dalla DGRC n. 1843/05 (e confermati dalla L.R. n. 24/2005) nella misura percentuale necessaria per ridurre il costo del servizio sanitario regionale ad un importo (euro 8.224 milioni nel 2006; euro 7.744 milioni nel 2007; euro 7.172 milioni nel 2008: cfr. Allegato n. 2 alla DGRC n. 1843/05, pag. 4) ritenuto compatibile con un processo graduale di perseguimento dell'equilibrio economico e finanziario nell'arco di tre anni (atteso che, come stabilito dalla medesima DGRC n. 1843/05, ai suddetti obiettivi in valore assoluto vanno aggiunti i rilevanti incrementi del costo del personale dipendente e convenzionato per i rinnovi dei rispettivi CCNL successivi al 1 gennaio 2005);

- che, pertanto, l'aver assunto delle percentuali di risparmio rispetto al consuntivo 2004 a base del processo di formazione degli obiettivi della DGRC n. 1843/05, è stato un procedimento logico meramente strumentale per quantificare i reali obiettivi della programmazione regionale, ovvero, i limiti di spesa in valore assoluto;

- che, conseguentemente, ogni variazione (in aumento o in diminuzione) dei costi di competenza dell'esercizio 2004 (complessivi e/o di singole aziende), che dovesse manifestarsi per qualsiasi motivo:

* innanzitutto, in base ai principi contabili, deve essere registrata nel bilancio dell'esercizio in cui viene accertata, tra le sopravvenienze attive o passive (voci di conto economico, peraltro, per le quali la DGRC n. 1843/05 assegna alle aziende specifici obiettivi per il 2006, 2007 e 2008, rispettivamente, di incremento e di diminuzione) e, quindi, non determina modifiche del consuntivo 2004;

* in ogni caso, non potrà determinare una proporzionale modifica (in aumento o in diminuzione) degli obiettivi di livello dei costi 2006, 2007 e 2008, fissati dalla DGRC n. 1843/05, in quanto, si ribadisce, tali obiettivi sono fissati in valore assoluto per stabilire i livelli programmati di spesa in relazione alle possibilità di finanziamento e, quindi, di equilibrio economico e finanziario del sistema; fermo restando che, sia la L.R. n. 24/05, che la DGRC n. 1843/05, prevedono la rimodulazione dell' "... obiettivo del 18,5% in funzione del maggiore finanziamento statale eventualmente ottenuto per la sanità ..." (art. 3, comma 1, della L.R. n. 24/05);

- che questa precisazione deve essere tenuta nel massimo conto dai Direttori Generali di tutte le aziende sanitarie, al fine di evitare che eventuali doverose revisioni contabili non siano registrate correttamente (nelle sopravvenienze dell'esercizio in cui vengono accertate); diversamente, si darebbe spazio ad un processo teoricamente infinito, nel quale ogni accertamento di sopravvenienze attive o passive (rispetto alla competenza economica dell'esercizio 2004) potrebbe essere invocato dalla ASL o dalle categorie della sanità privata per ottenere una proporzionale revisione dei limiti di spesa 2006, 2007 e 2008 stabiliti dalla DGRC n. 1843/05 in valore assoluto: con la conseguenza di inficiare e rendere assolutamente vaga ed aleatoria qualsiasi programmazione aziendale e regionale;

- che, per esempio, i maggiori costi derivanti alle ASL AV1 e SA2 dal parziale incremento dei limiti di spesa, rispettivamente, dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza specialistica, stabilito per gli esercizi 2003 e 2004 dai punti 1 e 2 della DGRC n. 2157 del 30 dicembre 2005, determina l'iscrizione di sopravvenienze passive nel conto economico dell'esercizio in cui tali incrementi vengono accertati dall'azienda (2005 o 2006) lasciando inalterato il conto economico consuntivo 2004; in ogni caso, comunque, per quanto sopra illustrato, tali maggiori costi non comporteranno un proporzionale aumento degli obiettivi di livello dei costi 2006, 2007 e 2008, fissati dalla DGRC n. 1843/05, si ribadisce, in valore assoluto; fino a quando la Giunta Regionale non ne effettuerà una eventuale rimodulazione (come già previsto dalla medesima delibera), valutando l'evoluzione di tutti i fattori di entrata e di spesa;

- che, sempre ai fini della interpretazione e della applicazione della delibera della Giunta Regionale n. 1843 del 9 dicembre 2005, è opportuno sottolineare che laddove tale delibera, al punto 6), dispone il blocco delle tariffe regionali applicate per l'acquisto delle prestazioni sanitarie e/o l'invarianza dei tetti di spesa rispetto ad eventuali incrementi tariffari, la Giunta Regionale ha inteso esprimere il seguente principio: gli incrementi delle tariffe non comportano automaticamente (e/o necessariamente) l'incremento dei tetti di spesa: questi ultimi potranno essere incrementati, in seguito ad aumenti tariffari (o per qualsiasi altro motivo), soltanto in seguito ad espresso ed apposito provvedimento della Giunta Regionale; è evidente, poi, che in tal caso il provvedimento della Giunta Regionale che disponga espressamente l'aumento del tetto di spesa, dovrebbe anche stabilire:

* le riduzioni compensative dei tetti di spesa e/o dei livelli di altre voci di costo;

* oppure, le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive, necessarie per sostenere la maggiore spesa;

in tal senso, il punto 6 della DGRC n. 1843/05 dispone che i maggiori costi conseguenti agli aumenti delle tariffe, in primis, devono essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate;

CONSIDERATO, altresì

- che i limiti di spesa definiti dalla DGRC n. 1843/2005, e riportati nell'allegato n. 6, per le prestazioni di assistenza specialistica, riabilitati-

va, ospedaliera, integrativa, protesica ed altra assistenza, che le Aziende Sanitarie Locali acquistano da terzi convenzionati o da privati provvisoriamente accreditati ed ospedali classificati, devono intendersi onnicomprensivi: essi riguardano tutti gli acquisti da terzi di prestazioni sanitarie, con le specificazioni ed i riferimenti contabili esposti nella NOTA METODOLOGICA che costituisce l'allegato C alla presente delibera;

- che, pertanto, tali limiti di spesa sono da considerarsi invalicabili e comprensivi delle prestazioni che in base alle precedenti delibere della Giunta Regionale erano escluse dai tetti di spesa:

- * ricoveri di alta complessità elencati nell'allegato B alla DGRC n. 2451/03;
- * prestazioni effettuate in emergenza-urgenza dalle strutture attualmente inserite nella rete del SIRES;
- * prestazioni erogate a cittadini residenti in altre Regioni;

tutte queste prestazioni, dal 1 gennaio 2006, concorrono insieme alle altre prestazioni della specifica macroarea, branca e/o tipologia di prestazioni cui appartengono, ed insieme a quelle soggette soltanto al budget della ASL, a comporre il costo invalicabile, assegnato per obiettivo a ciascuna Azienda sanitaria Locale ed esposto nell'allegato n. 6, ma con le specifiche disposizioni, esposte nel seguito, che mantengono sostanzialmente inalterata l'incentivazione già attribuita a queste prestazioni dalle precedenti deliberazioni della Giunta Regionale;

- che dal 1 gennaio 2006 gli obiettivi di livello massimo dei costi stabiliti dalla DGRC n. 1843/05 hanno anche la natura di livello di finanziamento ritenuto necessario dalla Giunta Regionale per ogni azienda e per ogni voce di costo, in un quadro triennale, programmato, di rientro del Servizio Sanitario Regionale verso livelli di efficienza e di economicità della gestione; solo in questo nuovo contesto, pertanto, aderendo parzialmente ad una richiesta delle Associazioni della Sanità Privata che la Giunta Regionale, in sede di deliberazione n. 2157 del 30.12.05 si era riservata di esaminare per l'esercizio 2006, si ritengono adottabili modalità di applicazione dei limiti di spesa che consentano di mitigare le regressioni tariffarie, destinando a tal fine le eventuali maggiori economie realizzate da ciascuna ASL su uno o più obiettivi: tali modalità sono descritte nel seguente "ritenuto";

RITENUTO

- che dal 1 gennaio 2006 le prestazioni sanitarie erogate a cittadini residenti in altre Regioni:

- * trovano riconoscimento fino alla concorrenza del valore economico consuntivato nell'esercizio 2004;
- * potranno determinare il superamento dei limiti di spesa di cui all'allegato n. 6 in misura corrispondente ai maggiori costi per prestazioni erogate in mobilità sanitaria attiva verso altre Regioni, rispetto a quanto consuntivato nell'esercizio 2004, purché tali prestazioni siano state verificate ammissibili alla compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni e non abbiano subito da parte delle Regioni addebitate contestazioni insuperabili (fatta salva la corresponsione di acconti da parte delle ASL in misura compresa tra il 65% ed il 70%, con riserva di conguaglio);

- che dal 1 gennaio 2006 le prestazioni di ricovero di alta specialità di cui all'allegato B alla DGRC n. 2451/03:

- * sono revisionate come esposto nell'allegato B alla presente delibera, eliminando alcune prestazioni di minore complessità ed inserendone altre, di maggiore complessità, che è opportuno incentivare anche ai fini del recupero della mobilità sanitaria passiva verso altre Regioni;
- * sono comprese nei limiti di spesa di cui all'allegato n. 6;
- * se rese a cittadini residenti in altre Regioni, sono soggette alla particolare disciplina sopra descritta per questa fattispecie;

- che dal 1 gennaio 2006 le prestazioni effettuate in emergenza-urgenza dalle strutture private attualmente inserite nella rete del SIRES (Presidi Ospedalieri Classificati di Napoli e di Benevento: "Fatebenefratelli" e "Villa Betania"; Case di Cura "Pineta Grande" di Castelvolturno e "Villa dei Fiori" di Acerra, autorizzate all'esercizio delle funzioni di pronto soccorso sul territorio, rispettivamente, dalle DGRC n. 284 e n. 285 del 25 febbraio 2005):

- * devono essere oggetto di approfonditi controlli da parte delle ASL competenti per territorio, con riguardo alla appropriatezza del ricovero in urgenza;
- * sono comprese nei limiti di spesa di cui all'allegato n. 6;
- * se rese a cittadini residenti in altre Regioni, sono soggette alla particolare disciplina sopra descritta per questa fattispecie;

- che le Aziende Sanitarie Locali, nel definire i limiti di spesa relativi all'assistenza ospedaliera erogata dalle case di cura private e dagli ospedali classificati, come dettagliatamente indicato nell'allegato A/2 alla presente delibera, dovranno stabilire separatamente gli obiettivi per le seguenti tipologie di prestazioni:

a) prestazioni di ricovero di alta specialità di cui all'allegato B alla presente delibera e prestazioni effettuate in emergenza-urgenza dalle strutture attualmente inserite nella rete del SIRES: per queste prestazioni i limiti di spesa dovranno essere fissati con riferimento ai valori tariffari pieni, consuntivati nel 2004; inoltre, l'eventuale superamento, a consuntivo, di tali limiti di spesa (con l'eccezione, sopra esposta, delle prestazioni rese a residenti di altre Regioni), determinerà la corrispondente riduzione dei limiti di spesa delle altre prestazioni di assistenza ospedaliera;

b) altre prestazioni di assistenza ospedaliera: i limiti di spesa di queste prestazioni, oltre i quali si applicano le regressioni tariffarie, dovranno essere fissati per differenza, sottraendo ai limiti di spesa della macroarea assistenza ospedaliera i limiti sub a); inoltre, come specificato sopra, l'eventuale superamento, a consuntivo, dei limiti di spesa sub a) (con l'eccezione, sopra esposta, delle prestazioni rese a residenti di altre Regioni), determinerà la corrispondente riduzione dei limiti di spesa di questa tipologia di prestazioni, in modo da rendere possibile il perseguimento dell'obiettivo complessivo di costo dell'assistenza ospedaliera;

c) come specificato nell'allegato n. 3 alla DGRC n. 2157/05 (criterio della R.T.U. - Regressione Tariffaria Unica), una volta determinato il contributo complessivo di ciascuna Casa di Cura od Ospedale Classificato al superamento dei limiti di spesa assegnati alla macroarea assistenza ospedaliera, tale contributo viene rapportato al fatturato totale della struttura per ottenere la R.T.U.;

- che per ciascuna Azienda Sanitaria Locale ed Azienda Ospedaliera i limiti di spesa 2006 per le prestazioni prodotte in proprio sono dettagliatamente fissati dalla DGRC n. 1843/05 per ciascun fattore di produzione (come specificato, in particolare, negli allegati da n. 1 a n. 5 della medesima delibera), in modo da ridurre la spesa nel 2006 ad euro 4.492,7 milioni, con un risparmio del 6,4% (euro 309,5 milioni) rispetto agli analoghi costi del 2004 (cfr. allegato n. 2 alla presente delibera);

- che per le Aziende Ospedaliere Universitarie e per l'IRCCS "Fondazione Pascale" i limiti di spesa 2006 sono fissati dalla DGRC n. 1843/05 (come specificato, in particolare, negli allegati n. 1, 2 e 3 della medesima delibera) in euro 322,5 milioni, avvicinando il livello minimo di costo previsto dai Protocolli d'Intesa con la Regione;

- che per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, i limiti di spesa 2006 per le prestazioni acquistate da terzi convenzionati o da privati provvisoriamente accreditati per le macroaree dell'assistenza medica di base, della farmaceutica convenzionata, dell'assistenza specialistica, dell'assistenza riabilitativa, dell'altra assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera, sono fissati dalla DGRC n. 1843/05 (come specificato, in particolare, negli allegati n. 1, 2, 6 e 7 della medesima delibera) e confermati dalla presente delibera nella misura dettagliatamente esposta nell'allegato n. 6;

- che dal 1 gennaio 2006 le aziende sanitarie locali devono provvedere, nell'ambito dei limiti di spesa di cui all'allegato n. 6 e con le modalità tecniche prescritte nella NOTA METODOLOGICA - Allegato C alla presente delibera, ad applicare:

* ai soggetti convenzionati (MMG, PLS, Guardia Medica e Continuità Assistenziale, Specialistica Ambulatoriale SUMAI, Farmacie, Medicina dei Servizi) idonei budget e controlli mensili degli stessi, in modo da evitare il superamento dei limiti di spesa assegnati;

* ai soggetti provvisoriamente accreditati (ospedali classificati, case di cura, laboratori, centri di riabilitazione ed altri centri privati) i limiti di spesa per macroarea, branca e/o tipologia di prestazioni in quantità e costo con le modalità stabilite dalla presente delibera; nonché ad applicare le regressioni tariffarie necessarie per l'osservanza dei limiti complessivi di spesa, con i criteri fissati dall'allegato n. 3 alla DGRC n. 2157 del 30 dicembre 2005 (Regressione Tariffaria Unica - R.T.U.); le regressioni tariffarie potranno essere attenuate con le seguenti modalità:

* qualora una ASL verifichi a consuntivo di aver realizzato un costo per le prestazioni afferenti ad una macroarea, branca e/o tipologia di prestazioni, comprensivo della mobilità passiva intraregionale, inferiore rispetto al limite di spesa assegnato a quella ASL, questa economia potrà essere utilizzata per mitigare le regressioni tariffarie eventualmente necessarie per contenere nei limiti assegnati il costo consuntivo, per la medesima ASL, delle altre macroaree, branche e/o tipologie di prestazioni soggette a regressioni tariffarie;

* qualora, dopo l'operazione di cui al punto precedente, sussista un risparmio residuo, esso potrà essere spalmato proporzionalmente sulle altre ASL, al fine di attenuare le regressioni tariffarie che queste ultime devono applicare per rispettare i limiti di spesa loro assegnati per le varie macroaree, branche e/o tipologie di prestazioni soggette a regressione tariffaria, con priorità riguardo alla macroarea, branca e/o tipologia di prestazioni in cui il risparmio si è originato;

RITENUTO, altresì

- che non appena ricevuta la presente delibera, le aziende sanitarie devono provvedere a notificarla formalmente a tutti i responsabili delle strutture organizzative interne responsabili dei vari fattori di costo, ai rappresentanti legali delle strutture sanitarie provvisoriamente accreditate, nonché ai rappresentanti locali delle Associazioni di Categoria degli operatori della sanità pubblica e privata;

- che entro il 20 giugno 2006, per quanto riguarda le prestazioni sanitarie prodotte in proprio, le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere Universitarie e la "Fondazione Pascale", sulla base dei volumi di prestazioni sanitarie programmati per l'esercizio 2006 ed attenendosi agli obiettivi di contenimento e riduzione della spesa definiti dall'art. 3 della L.R. n. 24 del 28.12.05 e dalla DGRC n. 1843 del 9.12.05, qualora non abbiano già provveduto, devono definire e notificare i budget 2006 dei vari fattori di costo ai responsabili delle strutture organizzative interne, per poi vigilare sulla loro osservanza;

- che entro il 20 giugno 2006 le Aziende Sanitarie Locali, per quanto riguarda le prestazioni di assistenza sanitaria fornite nel 2006 da terzi convenzionati o strutture sanitarie private provvisoriamente accreditate, sulla base dei volumi di prestazioni sanitarie programmati per l'esercizio 2006 (riepilogati nell'allegato n. 3) ed attenendosi agli obiettivi di contenimento e riduzione della spesa definiti dall'art. 3 della L.R. n. 24 del 28.12.05 e dalla DGRC n. 1843 del 9.12.05 (riepilogati nell'allegato n. 6), devono:

a) definire i budget 2006 a livello di distretto, anche con la collaborazione delle Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative, per le prestazioni sanitarie di Assistenza Medica di Base (MMG, PLS, Guardia Medica e Continuità Assistenziale), farmaceutica convenzionata, assistenza specialistica fornita da Medici Convenzionati SUMAI, Medicina dei Servizi, fornitori di Assistenza Integrativa e Protesica e di Altra Assistenza da Terzi in convenzione;

b) definire, anche con la collaborazione delle Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative, i budget 2006 in quantità e costo delle macroaree, branche e/o tipologie di prestazioni di assistenza specialistica, di riabilitazione, di assistenza ospedaliera ed altra assistenza sanitaria, acquistate da terzi (strutture sanitarie private provvisoriamente accreditate ed ospedali classificati) e stipulare con le medesime i protocolli d'intesa, secondo gli schemi allegati alla DGRC n. 2451/2003, aggiornati per tenere conto delle variazioni introdotte dalla DGRC n. 2157/2005 e dalla presente deliberazione, ed esposti negli allegati A/1e A/2 alla presente delibera; tali protocolli d'intesa dovranno trovare applicazione a decorrere dall'1/1/2006 e fino al 31/12/2006; in mancanza di accordo tra le ASL e le Associazioni di Categoria per la definizione dei suddetti Protocolli d'Intesa, le ASL medesime provvederanno a notificare la propria proposta di Protocollo d'Intesa alle Associazioni di Categoria ed a tutte le strutture interessate, con richiesta di sottoscrivere, comunque, i conseguenti contratti;

c) stabilire la ripartizione dei volumi di prestazioni sanitarie e dei correlati limiti di spesa tra le diverse macroaree, branche e/o tipologie di prestazioni, attenendosi alle percentuali di riduzione, rispetto al consuntivo 2004, derivanti dai limiti di spesa fissati dalla DGRC n. 1843/05 e dettagliatamente evidenziate nell'allegato n. 7 alla presente delibera; qualora nello stesso raggruppamento siano compresi soggetti diversi (sia convenzionati che strutture provvisoriamente accreditate) devono applicare le percentuali di riduzione, rispetto al consuntivo 2004, di cui all'allegato n. 7 alla presente delibera, in modo uniforme a tutti i soggetti ricadenti in quella classificazione di costo;

- che entro il 30 giugno 2006 le Aziende Sanitarie Locali e le singole strutture sanitarie provvisoriamente accreditate, dovranno aver sottoscritto i contratti in applicazione dei richiamati protocolli d'intesa; successivamente a tale data le AA.SS.LL. sono tenute a cessare la remunerazione a carico del Servizio Sanitario pubblico delle prestazioni erogate dalle strutture provvisoriamente accreditate che si sono rifiutate di sottoscrivere i suddetti contratti;

PRECISATO

- che nella presente delibera, per quanto riguarda gli obiettivi 2006-2008 recati dalla sopra citata DGRC n. 1843/05 per l'Assistenza Medica di Base, erogata da medici convenzionati: MMG, PLS, Guardia Medica e Continuità Assistenziale (risparmio del 2% nel 2006, rispetto al 2004, del 3% nel 2007 e del 4% nel 2008), si è proceduto a suddividere espressamente tali obiettivi per ciascuna ASL, come esposto nell'allegato n. 5; tanto si è ritenuto opportuno e necessario, in considerazione della esigenza:

* di programmare volumi di prestazioni e di definire budget di spesa per ciascuna ASL, che tendano ad assumere come punto di riferimento parametri oggettivi di fabbisogno (come la quota di riparto del Fondo Sanitario Regionale, basata sulla popolazione residente nelle singole ASL, pesata per tenere conto anche di fattori sanitari e socio economici: cfr. DGRC n. 1215 del 23 settembre 2005), più che la spesa storica di ciascuna ASL;

* di fornire strumenti tecnico contabili di supporto alla definizione dei budget e dei limiti di spesa per ogni macroarea di assistenza, come quelli prescritti nella NOTA METODOLOGICA - Allegato C alla presente delibera, che consentano di depurare la programmazione da diffor-

mità di imputazione contabile, registrate nel consuntivo 2004 di varie ASL, per quanto riguarda i costi dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata; difformità che in taluni casi hanno sopravvalutato il costo 2004 dell'Assistenza Medica di Base, sottovalutando quello dell'Assistenza Specialistica: rispetto a questi casi, mantenere un obiettivo generico di riduzione percentuale uniforme ed uguale per tutte le ASL sarebbe risultato improprio ed inesatto;

- che, pertanto, l'allegato n. 5 alla presente delibera costituisce a tutti gli effetti una integrazione e maggiore precisazione, per singola Azienda Sanitaria Locale, degli obiettivi generali stabiliti dalla DGRC n. 1843/05 per il costo dell'Assistenza Medica di Base, erogata da medici convenzionati: MMG, PLS, Guardia Medica e Continuità Assistenziale, nel triennio 2006-2008;

RITENUTO

- di dare mandato all'Assessore alla Sanità affinché istituisca con proprio decreto un Tavolo Permanente per il monitoraggio dell'attuazione della presente delibera, composto da:

* n. 1 delegato di ciascuna Azienda Sanitaria Locale;

* n. 1 delegato di ciascuna delle Associazioni di categoria della sanità privata maggiormente rappresentative;

* il Coordinatore della Consulta dei Direttori Generali;

* i Coordinatori delle AGC Piano Sanitario ed Assistenza Sanitaria;

* il Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale;

* n. 2 delegati del Gruppo di lavoro per il controllo e monitoraggio dei processi economico - finanziari, organizzativi e prestazionali delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere, istituito con decreto dell'Assessore alla Sanità n. 485 del 25 ottobre 2005,

con i seguenti compiti:

* vigilare sulla attuazione della presente delibera;

* elaborare ogni tre mesi, entro 45 giorni dalla fine del precedente trimestre solare, una relazione per l'Assessore alla Sanità sullo stato di attuazione della presente delibera, con particolare riferimento al rispetto dei limiti di spesa definiti per ciascuna ASL;

* elaborare eventuali proposte per il miglioramento dei criteri stabiliti dalla presente delibera;

DATO ATTO

- che, per quanto non modificato dalla presente delibera, l'iter procedurale per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e per l'attuazione dei correlati limiti di spesa, stabilito dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale n. 1272/03 e 2451/03, confermato per il 2004 dalla DGRC n. 048/03 e, con modifiche, per il 2005 dalle DGRC n. 2105/04 e n. 2157/05, è esteso anche all'esercizio 2006 e successivi;

- che l'accordo Stato Regioni del 28 marzo 2006 ha assegnato alla Regione Campania per l'esercizio 2006 un finanziamento della spesa corrente per la sanità (al netto della mobilità sanitaria e delle entrate proprie) di euro 7.970 milioni (circa euro 425 milioni in più rispetto all'esercizio 2005); l'erogazione di circa il 10% di questo finanziamento (euro 778 milioni) è subordinata al rispetto degli adempimenti richiesti alle Regioni dall'accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005, rep. n. 2271, tra i quali, in primis, l'obbligo di garantire l'equilibrio economico finanziario del Servizio Sanitario Regionale;

- che, pertanto, allo stato attuale, risulta prematuro valutare la possibilità di procedere ad una attenuazione e/o rimodulazione degli obiettivi di risparmio e dei limiti di spesa di cui alla DGRC n. 1843/2005, recepiti per l'esercizio 2006 dalla presente delibera, anche perché sono intervenuti dal 1 gennaio 2005 rilevanti incrementi del costo del personale dipendente e convenzionato; mentre ulteriori incrementi dei medesimi costi sono in corso di definizione in questi mesi: II biennio economico del CCNL 2002-2005 del comparto e della dirigenza medica e non medica;

- che i tetti di spesa ed i budget di costo di cui alla DGRC n. 1843/2005, recepiti per l'esercizio 2006 dalla presente delibera, saranno monitorati e, durante il secondo semestre dell'anno in corso, potranno eventualmente essere rimodulati con successive delibere della Giunta Regionale, in funzione dell'andamento dei costi del Servizio Sanitario Regionale e degli incrementi del finanziamento statale per la sanità;

L'Assessore alla Sanità PROPONE, e la Giunta in conformità, a voto unanime,

DELIBERA

per i motivi precedentemente formulati e che si intendono qui riportati integralmente:

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale della presente delibera.

2. Per quanto non modificato dalla presente delibera, l'iter procedurale per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e per l'attuazione dei correlati limiti di spesa, stabilito dalle delibere della Giunta Regionale n. 1272/03 e 2451/03, confermato per il 2004 dalla DGRC n. 048/03 e, con modifiche, per il 2005 dalle DGRC n. 2105/04 e n. 2157/05, è esteso anche all'esercizio 2006 e successivi.

3. I limiti di spesa definiti dalla DGRC n. 1843/2005, e riportati nell'allegato n. 6, per le prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa, ospedaliera, integrativa, protesica ed altra assistenza, che le Aziende Sanitarie Locali acquistano da terzi convenzionati o da privati provvisoriamente accreditati ed ospedali classificati, devono intendersi onnicomprensivi: essi riguardano tutti gli acquisti da terzi di prestazioni sanitarie, con le specificazioni ed i riferimenti contabili esposti nella NOTA METODOLOGICA che costituisce l'allegato C alla presente delibera. Tali limiti di spesa sono da considerarsi invalicabili e comprensivi delle prestazioni che in base alle precedenti delibere della Giunta Regionale erano escluse dai tetti di spesa. Alle prestazioni precedentemente escluse dai tetti di spesa, tuttavia, si applicano le specifiche disposizioni stabilite nei punti seguenti, che mantengono sostanzialmente inalterata l'incentivazione già attribuita a queste prestazioni dalle precedenti deliberazioni della Giunta Regionale.

4. Dal 1 gennaio 2006 le prestazioni sanitarie erogate a cittadini residenti in altre Regioni:

* sono comprese nei limiti di spesa fino a concorrenza del valore economico consuntivato nell'esercizio 2004;

* potranno determinare il superamento dei limiti di spesa di cui all'allegato n. 6 in misura corrispondente ai maggiori costi per prestazioni erogate in mobilità sanitaria attiva verso altre Regioni, rispetto a quanto consuntivato nell'esercizio 2004, purché tali prestazioni siano state verificate ammissibili alla compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni e non abbiano subito da parte delle Regioni addebitate contestazioni insuperabili (fatta salva la corresponsione di acconti da parte delle ASL in misura compresa tra il 65% ed il 70%, con riserva di conguaglio).

5. Dal 1 gennaio 2006 le prestazioni di ricovero di alta specialità di cui all'allegato B alla DGRC n. 2451/03:

* sono revisionate come esposto nell'allegato B alla presente delibera, eliminando alcune prestazioni di minore complessità ed inserendone altre, di maggiore complessità, che è opportuno incentivare anche ai fini del recupero della mobilità sanitaria passiva verso altre Regioni;

* sono comprese nei limiti di spesa di cui all'allegato n. 6;

* se rese a cittadini residenti in altre Regioni, sono soggette alla particolare disciplina stabilita al precedente punto 4).

6. Dal 1 gennaio 2006 le prestazioni effettuate in emergenza-urgenza dalle strutture private attualmente inserite nella rete del SIRES (Presidi Ospedalieri Classificati di Napoli e di Benevento: "Fatebenefratelli" e "Villa Betania"; Case di Cura "Pineta Grande" di Castelvoturno e "Villa dei Fiori" di Acerra, autorizzate all'esercizio delle funzioni di pronto soccorso sul territorio, rispettivamente, dalle DGRC n. 284 e n. 285 del 25 febbraio 2005):

* devono essere oggetto di approfonditi controlli da parte delle ASL competenti per territorio, con riguardo alla appropriatezza del ricovero in urgenza;

* sono comprese nei limiti di spesa di cui all'allegato n. 6;

* se rese a cittadini residenti in altre Regioni, sono soggette alla particolare disciplina stabilita al precedente punto 4).

7. Le Aziende Sanitarie Locali, nel definire i limiti di spesa relativi all'assistenza ospedaliera erogata dalle case di cura private e dagli ospedali classificati, come dettagliatamente indicato nell'allegato A/2 alla presente delibera, dovranno stabilire separatamente gli obiettivi per le seguenti tipologie di prestazioni:

a) prestazioni di ricovero di alta specialità di cui all'allegato B alla presente delibera e prestazioni effettuate in emergenza-urgenza dalle strutture attualmente inserite nella rete del SIRES di cui al punto precedente: per queste prestazioni i limiti di spesa dovranno essere fissati con riferimento ai valori tariffari pieni, consuntivati nel 2004; inoltre, l'eventuale superamento, a consuntivo, di tali limiti di spesa (con l'eccezione, esposta al precedente punto 4, delle prestazioni rese a residenti di altre Regioni), determinerà la corrispondente riduzione dei limiti di spesa delle altre prestazioni di assistenza ospedaliera;

b) altre prestazioni di assistenza ospedaliera: i limiti di spesa di queste prestazioni, oltre i quali si applicano le regressioni tariffarie, dovranno essere fissati per differenza, sottraendo ai limiti di spesa della macroarea assistenza ospedaliera i limiti sub a); inoltre, come specificato sopra, l'eventuale superamento, a consuntivo, dei limiti di spesa sub a) (con l'eccezione, esposta al precedente punto 4, delle prestazioni rese a residenti di altre Regioni), determinerà la corrispondente riduzione dei limiti di spesa di questa tipologia di prestazioni, in modo da rendere possibile il perseguimento dell'obiettivo complessivo di costo dell'assistenza ospedaliera;

c) come specificato nell'allegato n. 3 alla DGRC n. 2157/05 (criterio della R.T.U. - Regressione Tariffaria Unica), una volta determinato il contributo complessivo di ciascuna Casa di Cura od Ospedale Classificato al superamento dei limiti di spesa assegnati alla macroarea assistenza ospedaliera, tale contributo viene rapportato al fatturato totale della struttura per ottenere la R.T.U.

8. Le Aziende Sanitarie Locali, sulla base della programmazione effettuata per l'esercizio 2006, in adempimento della richiesta dell'Assessore alla Sanità (lettera del 3 agosto 2005 prot. n. 666041), riepilogata negli allegati n. 3 (tipologia e volumi di prestazioni sanitarie) e n. 4 (costo delle medesime prestazioni, previsto dalle aziende sanitarie), e degli obiettivi di contenimento dei costi fissati dall'art. 3 della L.R. n. 24 del 28.12.05 e dalla DGRC n. 1843 del 9 dicembre 2005 per ciascuna azienda e per ciascuna voce di costo, con effetto dal 1 gennaio 2006 devono provvedere, nell'ambito dei limiti di spesa di cui all'allegato n. 6 e con le modalità tecniche prescritte nella NOTA METODOLOGICA - Allegato C alla presente delibera, ad applicare:

* ai soggetti convenzionati (MMG, PLS, Guardia Medica e Continuità Assistenziale, Specialistica Ambulatoriale SUMAI, Farmacie, Medicina dei Servizi) idonei budget e controlli mensili degli stessi, in modo da evitare il superamento dei limiti di spesa assegnati;

* ai soggetti provvisoriamente accreditati (ospedali classificati, case di cura, laboratori, centri di riabilitazione ed altri centri privati) i limiti di spesa per macroarea, branca e/o tipologia di prestazioni in quantità e costo con le modalità stabilite dalla presente delibera; nonché ad applicare le regressioni tariffarie necessarie per l'osservanza dei limiti complessivi di spesa, con i criteri fissati dall'allegato n. 3 alla DGRC n. 2157 del 30 dicembre 2005 (Regressione Tariffaria Unica - R.T.U.); le regressioni tariffarie potranno essere attenuate con le seguenti modalità:

* qualora una ASL verifichi a consuntivo di aver realizzato un costo per le prestazioni afferenti ad una macroarea, branca e/o tipologia di prestazioni, comprensivo della mobilità passiva intraregionale, inferiore rispetto al limite di spesa assegnato a quella ASL, questa economia potrà essere utilizzata per mitigare le regressioni tariffarie eventualmente necessarie per contenere nei limiti assegnati il costo consuntivo, per la medesima ASL, delle altre macroaree, branche e/o tipologie di prestazioni soggette a regressioni tariffarie;

* qualora, dopo l'operazione di cui al punto precedente, sussista un risparmio residuo, esso potrà essere spalmato proporzionalmente sulle altre ASL, al fine di attenuare le regressioni tariffarie che queste ultime devono applicare per rispettare i limiti di spesa loro assegnati per le varie macroaree, branche e/o tipologie di prestazioni soggette a regressione tariffaria, con priorità riguardo alla macroarea, branca e/o tipologia di prestazioni in cui il risparmio si è originato.

9. Le Aziende Sanitarie Locali, non appena ricevuta la presente delibera, devono provvedere a notificarla formalmente a tutti i responsabili delle strutture organizzative interne responsabili dei vari fattori di costo, ai rappresentanti legali delle strutture sanitarie provvisoriamente accreditate, nonché ai rappresentanti locali delle Associazioni di Categoria degli operatori della sanità pubblica e privata.

10. Entro il 20 giugno 2006, per quanto riguarda le prestazioni sanitarie prodotte in proprio, le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere Universitarie e la "Fondazione Pascale", sulla base dei volumi di prestazioni sanitarie programmati per l'esercizio 2006 ed attenendosi agli obiettivi di contenimento e riduzione della spesa definiti dall'art. 3 della L.R. n. 24 del 28.12.05 e dalla DGRC n. 1843 del 9.12.05, qualora non abbiano già provveduto, devono definire e notificare i budget 2006 dei vari fattori di costo ai responsabili delle strutture organizzative interne, per poi vigilare sulla loro osservanza.

11. Entro il 20 giugno 2006 le Aziende Sanitarie Locali, per quanto riguarda le prestazioni di assistenza sanitaria fornite nel 2006 da terzi convenzionati o strutture sanitarie private provvisoriamente accreditate, sulla base dei volumi di prestazioni sanitarie programmati per l'esercizio 2006 (riepilogati nell'allegato n. 3) ed attenendosi agli obiettivi di contenimento e riduzione della spesa definiti dall'art. 3 della L.R. n. 24 del 28.12.05 e dalla DGRC n. 1843 del 9.12.05 (riepilogati nell'allegato n. 6), devono:

a) definire i budget 2006 a livello di distretto, anche con la collaborazione delle Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative, per le prestazioni sanitarie di Assistenza Medica di Base (MMG, PLS, Guardia Medica e Continuità Assistenziale), farmaceutica convenzionata, assistenza specialistica fornita da Medici Convenzionati SUMAI, Medicina dei Servizi, fornitori di Assistenza Integrativa e Protetica e di Altra Assistenza da Terzi in convenzione;

b) definire, anche con la collaborazione delle Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative, i budget 2006 in quantità e costo delle macroaree, branche e/o tipologie di prestazioni di assistenza specialistica, di riabilitazione e di assistenza ospedaliera acquistate da terzi (strutture sanitarie private provvisoriamente accreditate ed ospedali classificati) e stipulare con le medesime i protocolli d'intesa, secondo gli schemi allegati alla DGRC n. 2451/2003, aggiornati per tenere conto delle variazioni introdotte dalla DGRC n. 2157/2005 e dalla presente deliberazione, ed esposti negli allegati A/1e A/2 alla presente delibera; tali protocolli d'intesa dovranno trovare applicazione a decorrere dall'1/1/2006 e fino al 31/12/2006; in mancanza di accordo tra le ASL e le Associazioni di Categoria per la definizione dei suddetti Protocolli d'Intesa, le ASL medesime provvederanno a notificare la propria proposta di Protocollo d'Intesa alle Associazioni di Categoria ed a tutte le strutture interessate, con richiesta di sottoscrivere, comunque, i conseguenti contratti;

c) stabilire la ripartizione dei volumi di prestazioni sanitarie e dei correlati limiti di spesa tra le diverse macroaree, branche e/o tipologie di prestazioni, attenendosi alle percentuali di riduzione, rispetto al consuntivo 2004, derivanti dai limiti di spesa fissati dalla DGRC n. 1843/05 e dettagliatamente evidenziate nell'allegato n. 7 alla presente delibera; qualora nello stesso raggruppamento siano compresi soggetti diversi (sia convenzionati che strutture provvisoriamente accreditate) devono applicare le percentuali di riduzione, rispetto al consuntivo 2004, di cui all'allegato n. 7 alla presente delibera, in modo uniforme a tutti i soggetti ricadenti in quella classificazione di costo.

12. Entro il 30 giugno 2006 le Aziende Sanitarie Locali e le singole strutture sanitarie provvisoriamente accreditate, dovranno aver sottoscritto i contratti in applicazione dei richiamati protocolli d'intesa; successivamente a tale data le AA.SS.LL. sono tenute a cessare la remunerazione a carico del Servizio Sanitario pubblico delle prestazioni erogate dalle strutture provvisoriamente accreditate che si siano rifiutate di sottoscrivere i suddetti contratti.

13. Ad integrazione e maggiore precisazione degli obiettivi stabiliti dalla DGRC n. 1843/05 per il costo dell'Assistenza Medica di Base (MMG, PLS, Guardia Medica e Continuità Assistenziale), si dispone che tali obiettivi sono diversificati tra le singole Aziende Sanitarie Locali come esposto nell'allegato n. 5 alla presente delibera.

14. L'Assessore alla Sanità con proprio decreto provvede ad istituire un Tavolo Permanente per il monitoraggio dell'attuazione della presente delibera, composto da:

- * n. 1 delegato di ciascuna Azienda Sanitaria Locale;
- * n. 1 delegato di ciascuna delle Associazioni di categoria della sanità privata maggiormente rappresentative;
- * il Coordinatore della Consulta dei Direttori Generali;
- * i Coordinatori delle AGC Piano Sanitario ed Assistenza Sanitaria;
- * il Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale;
- * n. 2 delegati del Gruppo di lavoro per il controllo e monitoraggio dei processi economico - finanziari, organizzativi e prestazionali delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere, istituito con decreto dell'Assessore alla Sanità n. 485 del 25 ottobre 2005,

con i seguenti compiti:

- * vigilare sulla attuazione della presente delibera;
- * elaborare ogni tre mesi, entro 45 giorni dalla fine del precedente trimestre solare, una relazione per l'Assessore alla Sanità sullo stato di attuazione della presente delibera, con particolare riferimento al rispetto dei limiti di spesa definiti per ciascuna ASL;
- * elaborare eventuali proposte per il miglioramento dei criteri stabiliti dalla presente delibera;

15. I tetti di spesa ed i budget di costo di cui alla DGRC n. 1843/2005, recepiti per l'esercizio 2006 dalla presente delibera, saranno monitorati e, durante il secondo semestre dell'anno in corso, potranno eventualmente essere rimodulati con successive delibere della Giunta Regionale, in funzione dell'andamento dei costi del Servizio Sanitario Regionale e degli incrementi del finanziamento statale per la sanità. Allo stato attuale, infatti, risulta prematuro procedere ad una attenuazione e/o rimodulazione di tali obiettivi, in quanto sono intervenuti dal 1 gennaio 2005 rilevanti incrementi del costo del personale dipendente e convenzionato; mentre ulteriori incrementi dei medesimi costi sono in corso di definizione in questi mesi: Il biennio economico del CCNL 2002-2005 del comparto e della dirigenza medica e non medica.

16. Il principio di perequazione fra le singole AA.SS.LL. ai fini della programmazione 2006-2008, disposto dal comma 3 dell'art. 3 della L.R. n. 24 del 28.12.2005, è stato già pienamente rispettato dalla sopra citata DGRC n. 1843 del 9.12.2005, come illustrato in premessa. Si rinvia ad un successivo provvedimento della Giunta Regionale per quanto riguarda l'aggiornamento della ripartizione del Fondo Sanitario Regionale per la spesa corrente nell'esercizio 2006, sulla base del recente accordo tra lo Stato e le Regioni del 28 marzo 2006 in materia di riparto delle risorse finanziarie per l'esercizio in corso.

17. Gli obiettivi di risparmio ed i limiti di spesa definiti dalla DGRC n. 1843 del 9.12.2005, per i motivi ampiamente illustrati in premessa, pur essendo stati calcolati ripartendo sulle varie voci di costo la percentuale complessiva di risparmio del 18,5% nel triennio 2006-2008 rispetto ai costi 2004, di cui almeno il 6,5% nel 2006 (come stabilito dalla medesima delibera e dalla L.R. n. 24/2005), devono essere intesi IN VALORE ASSOLUTO, nella misura dettagliatamente indicata negli allegati alla DGRC n. 1843/05. Al riguardo, inoltre, va sottolineato che, in base ai principi contabili, eventuali accertamenti di maggiori o minori costi delle aziende sanitarie, di competenza economica dell'esercizio 2004 ma effettuati successivamente, non possono determinare variazioni del conto economico consuntivo 2004 ma devono essere iscritti tra le sopravvenienze attive o passive dell'esercizio in corso nel momento in cui sono stati accertati.

18. Gli incrementi tariffari delle prestazioni sanitarie acquistate da terzi non determinano automaticamente e/o necessariamente l'aumento dei tetti di spesa stabiliti per quelle prestazioni: per i motivi dettagliatamente esposti in premessa, affinché si determini l'incremento dei tetti di spesa è comunque necessario un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui anche i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. In tal senso, il punto 6 della DGRC n. 1843/05 dispone che i maggiori costi conseguenti agli aumenti delle tariffe, in primis, devono essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.

19. Il presente provvedimento viene inviato ad intervenuta esecutività alle Aree Generali di Coordinamento 8, 19 e 20, ai Settori proponenti, alle Commissioni Bilancio e Sanità del Consiglio Regionale (ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L.R. n. 24/05), ed al Settore Stampa, Documentazione, Informazione e Bollettino Ufficiale per la immediata pubblicazione sul B.U.R.C.

Il Segretario
Brancati

Il Presidente
Bassolino

Programmazione 2006 - 2008
(Allegato n. 1 alla DGRC n. 1843 del 9 dicembre 2005)

ALLEGATO n. 1

CONTO ECONOMICO del SSR	2002	2003	2004	Var % 2003 vs. 2002	Var % 2004 vs. 2003	Obiettivi di risparmio (sull'anno precedente)							
	2006	2007	2008			2006	2007	2008					
Beni Sanitari (consumi)	433.494	533.397	627.697	23%	18%	2%	15.155	0%	0	1%	6.136	1%	9.019
Beni non Sanitari (consumi)	41.086	37.903	35.809	-8%	-6%	30%	10.905	10%	3.417	10%	3.383	14%	4.105
Servizi Sanitari	152.175	177.976	183.110	17%	3%	18%	32.542	5%	8.730	6%	10.754	8%	13.058
Servizi non Sanitari	463.226	534.539	616.337	15%	15%	24%	150.600	7%	44.473	7%	41.577	12%	64.550
Totale Beni & Servizi	1.089.981	1.283.815	1.462.953	18%	14%	14%	209.202	4%	56.620	4%	61.850	7%	90.733
Personale del Ruolo Sanitario	1.969.689	1.995.928	2.159.974	1%	8%	11,5%	249.175	3%	64.799	4%	83.807	5%	100.568
Personale dei Ruoli Professionale, Tecnico ed Ammin.	533.821	546.659	578.705	2%	6%	12,4%	72.037	4%	23.148	4%	22.222	5%	26.667
Totale Personale	2.503.510	2.542.587	2.738.679	2%	8%	11,7%	321.212	3%	87.947	4%	106.029	5%	127.235
Medicina di base	519.778	549.278	598.567	6%	9%	9%	52.324	2%	11.970	3%	17.596	4%	22.758
Farmaceutica Convenzionata	1.259.081	1.206.635	1.264.398	-4%	5%	18%	228.947	10%	126.440	6%	68.277	3%	34.230
Assistenza da Enti Pubblici (Policlinici e IRCCS)	324.129	335.409	354.402	3%	6%	11%	38.314	9%	31.896	1%	3.225	1%	3.193
Assistenza Specialistica Esterna	472.029	477.410	494.454	1%	4%	25%	122.179	5%	24.673	10%	46.878	12%	50.628
Assistenza Riabilitativa Esterna	386.826	401.790	412.056	4%	3%	25%	101.921	5%	20.582	10%	39.105	12%	42.234
Assistenza Integrativa e Protetica Esterna	81.529	96.467	118.590	18%	23%	25%	29.358	5%	5.929	10%	11.264	12%	12.165
Assistenza Ospedaliera Esterna	627.706	620.045	668.119	-1%	8%	27%	181.818	6%	40.084	11%	69.078	13%	72.657
Altra Assistenza Esterna	60.487	78.971	87.254	31%	10%	25%	21.413	5%	4.324	10%	8.216	12%	8.873
Totale Prestazioni Sanitarie acquistate da terzi	3.731.565	3.766.005	3.997.860	1%	6%	19%	776.274	7%	265.897	7%	263.640	7%	246.738
Ammortamenti (al netto dei costi capitalizzati)	38.783	26.303	36.461	-32%	39%	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Altri Costi	16.200	27.674	143.529	71%	419%	50%	71.265	34%	48.778	15%	14.633	10%	7.853
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	7.380.039	7.646.384	8.379.482	4%	10%	16%	1.377.953	5%	459.242	6%	446.152	6%	472.559
Proventi (+) Oneri (-) Finanziari Netti	-14.420	-22.250	-42.002	54%	89%	26%	-10.743	0%	0	2%	-755	24%	-9.988
Proventi (+) Oneri (-) Straordinari	-37.019	1.603	-170.673	n.s.	n.s.	127%	-215.956	65%	-110.103	43%	-25.825	n.s.	-80.028
Imposte e Tasse	180.910	192.432	207.941	6%	8%	11%	23.365	3%	6.076	4%	7.859	5%	9.430
TOTALE COSTI	7.612.388	7.859.463	8.800.098	3%	12%	18,5%	1.628.018	6,5%	575.421	5,8%	480.591	7,4%	572.006
RISPARMIO IN % SUL TOTALE DEI COSTI DEL 2004:						18,5%	6,5%	5,5%	6,5%	6,5%			

ALLEGATO n. 2

DGRC n. 1843/05: obiettivi di risparmio e di livello dei costi per l'esercizio 2006, suddivisi tra prestazioni acquistate da terzi e prestazioni prodotte direttamente dalle AA.SS.LL. e dalle AA.OO.

CONTO ECONOMICO del SSR		Consuntivo 2004	Obiettivi per l'esercizio 2006		
			Obiettivi di risparmio (rispetto al 2004)		Obiettivi di livello dei costi
		Euro Mgl	%	Euro Mgl	Euro Mgl
Prestazioni Sanitarie acquistate da terzi:					
Assistenza Specialistica Esterna		494.454	5,0%	24.673	469.781
Assistenza Riabilitativa Esterna		412.056	5,0%	20.582	391.474
Assistenza Integrativa, Protesica ed Altra Estern		205.844	5,0%	10.253	195.591
Assistenza Ospedaliera Esterna		668.119	6,0%	40.084	628.035
TOTALE PRIVATI p.a.		1.780.473	5,4%	95.591	1.684.882
RISPARMIO IN % SUI COSTI DEL 2004:			5,4%		
Medicina di base e Farmaceutica convenzionata		1.862.985	7,4%	138.410	1.724.575
TOTALE prestazioni da TERZI		3.643.458	6,4%	234.001	3.409.457
RISPARMIO IN % SUI COSTI DEL 2004:			6,4%		
Assistenza da Enti Pubblici (Policlinici e IRCCS)		354.402	9,0%	31.896	322.506
Prestazioni Sanitarie prodotte in proprio dalle aziende sanitarie pubbliche		4.802.238	6,4%	309.524	4.492.714
TOTALE prestazioni da PUBBLICO		5.156.640	6,6%	341.421	4.815.219
RISPARMIO IN % SUI COSTI DEL 2004:			6,6%		
TOTALE COSTI del SSR		8.800.098	6,5%	575.421	8.224.677
RISPARMIO IN % SUI COSTI DEL 2004:			6,5%		

PIANI 2006 delle AA.SS.: Volumi di Prestazioni

ALLEGATO n. 3

Modello Q06 Volumi di Attività per Macroarea (Elaborazione sulla base dei dati forniti dalle AA.SS. in risposta alla nota dell'Assessore alla Sanità n. 666041 del 3/8/05)	1	2	3		4=1+2+3	5	6	7	8	9	10 = 2+3b
	Prodotte in proprio	Da acquistare da terzi	Erogate da altre Aziende Sanitarie della Regione		Consumi Interni per Residenti	Prestazioni sanitarie acquistate direttamente e EXTRA Regione	Prodotte in proprio	Da acquistare da terzi	Prodotte in proprio	Da acquistare da terzi	Totale Prestazioni da terzi per i propri residenti
			3a	3b							
AZIENDE SANITARIE LOCALI:	Prestazioni ai Residenti										
Assistenza Distrettuale:	Prestazioni di altre ASL della Regione										
Medicina di Base e Guardia Medica	N° Scelte Attive	4.416.403	2.546	2.359	8.896.903	0	24.439	416	2.157	247	4.418.762
Ass.za farmaceutica - Farmacie Convenzionate	N° Ricette	50.066.520	130.436	1.367.031	51.563.987	0	0	1.269.003	0	28.700	51.433.551
Ass.za farmaceutica - Altre forme di erogazione	N° Ricette	262.480	19.338	0	845.094	0	4.929	0	5	0	262.480
Prestazioni dei Centri Antidiabetici	N° Prestazioni	881.391	1.843	108.961	1.494.113	0	95.571	637.106	603	3.484	990.352
Branche a Visita (compr. Neurologia)	N° Prestazioni	5.182.058	41.246	394.922	6.472.886	0	49.193	193.570	635	3.085	1.249.582
Cardiologia	N° Prestazioni	656.940	793.763	3.229	1.582.194	0	62.659	173.149	477	2.163	922.026
Dialisi	N° Prestazioni	327.994	240.452	1	570.680	81	6.147	41.095	49	627	242.685
Radioterapia	N° Prestazioni	279	108.040	5	179.829	0	5.349	543.657	113	14.440	179.545
Attività di laboratorio	N° Prestazioni	10.836.191	35.901.214	59.508	50.997.403	0	82.834	3.205.118	752	38.071	40.101.704
Medicina Nucleare	N° Prestazioni	43.812	632.341	0	818.863	0	11.339	116.545	313	5.102	775.051
Radiologia (compr. Ecogr. R.M. TAC)	N° Prestazioni	777.652	1.995.176	6.654	402.682	0	23.323	452.920	720	17.698	2.397.859
Medicina fisica e riabilitazione art. 44	N° Prestazioni	1.049.595	10.063.588	5.332	12.690.745	0	18.502	1.634.503	69	11.228	11.635.818
Assistenza riabilitativa ambulat.le e domic.re	N° Prestazioni	4.277.702	3.302.129	0	8.032.929	0	7.436	721.400	1.801	3.000	3.755.226
Assistenza riabilitativa residenziale e semires.	N° Giornate	865.548	1.295.637	13.995	2.692.141	32.690	20.255	497.299	0	17.000	1.812.598
Assistenza protesica	N° Prestazioni	156.160	489.669	0	79.833	0	10.834	60.000	113	1.000	569.502
Assistenza integrativa	N° Prestazioni	137.129	2.353.904	0	2.491.133	30	0	3.817	0	0	2.354.004
Assistenza idrotermale	N° Cicli	0	234.103	0	234.103	0	0	103.304	0	86.127	234.103
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare (ADl)	N° Prestazioni	798.434	303.500	0	1.101.934	0	0	0	0	0	303.500
Ass. territoriale amb. e domic. (consultori)	N° Prestazioni	1.044.392	0	0	1.044.392	0	592	0	10	0	0
Assistenza Ospedaliera:											
Ricoveri per Acuti (escluso All B)	N° Dimessi	347.295	290.302	36.763	762.502	16.764	105.610	125.566	11.542	5.111	378.444
Ricoveri Lungodegenti e Riabilitazione	N° Dimessi	2.244	5.819	615	11.130	494	223	5.979	15	724	8.272
Ricoveri per Acuti (compresi nell'All B)	N° Dimessi	4.570	4.055	794	13.776	807	2.045	7.608	116	451	8.412
Altre Prestazioni di Assistenza Ospedaliera	N° Prestazioni	2.325.610	89.376	124.712	2.539.698	17	55.976	9.580	10.386	1.105	89.376
AZIENDE OSPEDALIERE, POLICLINICI e PASCALE:											
Assistenza specialistica ambulatoriale	N° Prestazioni	2.321.193									
Assistenza Ospedaliera:											
Ricoveri per Acuti (escluso All B)	N° Dimessi	12.688									
Ricoveri Lungodegenti e Riabilitazione	N° Dimessi	21									
Ricoveri per Acuti (compresi nell'All B)	N° Dimessi	570									
Altre Prestazioni di Assistenza Ospedaliera	N° Prestazioni	9.940									

21.261

2.321.193

12.688
21
570
9.940468.766
1.443
19.744
1.082.208

PIANI 2006 delle AA.SS.: COSTO delle PRESTAZIONI SANITARIE

ALLEGATO n. 4

Modello C06 Costi per Macroarea in migliaia di EURO (Elaborazione sulla base dei dati forniti dalle AA.SS. in risposta alla nota dell'Assessore alla Sanità n. 666041 del 3/8/05)	1	2	3		4=1+2+3	5	6	7	8	9	10 = 2+3b
	Prodotte in proprio	Da acquistare da terzi	Erogate da altre Aziende Sanitarie della Regione		Consumi Interni per Residenti	Prestazioni sanitarie acquistate direttamente e EXTRA Regione	Prodotte in proprio	Da acquistare da terzi	Prodotte in proprio	Da acquistare da terzi	Totale Prestazioni da terzi per i propri residenti
			3a	3b							
AZIENDE SANITARIE LOCALI:											
Assistenza Distrettuale:											
Medicina di Base e Guardia Medica	447.951	369.344	89	57	817.442	0	2.514	24	30	17	369.402
Ass.za farmaceutica - Farmacie Convenzionate	14.092	1.233.240	2.652	58.326	1.308.311	0	50	47.846	0	562	1.291.567
Ass.za farmaceutica - Altre forme di erogazione	119.891	10.894	15.277	4.086	150.147	0	1.874	370	3	0	14.980
Prestazioni dei Centri Antidiabetici	7.874	8.949	18	991	17.832	0	495	1.678	4	4	9.940
Branche a Visita (compr. Neurologia)	87.292	12.942	666	9.111	110.011	0	824	4.612	28	132	22.053
Cardiologia	17.027	16.021	64	3.511	36.622	0	520	2.401	5	44	19.531
Dialisi	29.980	14.911	0	875	45.767	13	175	177	1	105	15.786
Radioterapia	3	2.062	10	2.612	4.687	0	10	2.714	0	16	4.674
Attività di laboratorio	82.676	183.429	711	29.342	296.159	0	2.915	35.771	4	354	212.771
Medicina Nucleare	3.946	12.147	0	9.059	25.152	0	60	3.604	30	219	21.206
Radiologia (compr. Ecogr. R.M. TAC)	59.606	89.231	355	24.896	174.087	0	1.300	31.927	33	1.015	114.127
Medicina fisica e riabilitazione art. 44	10.894	81.942	36	15.880	108.751	0	93	12.979	0	55	97.822
Assistenza riabilitativa ambulatoriale e domic.re	334.136	116.486	1.170	30.279	482.070	0	4.010	31.345	606	2.500	146.765
Assistenza riabilitativa residenziale e semires.	194.030	124.634	437	48.128	367.229	280	1.801	43.579	0	700	172.761
Assistenza protesica	16.143	53.096	0	2.147	71.386	0	3.477	0	0	0	55.243
Assistenza integrativa	24.510	66.442	0	0	90.952	0	30	150	0	0	66.442
Assistenza idrotermale	0	18.617	0	0	18.617	0	0	2.573	0	8.820	18.617
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare (ADl)	27.581	3.142	0	0	30.723	0	0	0	0	0	3.142
Ass. territoriale amb. e domic. (consultori)	76.483	369	0	0	76.852	0	0	0	0	0	369
Totale Costo Assistenza Distrettuale	1.554.114	2.417.897	21.485	239.301	4.232.797	293	20.147	221.749	744	14.543	2.657.198
Assistenza Ospedaliera:											
Ricoveri per Acuti (escluso All B)	1.293.377	352.422	770	251.731	1.898.300	15.202	382.739	208.692	33.795	7.999	604.153
Ricoveri Lungodegenti e Riabilitazione	9.579	58.574	38	13.296	81.486	0	1.890	29.895	36	4.659	71.870
Ricoveri per Acuti (compresi nell'All B)	43.332	28.471	100	38.510	110.413	2.480	9.037	49.436	774	2.404	66.981
Altre Prestazioni di Assistenza Ospedaliera	206.627	14.355	16	0	220.998	692	2.599	708	281	79	14.355
Totale Costo Assistenza Ospedaliera	1.552.915	453.821	924	303.537	2.311.197	18.375	396.264	288.730	34.886	15.140	757.358

AZIENDE OSPEDALIERE, POLICLINICI e PASCALE:

Assistenza specialistica ambulatoriale	86.780
Ricoveri per Acuti (escluso All B)	933.692
Ricoveri Lungodegenti e Riabilitazione	8.976
Ricoveri per Acuti (compresi nell'All B)	109.444
Altre Prestazioni di Assistenza Ospedaliera	140.149
Totale Assistenza Ospedaliera	1.085.032

375
36.474
222
4.162
2.260
39.210

ALLEGATO n. 5

Programmazione 2006 - 2008: integrazione della DGRC n. 1843 del 9.12.05

Obiettivo: Medicina di Base (MMG, PLS, Guardia Medica, Continuità Assistenziale, ecc.)

Aziende Sanitarie Locali	(A)		(B)		Obiettivo di risparmio (3)				Obiettivo di livello di costo			
	Costo 2004 (1)	Obiettivo per il 2008 (2)	(A - B)	Euro Mgl	Triennio 2006 - 2008 (2)	2006	2007	2008	2006	2007	2008	
						9%	2%	3%	4%			
ASL AV1	20.244	15.972	4.272	4.272	21%	977	1.437	1.858	19.267	17.830	15.972	
ASL AV2	24.366	26.317	-1.952	-1.952	-8%	-446	-656	-849	24.812	25.469	26.317	
ASL BN1	32.314	28.150	4.164	4.164	13%	953	1.400	1.811	31.361	29.961	28.150	
ASL CE1	47.720	39.073	8.647	8.647	18%	1.978	2.908	3.761	45.742	42.834	39.073	
ASL CE2	45.632	44.883	749	749	2%	171	252	326	45.461	45.209	44.883	
ASL NA1	93.708	95.107	-1.399	-1.399	-1%	-320	-470	-608	94.028	94.499	95.107	
ASL NA2	50.364	48.919	1.445	1.445	3%	331	486	629	50.033	49.547	48.919	
ASL NA3	39.108	35.461	3.647	3.647	9%	834	1.226	1.586	38.274	37.048	35.461	
ASL NA4	53.028	51.748	1.280	1.280	2%	293	431	557	52.735	52.305	51.748	
ASL NA5	80.822	59.241	21.581	21.581	27%	4.937	7.258	9.387	75.885	68.627	59.241	
ASL SA1	36.868	33.543	3.324	3.324	9%	760	1.118	1.446	36.107	34.989	33.543	
ASL SA2	42.439	42.600	-161	-161	0%	-37	-54	-70	42.475	42.530	42.600	
ASL SA3	31.974	25.247	6.727	6.727	21%	1.539	2.262	2.926	30.435	28.173	25.247	
TOTALE	598.587	546.263	52.324	52.324	9%	11.970	17.596	22.758	586.617	569.020	546.263	

Settore Programmazione Sanitaria del 6/4/05 prot. 292210, del 7/10/05 prot. n. 820542, e del 24/11/05 prot. n. 970374

(2) L'obiettivo % di risparmio è determinato in misura diversa tra le singole aziende per effetto della maggiore o minore distanza di ciascuna azienda dalla ripartizione che si ottiene applicando la quota capitaria pesata utilizzata nella DGRC n. 1215 del 23/9/2005 (Riparto FSR 2005)

(3) Per alcune ASL l'obiettivo di risparmio, calcolato a quota capitaria pesata, risulta negativo: in questi casi, evidentemente, il minor risparmio prefissato non costituisce un obiettivo per la ASL interessata, ma soltanto un incremento ammissibile, salvo che non derivi da errate imputazioni dei costi 2004, da correggere negli esercizi successivi

ALLEGATO n. 6

Programmazione 2006 - 2008: Obiettivi 2006 ex DGRC n. 1843/2005

privati provvisoriamente accreditati									
Obiettivo di livello di costo in migliaia di Euro (1)									
Aziende Sanitarie Locali	Medicina di Base (v. all. 5)	Farmaceutica Convenzionata	Assistenza Specialistica (compreso specialisti Sumai ed FKT)	Assistenza Riabilitativa (escluso FKT)	Assistenza Integrativa, Protesica ed Altra Assistenza	Totale Assistenza Distrettuale acquistata da Terzi	Assistenza Ospedaliera da Case di Cura e Classificati	Totale Acquisti di Assistenza Sanitaria da terzi, convenzionati, strutture sanitarie private ed ospedali classificati provv. accreditati	
Voce Modello CE	= B0220 - di cui di A0070	= B0230 - di cui di A0070	= B0240 - di cui di A0070	= B0290 - di cui di A0070	= B0340 + B0440 - di cui di A0070	da Privati Provisoriamente Accreditati	= B0390 - di cui di A0070		
ASL AV1	19.267	32.754	7.347	6.269	7.997	73.633	16.279	89.913	
ASL AV2	24.812	55.267	17.357	13.209	8.432	119.078	33.383	152.460	
ASL BN1	31.361	58.779	21.611	13.596	11.447	136.795	51.708	188.502	
ASL CE1	45.742	76.299	26.216	21.373	13.301	182.932	45.312	228.244	
ASL CE2	45.461	86.920	41.963	28.960	10.655	213.960	46.584	260.544	
ASL NA1	94.028	208.463	117.555	72.790	35.090	527.925	111.100	639.025	
ASL NA2	50.033	99.185	44.372	44.024	20.205	257.819	47.456	305.275	
ASL NA3	38.274	70.075	34.645	23.861	15.136	181.991	34.472	216.463	
ASL NA4	52.735	105.715	39.615	44.314	6.408	248.786	69.979	318.766	
ASL NA5	75.885	129.501	50.115	40.603	21.511	317.616	70.507	388.123	
ASL SA1	36.107	71.562	31.565	24.850	13.343	177.427	29.180	206.607	
ASL SA2	42.475	91.947	25.245	33.006	26.163	218.836	45.975	264.812	
ASL SA3	30.435	51.490	12.161	9.070	5.535	108.691	26.060	134.750	
TOTALE	586.617	1.137.958	469.767	375.923	195.222	2.765.488	627.995	3.393.483	

(1) Acquisti di Prestazioni Sanitarie da terzi, come da Conto Economico (Modello CE), al netto della compensazione interaziendale (INTRA Regione), **comprese le prestazioni erogate a residenti extra regione**

ALLEGATO n. 7

Programmazione 2006 - 2008: Obiettivi 2006 ex DGRC n. 1843/2005

Obiettivo di risparmio in percentuale rispetto al costo consuntivo 2004 (1) (2)									
Aziende Sanitarie Locali	Medicina di Base (v. all. 5)	Farmaceutica Convenzionata	Assistenza Specialistica (compreso specialisti Sumai ed FKT)	Assistenza Riabilitativa (escluso FKT)	Assistenza Integrativa, protesica ed Altra Assistenza	Totale Assistenza Distrettuale acquistata da Terzi Convenzionati e da Privati Provisoriamente Accreditati	Assistenza Ospedaliera da Case di Cura e Classificati		TOTALE Acquisti di Assistenza Sanitaria da terzi, convenzionati, strutture sanitarie private ed ospedali classificati provv. accreditati
							= B0220 - di cui di A0070	= B0290 - di cui di A0070	
Voce Modello CE	= B0220 - di cui di A0070	= B0230 - di cui di A0070	= B0240 - di cui di A0070	= B0290 - di cui di A0070	= B0340 + B0440 - di cui di A0070		= B0390 - di cui di A0070		
ASL AV1	4,8%	7,7%	-13,4%	-10,5%	10,0%	4,1%	1,8%	3,7%	
ASL AV2	-1,8%	10,4%	-0,8%	-1,9%	5,8%	4,9%	7,5%	5,5%	
ASL BN1	2,9%	9,6%	2,9%	-3,0%	2,2%	5,3%	12,2%	7,3%	
ASL CE1	4,1%	3,0%	-0,5%	0,4%	6,8%	2,8%	6,4%	3,5%	
ASL CE2	0,4%	2,1%	6,3%	4,0%	-0,6%	2,7%	4,6%	3,1%	
ASL NA1	-0,3%	14,2%	10,2%	7,0%	6,8%	9,5%	6,2%	9,0%	
ASL NA2	0,7%	7,7%	5,8%	9,2%	0,1%	5,8%	3,4%	5,4%	
ASL NA3	2,1%	5,2%	7,0%	4,8%	9,8%	5,3%	3,6%	5,0%	
ASL NA4	0,6%	8,4%	2,6%	8,6%	-32,0%	5,2%	9,4%	6,1%	
ASL NA5	6,1%	14,0%	4,7%	5,1%	3,3%	9,0%	6,8%	8,6%	
ASL SA1	2,1%	12,9%	6,7%	6,4%	9,0%	8,6%	-1,3%	7,3%	
ASL SA2	-0,1%	13,6%	-3,6%	7,1%	10,9%	8,1%	3,8%	7,4%	
ASL SA3	4,8%	7,7%	-11,0%	-14,5%	-4,1%	2,9%	1,9%	2,7%	
TOTALE	2,0%	10,0%	5,0%	5,0%	5,0%	6,6%	6,0%	6,5%	

(1) Acquisti di Prestazioni Sanitarie da terzi, come da Conto Economico (Modello CE), al netto della compensazione interaziendale (INTRA Regione), **comprese le prestazioni erogate a residenti extra regione**

(2) Per alcune ASL l'obiettivo di risparmio, calcolato con riferimento alla quota capitaria pesata, risulta negativo: in questi casi, evidentemente, il minor risparmio prefissato non costituisce un obiettivo per la ASL interessata, ma soltanto un incremento ammissibile, salvo che non derivi da errate imputazioni dei costi 2004, da correggere negli esercizi successivi

ALLEGATO A\1 – pag. 1

Schema di Protocollo di intesa tra l'ASL _____ e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza _____ (specialistica / riabilitativa / altra distrettuale), da erogarsi per l'anno 2006 da parte delle strutture private temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa.

PREMESSO

- che con deliberazione n. 1272 del 28 marzo 2003, pubblicata sul B.U.R.C. n. 16 del 14 aprile 2003, la Giunta Regionale ha individuato, previo accordo con le Associazione di categoria della sanità privata, l'iter procedurale per l'anno 2003 per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e dei correlati limiti di spesa;
- che con deliberazione n. 2451 del 1 agosto 2003, modificata dalla DGRC n. 3133 del 31/10/03, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 55 del 24 novembre 2003, la Giunta Regionale, nel definire i volumi delle prestazioni ed i correlati limiti spesa per l'esercizio 2003, ha provveduto, in applicazione dei principi e delle procedure di cui alla citata deliberazione n. 1272/2003, ad emanare schemi tipo (allegati A/1, A/2 e A/3 alla DGRC n. 2451/03) per la definizione di accordi con le associazioni di categoria e con i singoli privati temporaneamente accreditati per regolare i volumi per singola branca e/o tipologia di prestazioni e il regime di remunerazione delle stesse;
- che per l'anno 2004 con deliberazione n° 048 del 28 novembre 2003, resa esecutiva con DGRC n. 41 del 16 gennaio 2004, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 4 del 26 gennaio 2004, la Giunta Regionale ha provveduto, nella fissazione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2004, a confermare le procedure e le modalità applicative già definite per l'esercizio 2003 dalle sopra citate DGRC n. 1272, 2451 e 3133 del 2003;
- che per l'esercizio 2005, con delibere n. 2105 del 19 novembre 2004, pubblicata sul B.U.R.C. n. 60 del 13 dicembre 2004, e n. 2157 del 30 dicembre 2005, pubblicata sul B.U.R.C. n. 8 del 13 febbraio 2006, la Giunta Regionale ha stabilito, tra l'altro, di confermare le procedure e le modalità applicative definite per gli esercizi 2003 e 2004 dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale, modificandole soltanto per quanto riguarda:
 - i criteri di regressione tariffaria, in modo da soddisfare la disposizione recata in materia dall'art. 1, comma 171, della legge 30.12.2004, n. 311, (Finanziaria dello Stato per l'esercizio 2005);
 - la misura della anticipazione spettante alle strutture private provvisoriamente accreditate che sottoscrivono i contratti attuativi dei limiti di spesa regionali, fissata in ragione di una percentuale non inferiore al 65% e non superiore al 70% del fatturato
 - la precisazione che, nello stabilire che non è consentito ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello fatto registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente, e che tale limite può essere superato unicamente sulla base di adeguate motivazioni la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico (costituito tra la ASL e le Associazioni di Categoria, ai sensi della DGRC n. 2451/03), va specificato che, in caso di valutazione positiva, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa);
- che con delibera n. _____ del _____ 2006 la Giunta Regionale:
 - ha definito per l'esercizio 2006 la programmazione dei volumi delle prestazioni sanitarie, sulla base dei piani forniti dalle aziende sanitarie, ed i correlati limiti di spesa, sulla base degli obiettivi di contenimento dei costi recati dall'art. 3 della legge regionale n. 24 del 28 dicembre 2005 e dalla DGRC n. 1843 del 9 dicembre 2005;

ALLEGATO A\1 – pag. 2

- ha confermato le procedure e le modalità applicative dei limiti di spesa correlati ai volumi di prestazioni sanitarie, già stabilito dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale n. 1272/03 e 2451/03, confermato per il 2004 dalla DGRC n. 048/03 e, con modifiche, per il 2005 dalle DGRC n. 2105/04 e n. 2157/05, apportando ulteriori modifiche che sono recepite nel presente Protocollo;

DATO ATTO

- che, sulla base del piano delle prestazioni formulato dall'ASL, con la citata deliberazione n. _____ del _____ 2006 la Giunta Regionale ha definito per la macroarea "attività di assistenza _____ (specialistica / riabilitativa / altra distrettuale)" il fabbisogno di prestazioni da erogarsi ai cittadini residenti nell'ASL ed il correlato limite di spesa, comprensivo anche della quota da erogarsi ai propri residenti da parte di strutture private provvisoriamente accreditate ubicate in altre Aziende Sanitarie Locali della Campania, nonché di un ammontare storico 2004 di prestazioni erogate a cittadini residenti in altre Regioni, secondo quanto riportato nel seguente prospetto:

- che tale fabbisogno di prestazioni per la suddetta macroarea ed il correlato limite di spesa rappresentano la quota appropriata di attività riconosciuta a carico del Servizio Sanitario Regionale e quindi il limite massimo di spesa sostenibile per i propri residenti, oltre ad un ammontare storico 2004 di prestazioni erogate a cittadini residenti in altre Regioni;

- che, pertanto, nel definire volumi e limiti di spesa delle branche / tipologie di prestazioni afferenti a tale macroarea, occorre contenere gli stessi entro il tetto regionale, oltre il quale le prestazioni non possono essere remunerate dal Servizio Sanitario Regionale;

- che le prestazioni erogate a cittadini residenti in altre ASL della Regione concorrono a soddisfare il fabbisogno di prestazioni da erogarsi ai cittadini residenti in tali altre ASL ed il correlato limite di spesa;

- che le prestazioni erogate a cittadini residenti in altre Regioni concorrono ad assorbire i limiti massimi di spesa stabiliti dalla sopra citata DGRC n. _____ del _____ 2006, con le possibilità di incremento degli stessi ivi previste per questa tipologia di prestazioni;

CONSIDERATO

- che, al fine di dare corso ai provvedimenti attuativi dei disposti della Giunta Regionale, secondo i principi e i criteri dalla medesima definiti, occorre provvedere a determinare per la singola branca / tipologia di prestazioni di _____:
- a) i volumi massimi di prestazioni erogabili ai residenti dell'ASL, comprensivi anche di quelli da acquistare presso strutture private provvisoriamente accreditate di altre Aziende Sanitarie Locali della Regione;
 - b) i correlati limiti di spesa;
 - c) le modalità di remunerazione delle prestazioni e delle regressioni tariffarie eventualmente necessarie per contenere i costi nei limiti di spesa definiti, fermo restando che tali modalità dovranno conformarsi ai criteri tecnici stabiliti nell'allegato n. 3 alla DGRC n. 2157 del 30 dicembre 2005 (Regressione Tariffaria Unica – R.T.U.) ed alle ulteriori disposizioni recate dalla DGRC n. _____ del _____ 2006;

ALLEGATO A\1 – pag. 3

- d) le modalità per il monitoraggio dei volumi erogati e dei costi sostenuti per la corretta applicazione delle disposizioni Regionali.

VISTO

- lo schema di protocollo di intesa preliminare tipo tra le AA.SS.LL e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza distrettuale da erogarsi per l'anno 2006 da parte delle strutture private temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa, allegato sub A/1 alla citata D.G.R. n. ____/2006;

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative della D.G.R. n. ____/2006 definiti e concordati con le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative sottoscrittrici dal presente protocollo di intesa;

Si conviene quanto segue:**Art. 1**

1. La premessa é patto e forma parte integrante del presente protocollo d'intesa.

Art. 2**(oggetto)**

Il presente protocollo di intesa ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza distrettuale per la branca / tipologia di prestazioni di _____ da erogarsi nell'anno 2006 da parte delle strutture private temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3**(quantità delle prestazioni)**

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti presso strutture private provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. ____ (prestazioni / giornate / cicli).
2. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i propri residenti presso strutture private provvisoriamente accreditate ubicate in altre AA.SS.LL. della Regione corrisponde a n. ____ (prestazioni / giornate / cicli).
3. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. ____ (prestazioni / giornate / cicli).
4. Il volume massimo di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, è determinato in n. ____ (prestazioni / giornate / cicli), derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

ALLEGATO A\1 – pag. 4**Art. 4****(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2006 per il volume di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, determinato all'art. 3, comma 4, è fissato in € _____, composto come specificato nei commi successivi.
2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti presso strutture private provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL è fissato in € _____.
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare per i propri residenti presso strutture private provvisoriamente accreditate ubicate in altre AA.SS.LL. della Regione è fissato in € _____.
4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL è fissato in € _____.
5. Le prestazioni erogate a residenti di altre Regioni, di cui al precedente comma 4, concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, l'eventuale superamento del limite di cui al comma 4, potrà comportare analogo incremento dello stesso limite, in base alle condizioni di riconoscimento dell'addebito alle altre Regioni, stabilite dalla citata DGRC n. ____/2006, ed asseverate dalle strutture regionali (Assessorato alla Sanità e Agenzia Sanitaria Regionale) che gestiscono gli addebiti e gli accrediti della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni.
6. L'importo di cui al comma 1, diviso per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definisce il valore medio della prestazione per la branca / tipologia di prestazioni di _____. Il valore medio della prestazione per le strutture ubicate nel territorio aziendale è definito dal rapporto tra il limite di spesa previsto al comma 2 ed il volume di prestazioni di cui all'art. 3 comma 1.

Art. 5**(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario - fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificato con delibera dalla Giunta Regionale - che saranno riconosciute per intero per le prime _____ prestazioni erogate da tutte le strutture. Per le ulteriori prestazioni, saranno definite, con le modalità individuate dal tavolo tecnico costituito ai sensi dell'art. 6, bande di regressioni tariffarie, utili a garantire il rispetto del limite annuo di fatturato previsto all'art. 4.

ALLEGATO A\1 – pag. 5

2. Analoghe modalità di remunerazione saranno adottate per le prestazioni erogate ai non residenti da parte di strutture private provvisoriamente accreditate ubicate nell'ambito territoriale dell'ASL.
3. Le prestazioni erogate sia ai propri residenti che ai non residenti eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le D.G.R. n. 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6
(istituzione e compiti del Tavolo Tecnico)

1. Con la finalità di monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente accordo, è istituito un tavolo tecnico composto da n. _____ membri di cui n. _____ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, firmatarie del presente accordo, e di n. _____ membri nominati dal Direttore Generale.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) stesura di protocolli aventi l'obiettivo di regolamentare l'attività del singolo settore;
 - b) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle strutture finalizzato a garantire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - c) determinazioni in merito alle modalità di regressione tariffaria, secondo i criteri stabiliti dalle DGRC n. 2157/05 e n. ____/06, e monitoraggio della corretta applicazione delle modalità stesse;
 - d) definizione dei criteri di conguaglio per la remunerazione delle prestazioni erogate dal 1 gennaio 2006 alla data di adesione al presente Protocollo d'Intesa.

Art. 7
(attività del Tavolo Tecnico)

1. Con cadenza mensile il tavolo tecnico di cui all'art. 6, per il tramite dell'ASL, comunicherà a tutte le altre AA.SS.LL. della Regione i dati relativi ai volumi e alle modalità di remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture ubicate nel territorio aziendale a cittadini non residenti (mobilità attiva).
2. Con cadenza trimestrale, per trimestre solare, il tavolo tecnico comunicherà altresì, per il tramite dell'ASL, alle strutture erogatrici del proprio territorio i volumi remunerabili a tariffa piena, i volumi residui e la stima, in corso d'anno ed a consuntivo, della eventuale parte di fatturato di ciascun centro, che costituisce contributo al superamento dei limiti di spesa di cui al precedente art. 4, ai fini della applicazione della R.T.U. – Regressione Tariffaria Unica (di cui alla DGRC n. 2157/05 e n. ____/06).
3. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture si impegnano a fornire all'Azienda tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 (il giorno 20 per le strutture di riabilitazione) del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; eventuali ritardi comporteranno l'esclusione della struttura al pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 9.

ALLEGATO A\1 – pag. 6**Art. 8****(variazione del volume delle prestazioni e loro limiti)**

1. Il tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza trimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate ai residenti, sia nell'ambito territoriale della ASL, sia in quello extra aziendale, nonché di quelli relativi alle prestazioni erogate in mobilità attiva interregionale, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazioni delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito, se non sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente; fermo restando che, in caso di valutazione positiva da parte del tavolo tecnico, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa).

Art. 9**(modalità di pagamento delle prestazioni)**

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, sarà corrisposto alle strutture che, in applicazione del presente protocollo di intesa, sottoscriveranno il contratto, un'anticipazione pari al ____ dell'importo fatturato (ovviamente comprensivo anche degli importi relativi alle prestazioni erogate a cittadini non residenti) entro trenta giorni dalla consegna del riepilogo per la fatturazione.
2. Una volta verificate le notule, l'Azienda notificherà l'addebito delle eventuali irregolarità alla struttura, la quale provvederà ad emettere la relativa nota di credito a favore dell'ASL, consentendo la liquidazione del conguaglio, che verrà effettuato con cadenza trimestrale, per trimestre solare. Contestualmente all'acconto verranno liquidati gli importi dovuti per i versamenti obbligatori relativi agli oneri contributivi ed integrativi.

Art. 10**(prestazioni a favore dei cittadini residenti in altre regioni)**

1. Le prestazioni rese a favore dei cittadini residenti in altre Regioni rientrano nel limite massimo di fatturato di cui all'art. 4. Tale limite è elevabile con le modalità specificate dalla DGRC n. ____/2006.

Art. 11**(efficacia del contratto)**

1. Le strutture, in uno con le Associazioni di categoria firmatarie del presente protocollo di intesa, sottoscriveranno i singoli contratti che recepiranno i principi e le modalità sancite nel protocollo medesimo.

ALLEGATO A\1 – pag. 7

2. La remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale delle prestazioni erogate dalle strutture è subordinata alla sottoscrizione da parte di ciascuna del contratto previsto dal comma 1.
3. Il presente protocollo di intesa si riferisce a tutto l'anno 2006, in esecuzione della deliberazione di Giunta regionale n. ____/2006.
4. Analoga durata ed efficacia avranno i contratti stipulati con le singole strutture, in applicazione del presente protocollo di intesa.
5. Il presente protocollo di intesa sarà adeguato alle modifiche della delibera della Giunta Regionale n. ____/2006, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza del protocollo stesso stesso.

ALLEGATO A\2 – pag. 1

Schema di Protocollo di intesa tra l'ASL _____ e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero da erogarsi per l'anno 2006 da parte degli ospedali classificati e delle case di cura private temporaneamente accreditate, ed i correlati limiti di spesa.

PREMESSO

- che con deliberazione n. 1272 del 28 marzo 2003, pubblicata sul B.U.R.C. n. 16 del 14 aprile 2003, la Giunta Regionale ha individuato, previo accordo con le Associazione di categoria della sanità privata, l'iter procedurale per l'anno 2003 per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e dei correlati limiti di spesa;
- che con deliberazione n. 2451 del 1 agosto 2003, modificata dalla DGRC n. 3133 del 31/10/03, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 55 del 24 novembre 2003, la Giunta Regionale, nel definire i volumi delle prestazioni ed i correlati limiti spesa per l'esercizio 2003, ha provveduto, in applicazione dei principi e delle procedure di cui alla citata deliberazione n. 1272/2003, ad emanare schemi tipo (allegati A/1, A/2 e A/3 alla DGRC n. 2451/03) per la definizione di accordi con le associazioni di categoria e con i singoli privati temporaneamente accreditati per regolare i volumi per singola branca e/o tipologia di prestazioni e il regime di remunerazione delle stesse;
- che per l'anno 2004 con deliberazione n° 048 del 28 novembre 2003, resa esecutiva con DGRC n. 41 del 16 gennaio 2004, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 4 del 26 gennaio 2004, la Giunta Regionale ha provveduto, nella fissazione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2004, a confermare le procedure e le modalità applicative già definite per l'esercizio 2003 dalle sopra citate DGRC n. 1272, 2451 e 3133 del 2003;
- che per l'esercizio 2005, con delibere n. 2105 del 19 novembre 2004, pubblicata sul B.U.R.C. n. 60 del 13 dicembre 2004, e n. 2157 del 30 dicembre 2005, pubblicata sul B.U.R.C. n. 8 del 13 febbraio 2006, la Giunta Regionale ha stabilito, tra l'altro, di confermare le procedure e le modalità applicative definite per gli esercizi 2003 e 2004 dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale, modificandole soltanto per quanto riguarda:
 - i criteri di regressione tariffaria, in modo da soddisfare la disposizione recata in materia dall'art. 1, comma 171, della legge 30.12.2004, n. 311, (Finanziaria dello Stato per l'esercizio 2005);
 - la misura della anticipazione spettante alle strutture private provvisoriamente accreditate che sottoscrivono i contratti attuativi dei limiti di spesa regionali, fissata in ragione di una percentuale non inferiore al 65% e non superiore al 70% del fatturato
 - la precisazione che, nello stabilire che non è consentito ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello fatto registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente, e che tale limite può essere superato unicamente sulla base di adeguate motivazioni la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico (costituito tra la ASL e le Associazioni di Categoria, ai sensi della DGRC n. 2451/03), va specificato che, in caso di valutazione positiva, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa);
- che con delibera n. _____ del _____ 2006 la Giunta Regionale:
 - ha definito per l'esercizio 2006 la programmazione dei volumi delle prestazioni sanitarie, sulla base dei piani forniti dalle aziende sanitarie, ed i correlati limiti di

ALLEGATO A\2 – pag. 2

spesa, sulla base degli obiettivi di contenimento dei costi recati dall'art. 3 della legge regionale n. 24 del 28 dicembre 2005 e dalla DGRC n. 1843 del 9 dicembre 2005;

- ha confermato le procedure e le modalità applicative dei limiti di spesa correlati ai volumi di prestazioni sanitarie, già stabilito dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale n. 1272/03 e 2451/03, confermato per il 2004 dalla DGRC n. 048/03 e, con modifiche, per il 2005 dalle DGRC n. 2105/04 e n. 2157/05, apportando ulteriori modifiche che sono recepite nel presente Protocollo;

DATO ATTO

- che, sulla base del piano delle prestazioni formulato dall'ASL, con la citata deliberazione n. _____ del _____ 2006 la Giunta Regionale ha definito per la macroarea "attività di assistenza in regime di ricovero ospedaliero" il fabbisogno di prestazioni da erogarsi ai cittadini residenti nell'ASL ed il correlato limite di spesa, comprensivo anche della quota da erogarsi ai propri residenti da parte di strutture private provvisoriamente accreditate ubicate in altre Aziende Sanitarie Locali della Campania, nonché di un ammontare storico 2004 di prestazioni erogate a cittadini residenti in altre Regioni, secondo quanto riportato nel seguente prospetto:

- che tale fabbisogno di prestazioni per la macroarea "assistenza in regime di ricovero ospedaliero" ed il correlato limite di spesa rappresentano la quota appropriata di attività riconosciuta a carico del Servizio Sanitario Regionale e quindi il limite massimo di spesa sostenibile per i propri residenti, oltre ad un ammontare storico 2004 di prestazioni erogate a cittadini residenti in altre Regioni;

- che, pertanto, nel definire volumi e limiti di spesa delle tipologie di prestazioni afferenti a tale macroarea, occorre contenere gli stessi entro il tetto regionale, oltre il quale le prestazioni non possono essere remunerate dal Servizio Sanitario Regionale;

- che le prestazioni erogate a cittadini residenti in altre ASL della Regione concorrono a soddisfare il fabbisogno di prestazioni da erogarsi ai cittadini residenti in tali altre ASL ed il correlato limite di spesa;

- che le prestazioni erogate a cittadini residenti in altre Regioni concorrono ad assorbire i limiti massimi di spesa stabiliti dalla sopra citata DGRC n. _____ del _____ 2006, con le possibilità di incremento degli stessi ivi previste per questa tipologia di prestazioni;

CONSIDERATO

- che, al fine di dare corso ai provvedimenti attuativi dei disposti della Giunta Regionale, secondo i principi e i criteri dalla medesima definiti, occorre provvedere a determinare per l'attività di assistenza in regime di ricovero ospedaliero:
 - a) i volumi massimi di prestazioni erogabili ai residenti dell'ASL, comprensivi anche di quelli da acquistare presso strutture private provvisoriamente accreditate di altre Aziende Sanitarie Locali della Regione;
 - b) i correlati limiti di spesa;
 - c) le modalità di remunerazione delle prestazioni e delle regressioni tariffarie eventualmente necessarie per contenere i costi nei limiti di spesa definiti, fermo restando che tali modalità

ALLEGATO A\2 – pag. 3

dovranno conformarsi ai criteri tecnici stabiliti nell'allegato n. 3 alla DGRC n. 2157 del 30 dicembre 2005 (Regressione Tariffaria Unica – R.T.U.) ed alle ulteriori disposizioni recate dalla DGRC n. ____/2006;

- d) le modalità per il monitoraggio dei volumi erogati e dei costi sostenuti per la corretta applicazione delle disposizioni Regionali.

VISTO

- lo schema di protocollo di intesa preliminare tipo tra le AA.SS.LL e le Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero da erogarsi per l'anno 2006 da parte delle strutture private temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa, allegato sub A/2 alla citata DGRC n ____/2006;

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative della DGRC n. ____/2006 definiti e concordati con le Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative sottoscrittrici dal presente protocollo di intesa;

Si conviene quanto segue:**Art. 1**

1. La premessa é patto e forma parte integrante del presente protocollo d'intesa.

Art. 2**(oggetto)**

Il presente protocollo di intesa ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero da erogarsi nell'anno 2006 da parte degli ospedali classificati e delle case di cura private temporaneamente accreditate, ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3**(quantità delle prestazioni)**

1. Il fabbisogno di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i propri residenti presso le strutture (ospedali classificati e case di cura p.a.) ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ dimessi, di cui:
 - a) n. _____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. ____ del ____ 2006;
 - b) n. _____ per prestazioni di emergenza-urgenza rientranti nella rete del SIRES;
 - c) n. _____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
2. Il fabbisogno di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero che la ASL prevede di dover acquistare per i propri residenti presso le strutture (ospedali classificati e case di cura p.a.) accreditate ubicate in altre AA.SS.LL. della Regione corrisponde a n. _____ dimessi, di cui:
 - a) n. _____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. ____ del ____ 2006;
 - b) n. _____ per prestazioni di emergenza-urgenza rientranti nella rete del SIRES;
 - c) n. _____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.

ALLEGATO A\2 – pag. 4

3. Il fabbisogno di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso le strutture (ospedali classificati e case di cura p.a.) ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ dimessi, di cui:
 - a) n. _____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. ____ del ____ 2006;
 - b) n. _____ per prestazioni di emergenza-urgenza rientranti nella rete del SIRES;
 - c) n. _____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
4. Il volume massimo di prestazioni erogabili in regime di ricovero ospedaliero è determinato in n. _____ dimessi, derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

Art. 4**(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2006 per il volume di prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero, determinato all'art. 3, comma 4, è fissato in euro _____, composto come specificato nei commi successivi.
2. Il limite di spesa per le prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i propri residenti presso le strutture (ospedali classificati e case di cura p.a.) ubicate nel territorio della ASL è fissato in € _____, di cui:
 - a) € _____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. ____/2006;
 - b) € _____ per prestazioni di emergenza-urgenza rientranti nella rete del SIRES;
 - c) € _____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
3. Il limite di spesa per le prestazioni in regime di ricovero ospedaliero che la ASL prevede di dover acquistare per i propri residenti presso le strutture (ospedali classificati e case di cura p.a.) ubicate in altre AA.SS.LL. della Regione è fissato in € _____, di cui:
 - a) € _____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. ____/2006;
 - b) € _____ per prestazioni di emergenza-urgenza rientranti nella rete del SIRES;
 - c) € _____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
4. Il limite di spesa per le prestazioni in regime di ricovero ospedaliero che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso le strutture (ospedali classificati e case di cura p.a.) ubicate nel territorio della ASL è fissato in € _____, di cui:
 - a) € _____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. ____/2006;
 - b) € _____ per prestazioni di emergenza-urgenza rientranti nella rete del SIRES;
 - c) € _____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
5. Le prestazioni di ricovero di cui all'allegato elenco (allegato B), quelle di emergenza-urgenza rientranti nella rete del SIRES, e quelle erogate a residenti di altre Regioni, concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, l'eventuale superamento, a consuntivo, dei limiti stabiliti per le prestazioni di cui alle lettere a) e b) dei commi 2 e 3 del presente articolo, comporterà la corrispondente riduzione del limite di cui alla lettera c) dei commi medesimi; mentre l'eventuale superamento del limite di cui al comma 4, potrà comportare analogo incremento dello stesso limite, in base alle condizioni di riconoscimento dell'addebito alle altre Regioni, stabilite dalla citata DGRC n. ____/2006, ed asseverate dalle strutture regionali (Assessorato alla Sanità e Agenzia Sanitaria Regionale) che gestiscono gli addebiti e gli accrediti della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni.

ALLEGATO A\2 – pag. 5**Art. 5****(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario - fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificato con delibera dalla Giunta Regionale - che saranno riconosciute per intero per le prime _____ prestazioni erogate da tutte le strutture. Per le ulteriori prestazioni, saranno definite, con le modalità individuate dal tavolo tecnico costituito ai sensi dell'art. 6, bande di regressioni tariffarie, utili a garantire il rispetto del limite annuo di fatturato previsto all'art. 4.

Art. 6**(istituzione e compiti del Tavolo Tecnico)**

1. Con la finalità di monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente accordo, è istituito un tavolo tecnico composto da n. _____ membri di cui n. _____ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, firmatarie del presente accordo, e di n. _____ membri nominati dal Direttore Generale.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) stesura di protocolli aventi l'obiettivo di regolamentare l'attività del singolo settore;
 - b) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle strutture finalizzato a garantire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - c) determinazioni in merito alle modalità di regressione tariffaria, secondo i criteri stabiliti dalle DGRC n. 2157/05 e n. _____/06, e monitoraggio della corretta applicazione delle modalità stesse;
 - d) definizione dei criteri di conguaglio per la remunerazione delle prestazioni erogate dal 1 gennaio 2006 alla data di adesione al presente Protocollo d'Intesa.

Art. 7**(attività del Tavolo Tecnico)**

1. Con cadenza mensile il tavolo tecnico di cui all'art. 6, per il tramite dell'ASL, comunicherà a tutte le altre AA.SS.LL. della Regione i dati relativi ai volumi e alle modalità di remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture ubicate nel territorio aziendale a cittadini non residenti (mobilità attiva).
2. Con cadenza trimestrale, per trimestre solare, il tavolo tecnico comunicherà altresì, per il tramite dell'ASL, alle strutture erogatrici del proprio territorio i volumi remunerabili a tariffa piena, i volumi residui e la stima, in corso d'anno ed a consuntivo, della eventuale parte di fatturato di ciascuna struttura, che costituisce contributo al superamento dei limiti di spesa di cui al precedente art. 4, ai fini della applicazione della R.T.U. – Regressione Tariffaria Unica (di cui alla DGRC n. 2157/05 e n. _____/06).
3. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture si impegnano a fornire all'Azienda tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo

ALLEGATO A\2 – pag. 6

all'erogazione delle prestazioni; eventuali ritardi comporteranno l'esclusione della struttura al pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 9.

Art. 8**(variazione del volume delle prestazioni e loro limiti)**

6. I limiti di spesa di cui all'art. 4 sono suscettibili di aggiornamento e/o modifica con i criteri stabiliti dalla DGRC n. ____/2006 e richiamati nel comma 5 del precedente art. 4.
7. A tal fine, il tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza trimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate ai residenti, sia nell'ambito territoriale della ASL, sia in quello extra aziendale, nonché di quelli relativi alle prestazioni erogate in mobilità attiva interregionale, aggiorna le strutture p.a. sull'andamento delle prestazioni rispetto ai limiti di spesa, e dà atto delle modifiche di cui al comma precedente.
8. Allo scopo di garantire continuità nella erogazioni delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le singole strutture (ospedali classificati e case di cura p.a.), non è consentito, se non sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura provvisoriamente accreditata di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente; fermo restando che, in caso di valutazione positiva da parte del tavolo tecnico, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa).

Art. 9**(modalità di pagamento delle prestazioni)**

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, sarà corrisposto alle strutture che, in applicazione del presente protocollo di intesa, sottoscriveranno il contratto, un'anticipazione pari al ____ dell'importo fatturato (ovviamente comprensivo anche degli importi relativi alle prestazioni erogate a cittadini non residenti) entro trenta giorni dalla consegna del riepilogo per la fatturazione.
2. Una volta verificate le notule, l'Azienda notificherà l'addebito delle eventuali irregolarità alla struttura, la quale provvederà ad emettere la relativa nota di credito a favore dell'ASL, consentendo la liquidazione del conguaglio, che verrà effettuato con cadenza trimestrale, per trimestre solare. Contestualmente all'acconto verranno liquidati gli importi dovuti per i versamenti obbligatori relativi agli oneri contributivi ed integrativi.

Art. 10**(prestazioni a favore dei cittadini residenti in altre regioni)**

1. Le prestazioni rese a favore dei cittadini residenti in altre Regioni rientrano nel limite massimo di fatturato di cui all'art. 4. Tale limite è elevabile con le modalità specificate dalla DGRC n. ____/2006.

ALLEGATO A\2 – pag. 7**Art. 11
(efficacia del contratto)**

1. Le strutture, in uno con le Associazioni di categoria firmatarie del presente protocollo di intesa, sottoscriveranno i singoli contratti che recepiranno i principi e le modalità sancite nel protocollo medesimo.
2. La remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale delle prestazioni erogate dalle strutture è subordinata alla sottoscrizione da parte di ciascuna del contratto previsto dal comma 1.
3. Il presente protocollo di intesa si riferisce a tutto l'anno 2006, in esecuzione della deliberazione di Giunta regionale n. ____/2006.
4. Analoga durata ed efficacia avranno i contratti stipulati con le singole strutture, in applicazione del presente protocollo di intesa.
5. Il presente protocollo di intesa sarà adeguato alle modifiche della delibera della Giunta Regionale n. ____/2006, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza del protocollo stesso stesso.

ALLEGATO B - pag. 1

DRG	Descrizione
001	Craniotomia età > 17, eccetto per traumatismo
002	Craniotomia età > 17 per traumatismo
003	Craniotomia età < 18
004	Interventi sul midollo spinale
007	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con cc
049	Interventi maggiori sul capo e sul collo
075	Interventi maggiori sul torace
076	Altri interventi sull'apparato respiratorio, con cc
104	Interventi sulle valvole cardiache con cateterismo cardiaco
105	Interventi sulle valvole cardiache senza cateterismo cardiaco
106	Bypass coronarico con PTCA
107	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco
108	Altri interventi sul sistema cardiovascolare
109	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco
110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, con cc
111	Interv. maggiori sul sistema cardiovascolare, senza cc
115	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con infarto miocardio acuto, insufficienza cardiaca e shock, o impianto o sostituzione di elettrodi o generatore di impulsi di defibrillatore automatico
146	Resezione rettale, con cc
147	Resezione rettale, senza cc
148	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, con cc
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, senza cc
191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con cc
192	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza cc
193	Interv. sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con cc
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori
217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo
286	Interventi sul surrene e sulla ipofisi
287	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche
303	Interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica, per neoplasia

ALLEGATO B - pag. 2

304	Interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica, non per neoplasia maligna con cc
353	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale
357	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi
386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio
387	Prematurità con affezioni maggiori
392	Splenectomia, età > 17
400	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori
401	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con cc
403	Linfoma e leucemia non acuta con cc
406	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con cc
407	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza cc
409	Radioterapia
442	Altri interventi chirurgici per traumatismo, con cc
471	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori
473	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17
483	Tracheostomia eccetto per disturbi orali, laringei o faringei
485	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti
486	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti
491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori
496	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato
497	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC
507	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo
509	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo
514	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco
515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco
519	Artrodesi cervicale con CC
520	Artrodesi cervicale senza CC

ALLEGATO C - pag. 1

NOTA METODOLOGICA

1. Premessa

La delibera della Giunta Regionale n. 1843 del 9 dicembre 2005, tra l'altro, nel definire gli obiettivi di risparmio nel triennio 2006 – 2008, ha stabilito il livello massimo dei costi per macro aree e per ciascuna azienda sanitaria. In particolare:

- negli allegati da 1 a 3 ha determinato gli obiettivi generali di risparmio (rispetto al consuntivo 2004) ed i conseguenti obiettivi di livello di costo per ciascun esercizio 2006, 2007 e 2008;
- negli allegati 4 e 5 ha dettagliato tali obiettivi per ciascuna Azienda Sanitaria Locale e per ciascuna Azienda Ospedaliera, per quanto riguarda:
 - i Beni ed i Servizi Sanitari e Non Sanitari;
 - il Costo del Personale;
- negli allegati 6 e 7 ha determinato per ciascun esercizio 2006, 2007 e 2008, e per ciascuna Azienda Sanitaria Locale:
 - nell'allegato n. 6: l'obiettivo di livello di costo della farmaceutica convenzionata;
 - nell'allegato n. 7.2: l'obiettivo di livello di costo dell'Assistenza Specialistica Esterna (compreso medici specialisti SUMAI ed FKT);
 - nell'allegato n. 7.3: l'obiettivo di livello di costo dell'Assistenza Riabilitativa Esterna (escluso FKT);
 - nell'allegato n. 7.4: l'obiettivo di livello di costo dell'Assistenza Ospedaliera Esterna;
 - nell'allegato n. 7.5: l'obiettivo di livello di costo dell'Assistenza Integrativa, Protetica ed Altra Esterna;esponendo nell'allegato n. 7.1 la somma degli obiettivi di livello di costo di cui agli anzi detti allegati da 7.2 a 7.5.

Con gli stessi criteri già utilizzati nella DGRC n. 1843/2005, nell'allegato n. 5 della presente delibera sono stati determinati anche per la voce "Medicina Generale: MMG, PLS, Guardia Medica e Continuità Assistenziale" gli obiettivi temporali di risparmio e di livello di costo 2006, 2007 e 2008 per ciascuna Azienda Sanitaria Locale.

Sulla base degli obiettivi già definiti per ciascuna ASL nelle suddette tabelle n. 6 e n. 7 allegate alla DGRC n. 1843/2005, completate dalla tabella allegata sub 5) alla presente delibera, è stato predisposto:

- il riepilogo degli obiettivi di livello dei costi dell'Assistenza Sanitaria Acquistata da Terzi per l'esercizio 2006, per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, esposto nell'allegato n. 6 alla presente delibera;
- il riepilogo delle corrispondenti variazioni percentuali rispetto al consuntivo 2004, per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, espone nell'allegato n. 7 alla presente delibera.

2. Il Modello CE – Conto Economico

Come risulta evidente dal complesso degli allegati sopra citati, tutti gli obiettivi, sia di risparmio che di livello dei costi, sono stati espressi con riferimento alla classificazione delle voci di conto economico operata dal "MODELLO CE – Conto Economico" di cui al decreto del Ministro della Sanità del 16 febbraio 2001, concernente i modelli di rilevazione delle attività economiche delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere (già esteso dal 2004 agli IRCCS pubblici e,

ALLEGATO C - pag. 2

quindi, alla “Fondazione Pascale” - ed in corso di applicazione a breve anche alle Aziende Ospedaliere Universitarie: Federico II e Seconda Università).

Il “*MODELLO CE – Conto Economico*”, in adempimento del decreto del Ministro della Sanità, di concerto con il Ministro del Tesoro, del 28 maggio 2001, viene inviato dalle Aziende Sanitarie alla Regione ed al Ministero della Salute tramite inserimento dei dati sul SIS – Sistema Informativo Sanitario, con le seguenti scadenze:

- come Conto Annuale Preventivo, entro il 16 febbraio dell’esercizio di riferimento;
- come Conto (Pre)-Consuntivo Trimestrale: entro la fine del mese successivo a ciascun trimestre solare: 30/4 per il primo trimestre; 31/7 per il primo semestre, 31/10 per i primi tre trimestri; 31/1 dell’esercizio successivo per l’intero anno precedente;
- come Conto Annuale Consuntivo: entro il 31 maggio dell’esercizio successivo.

La predisposizione del Modello CE è stata oggetto di apposite *Linee Guida* emanate dal Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, che ha inviato l’ultimo aggiornamento a tutti gli Assessorati regionali alla Sanità ed a tutte le Aziende Sanitarie con un comunicato del 13 marzo 2003.

Nel corso degli anni il “*MODELLO CE – Conto Economico*” ha acquisito sempre più rilievo ufficiale: uno degli adempimenti fondamentali per l’accesso agli incrementi del finanziamento statale della sanità, ovvero la verifica trimestrale del rispetto dell’equilibrio economico-finanziario della gestione, di cui all’art. 6 dell’accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, rep. n. 2271, è basata sull’esame dei Modelli CE (delle singole aziende e riepilogativi regionali); mentre, recentemente, il decreto legge 30 settembre 2005, n. 203, ha prescritto la registrazione contabile nei Modelli CE, a partire da quello relativo al III trimestre 2005, degli opportuni accantonamenti a fronte dei rinnovi contrattuali attesi (comparto, dirigenza e convenzionati).

D’altra parte, il “*MODELLO CE – Conto Economico*” è pienamente integrato e coordinato, sia con lo schema di bilancio delle aziende sanitarie, emanato dal decreto del Ministro dell’Economia dell’11 febbraio 2002, sia con lo schema di bilancio delle aziende sanitarie disposto per la Regione Campania dalla delibera della Giunta Regionale n. 1271 del 28 marzo 2003: il raccordo tra lo schema regionale di bilancio e le voci del Modello CE è rappresentato nell’allegato n. 2.c di quest’ultima delibera.

3. L’utilizzo del Modello CE per la definizione e la verifica degli obiettivi

Per le ragioni sopra esposte, il “*MODELLO CE – Conto Economico*” è stato individuato dalla DGRC n. 1843 del 9 dicembre 2005 come classificazione economica di riferimento, sia per la definizione a preventivo degli obiettivi, sia – conseguentemente – per la loro verifica a consuntivo, in via trimestrale ed annuale.

Ai fini della presente delibera, recante determinazioni riguardo ai volumi di prestazioni sanitarie per l’anno 2006 e correlati limiti di spesa:

- a) gli obiettivi di risparmio (rispetto al consuntivo 2004), ed i conseguenti obiettivi di livello dei costi, riepilogati nell’allegato n. 6, costituiscono il tetto di spesa imposto dalla programmazione regionale alle singole Aziende Sanitarie Locali per l’Assistenza Sanitaria Acquistata da Terzi per l’esercizio 2006;
- b) gli altri obiettivi di risparmio (rispetto al consuntivo 2004), ed i conseguenti obiettivi di livello dei costi, definiti negli allegati da n. 1 a n. 5 della DGRC n. 1843/2005 e relativi a: Beni & Servizi Sanitari e Non Sanitari; Personale; Policlinici ed IRCCS; Altri Costi; Proventi ed Oneri Straordinari, costituiscono il tetto di spesa imposto dalla programmazione regionale alle singole Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere, alle Aziende Ospedaliere Universitarie, all’IRCCS “Fondazione Pascale” per l’Assistenza Sanitaria

ALLEGATO C - pag. 3

Prodotta in Proprio, ovvero, direttamente dalle medesime aziende sanitarie, nell'esercizio 2006.

Gli obiettivi sub b) consistono in limiti di spesa assegnati alle singole aziende per specifici fattori di produzione interna dei servizi sanitari; limiti ai quali gli Organi delle aziende sanitarie devono attenersi, con tutti gli strumenti, anche di modifica della organizzazione interna delle aziende sanitarie, indicati dalla DGRC n. 1843/2005. Gli Organi delle aziende sanitarie risponderanno, quindi, del rispetto dei budget loro assegnati, in sede di formulazione dei preventivi e di verifica trimestrale ed annuale, sottoponendosi ai controlli ed alle eventuali sanzioni previste dalla normativa nazionale e regionale, richiamata nella DGRC n. 1843/2005; fermo restando che tali obiettivi devono essere temperati con l'esigenza, altrettanto primaria, di assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Gli obiettivi sub a), invece, consistono in limiti di spesa assegnati alle singole aziende per l'acquisto di prestazioni sanitarie erogate da soggetti *terzi* rispetto alle Aziende Sanitarie Locali.

Tutte queste prestazioni sono assoggettate dalla DGRC n. 1843/2005 agli specifici tetti di spesa, esposti nell'allegato n. 6 alla presente delibera.

Tuttavia, per le prestazioni acquistate sulla base di convenzioni, le Aziende Sanitarie Locali sono impegnate ad utilizzare strumenti di contenimento della spesa quali: budget di distretto e per singolo medico prescrittore (art. 8, comma 1, lettera f) del Dlgs 229/99); diffusione di Linee Guida e Percorsi diagnostico terapeutici per tutte le principali patologie; attento monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni; budget dell'assistenza integrativa e di quella protesica.

Invece, per le prestazioni sanitarie acquistate da strutture sanitarie provvisoriamente accreditate, le Aziende Sanitarie Locali devono stipulare specifici contratti, riconducibili alla disciplina alla base degli Schemi di Protocollo d'Intesa allegati sub A) alla DGRC n. 2451/2003, che devono prevedere i volumi di prestazioni richiesti per macro area e l'applicazione di regressioni tariffarie all'eventuale verificarsi del superamento dei limiti di spesa.

Pertanto:

- dati i volumi di prestazioni sanitarie che le aziende sanitarie hanno programmato per l'esercizio 2006 nei Piani delle Prestazioni di cui agli allegati n. 3 e 4 alla presente delibera;
- considerata la ripartizione, operata nei medesimi Piani delle Prestazioni, tra prestazioni da prodursi direttamente dalle aziende sanitarie e prestazioni da acquistarsi da terzi convenzionati o provvisoriamente accreditati, sostanzialmente determinata sulla base dei volumi consuntivi 2004 e preconsuntivi 2005 (forniti dalle aziende sanitarie insieme ai Piani delle Prestazioni per il 2006);
- dati gli obiettivi di livello dei costi dell'Assistenza Sanitaria Acquistata da Terzi per l'esercizio 2006, per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, esposti nell'allegato n. 6,

le Aziende Sanitarie Locali devono ora stabilire la ripartizione dei volumi di prestazioni sanitarie e dei correlati limiti di spesa:

- 1) da attribuire, sotto forma di budget, all'assistenza medica di base (Medicina Generale: MMG, PLS, Guardia Medica e Continuità Assistenziale, ecc.): voce B0220 del Modello CE al netto del corrispondente "di cui" della voce A0070 del Modello CE, depurando l'obiettivo 2006 da imputazioni di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata (SUMAI) che ricadono nella voce B0280 del Modello CE – Assistenza Specialistica da Privati e, quindi, nell'obiettivo relativo all'Assistenza Specialistica da Terzi;
- 2) da attribuire, sotto forma di budget dei Medici Prescrittori e dei Distretti, all'assistenza farmaceutica convenzionata: voce B0230 del Modello CE al netto del corrispondente "di cui" della voce A0070 del Modello CE, depurando l'obiettivo 2006 da imputazioni di prestazioni di assistenza integrativa e protesica che ricadono nella voce B0380 del Modello CE – Assistenza Integrativa e Protesica e, quindi, nell'obiettivo relativo all'Assistenza Integrativa, Protesica ed altra Assistenza Distrettuale da Terzi;

ALLEGATO C - pag. 4

- 3) da attribuire nell'ambito dell'Assistenza Specialistica, sotto forma di budget, ai Medici Specialisti Convenzionati (SUMAI), suddividendo l'obiettivo della Assistenza Specialistica (voce B0240 del Modello CE al netto del corrispondente "di cui" della voce A0070 del Modello CE) tra questa voce di costo e quella successiva;
- 4) da attribuire nell'ambito dell'Assistenza Specialistica (compresa FKT), sotto forma di accordi contrattuali sulla base degli Schemi di Protocollo d'Intesa di cui all'allegato A) della presente delibera, alle strutture sanitarie provvisoriamente accreditate, eroganti prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, suddividendo l'obiettivo della Assistenza Specialistica (voce B0240 del Modello CE al netto del corrispondente "di cui" della voce A0070 del Modello CE) tra questa voce di costo e quella precedente;
- 5) da attribuire nell'ambito dell'Assistenza Riabilitativa a soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali o miste (esclusa FKT), sotto forma di accordi contrattuali sulla base degli Schemi di Protocollo d'Intesa di cui all'allegato A) della presente delibera, alle strutture sanitarie provvisoriamente accreditate, eroganti prestazioni di assistenza riabilitativa: voce B0290 del Modello CE al netto del corrispondente "di cui" della voce A0070 del Modello CE, depurando tale obiettivo da imputazioni di:
 - prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione (FKT), che ricadono nella voce B0240 del Modello CE – Assistenza Specialistica e, quindi, nell'obiettivo relativo all'Assistenza Specialistica da Terzi;
 - prestazioni di assistenza psichiatrica e di assistenza agli anziani, tossicodipendenti ed alcolisti, che ricadono nella voce B0440 del Modello CE – Altra Assistenza e, quindi, nell'obiettivo relativo all'Assistenza Integrativa, Protesica ed Altra Assistenza Distrettuale da Terzi;
- 6) da attribuire nell'ambito dell'Assistenza Ospedaliera, sotto forma di accordi contrattuali sulla base degli Schemi di Protocollo d'Intesa di cui all'allegato A) della presente delibera, alle strutture sanitarie provvisoriamente accreditate, eroganti prestazioni di assistenza ospedaliera (compresi gli ospedali classificati): voce B0390 del Modello CE al netto del corrispondente "di cui" della voce A0070 del Modello CE;
- 7) da attribuire nell'ambito dell'Altra Assistenza Distrettuale (Integrativa, Protesica, Termale, Medicina dei Servizi, Assistenza Psichiatrica, Assistenza agli anziani, tossicodipendenti ed alcolisti): voce B0340 + B0440 del Modello CE al netto del corrispondente "di cui" della voce A0070 del Modello CE, sotto forma di budget ai soggetti convenzionati, oppure, di accordi contrattuali (sulla base degli Schemi di Protocollo d'Intesa di cui all'allegato A) della presente delibera) alle strutture sanitarie provvisoriamente accreditate.

4. Alcune prescrizioni tecniche fondamentali

Affinché le attività sopra descritte siano svolte correttamente, anche ai fini della piena verificabilità trimestrale dei risultati conseguiti nell'attuazione degli obiettivi stabiliti dalla DGRC n. 1843/2005 e dalla presente delibera, le Aziende Sanitarie Locali dovranno attenersi alle seguenti prescrizioni tecniche fondamentali.

1. La codifica delle voci di conto economico rilevanti per la definizione, nell'ambito dei limiti di spesa richiamati nell'allegato n. 6, dei volumi di prestazioni sanitarie e dei correlati limiti di spesa da attuare per l'esercizio 2006, è richiamata nel seguito della presente Nota, riportando:
 - a) un estratto dell'allegato n. 2.c alla DGRC n. 1271 del 28 marzo 2003, che espone lo schema di conto economico obbligatorio per le aziende sanitarie regionali, coordinato con i codici di classificazione delle corrispondenti voci del conto economico ministeriale Modello CE;

ALLEGATO C - pag. 5

b) un estratto dell'ultimo aggiornamento (13/3/2003) delle *Linee Guida* emanate dal Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, che espone per ogni voce di conto economico:

- il codice informatico della voce;
- il codice relativo allo schema di bilancio delle AUSL e AO affiancato dal nome della voce (D.M. 11 febbraio 2002);
- la descrizione della voce contenente: le categorie da includere, i totali ed i codici relativi alle voci da sommare, le operazioni da eseguire;
- le regole di imputazione, le definizioni normative o dottrinali di alcune voci, l'appendice normativa e altro.

Le Aziende Sanitarie Locali devono perseguire la più corretta ed uniforme applicazione delle codifiche sopra riportate, correggendo eventuali anomalie riscontrate nelle classificazioni operate finora.

2. La programmazione dei volumi delle prestazioni e l'attuazione dei correlati limiti di spesa, per la quale si rende necessario ricorrere a contratti che prevedano regressioni tariffarie, fin dalla delibera della Giunta Regionale n. 1272 del 28 marzo 2003, in conformità agli accordi raggiunti con le associazioni di categoria della sanità privata, che furono recepiti ed allegati alla medesima delibera, deve essere svolta nell'osservanza di due principi fondamentali:

- I. I limiti di spesa si applicano per macro area, branca e/o tipologia di prestazioni.
- II. I limiti di spesa vengono definiti per ciascuna ASL con riferimento ai consumi dei propri residenti: ciascuna ASL è responsabile e risponde dei consumi di prestazioni sanitarie dei propri residenti, anche qualora la prestazione sia erogata da strutture sanitarie operanti nel territorio di altre ASL della regione; parimenti, ed in modo speculare, le prestazioni erogate dalle strutture sanitarie operanti nel proprio territorio, ma a cittadini residenti in altre ASL della regione, ricadono nella programmazione sanitaria e nei limiti di spesa che tali altre ASL hanno predisposto per i propri cittadini.

Su questa fondamentale impostazione sono basate tutte le deliberazioni regionali in materia di programmazione dei volumi delle prestazioni sanitarie e correlati limiti di spesa, a partire dalla DGRC n. 1272/2003 (si ricordano, in particolare, le DGRC n. 2451/03, n. 3133/03, n. 048/03; n. 41/04, n. 2105/04; n. 2157/05) e la presente delibera conferma e mantiene tale principio, anche se con l'innovazione recata dalla necessità di considerare tutte le prestazioni, comprese quelle rese a residenti di altre Regioni, all'interno dei limiti di spesa stabiliti dalla DGRC n. 1843/05.

In conformità a questa impostazione fondamentale, la DGRC n. 2157 del 30 dicembre 2005 ha introdotto il meccanismo della Regressioni Tariffaria Unica (R.T.U.), per il quale, pur soddisfacendo le disposizioni recate in materia dall'art. 1, comma 171, della legge 30.12.2004, n. 311, (Finanziaria dello Stato per l'esercizio 2005), viene fatto salvo il principio di responsabilità di ciascuna ASL per i propri residenti, dovunque siano erogate le prestazioni (fermo restando che la presente delibera stabilisce modalità di redistribuzione tra i vari obiettivi di costo dei risparmi effettivamente conseguiti su alcune voci di spesa, tali da poter attenuare l'incidenza delle regressioni tariffarie senza compromettere gli obiettivi complessivi di equilibrio economico).

3. La concreta applicazione di questa impostazione, in particolare ai fini del monitoraggio infrannuale dei volumi di prestazioni e del rispetto dei limiti di spesa, nonché per la conseguente applicazione delle regressioni tariffarie, ha incontrato non pochi problemi di ordine pratico, per la non piena rispondenza dei flussi informativi all'interno delle ASL, e nei rapporti tra le ASL, alle esigenze di tempestività ed uniformità dei dati.

ALLEGATO C - pag. 6

Al riguardo, l'innovazione recata dalla DGRC n. 1843/05 e sviluppata dalla presente delibera, consistente nell'aver strettamente connesso la programmazione dei volumi delle prestazioni sanitarie, i correlati limiti di spesa e le voci di conto economico (Modello CE) interessate, consentirà di sfruttare appieno la uniformità di applicazione contabile ed il rispetto di precise scadenze informative trimestrali, cui le Aziende Sanitarie Locali sono obbligate da precise norme ed eventuali sanzioni.

Proprio a questo fine, va sottolineato, come si evidenzia nell'allegato n. 6 alla presente delibera (e come si è già descritto sopra), che gli obiettivi affidati a ciascuna ASL comprendono la mobilità passiva e sono al netto della mobilità attiva verso le altre ASL (voce A0070 del Modello CE), in conformità al principio secondo il quale ciascuna ASL è responsabile per i propri residenti, dovunque siano erogate le prestazioni sanitarie. Comprendono, inoltre, le prestazioni rese a residenti di altre Regioni.

La verifica trimestrale del rispetto degli obiettivi, svolta sulla base dei conti economici forniti alla Regione da ciascuna azienda sanitaria attraverso il Modello CE, consentirà di accertare ogni tre mesi anche l'andamento dei consuntivi di ciascuna delle voci di conto economico sopra richiamate e, quindi, l'andamento dei costi effettivi rispetto a quelli programmati. In proposito, si richiama la disposizione impartita alle aziende sanitarie dal settore Programmazione Sanitaria con nota prot. n. 0087916 del 30 gennaio 2006, con la quale è stata istituita una scheda di dettaglio della mobilità attiva, da prodursi obbligatoriamente insieme ad ogni Modello CE (e, quindi, nel Preventivo annuale, nei Preconsuntivi trimestrali e nel Consuntivo annuale), che consentirà di identificare l'effettivo rispetto degli obiettivi esposti nell'allegato n. 6 alla presente delibera.

4. Le Aziende Sanitarie Locali, nello stabilire la ripartizione dei volumi di prestazioni sanitarie e dei correlati limiti di spesa tra le diverse macroaree, branche e/o tipologie di prestazioni, devono attenersi alle percentuali di riduzione, rispetto al consuntivo 2004, derivanti dai limiti di spesa fissati dalla DGRC n. 1843/05 e dettagliatamente evidenziate nell'allegato n. 7 alla presente delibera. Qualora nello stesso raggruppamento siano compresi soggetti diversi (sia convenzionati che strutture provvisoriamente accreditate) devono applicare le percentuali di riduzione, rispetto al consuntivo 2004, di cui all'allegato n. 7 alla presente delibera, in modo uniforme a tutti i soggetti ricadenti in quella classificazione di costo.

ALLEGATO C - pag. 7

ESTRATTO dall'Allegato n. 2.c alla DGRC n. 1271 del 28/3/2003

Schema di Bilancio delle Aziende Sanitarie ai sensi del D.M. 11 febbraio 2002 e della DGRC n. 1271 del 28 marzo 2003

Conto Economico: Raccordo con il Modello CE

	Codice CE
A) Valore della produzione	
1) contributi in c/esercizio	
(... omissis ...)	
2) proventi e ricavi diversi	
a) per prestazioni sanitarie erogate a soggetti pubblici	
1. ad altre ASL e AO della regione	A0070
di cui: per mobilità attiva in compensazione regionale	
per medicina di base	di cui di A0070
per farmaceutica convenzionata	di cui di A0070
per somministrazione diretta dei farmaci	di cui di A0070
per assistenza specialistica SUMAI	di cui di A0070
per altra assistenza specialistica ambulatoriale	di cui di A0070
per assistenza riabilitativa	di cui di A0070
per assistenza ospedaliera	di cui di A0070
per altra assistenza	di cui di A0070
altro: specificare	di cui di A0070
(... omissis ...)	
B) Costi della produzione	
1) acquisti di beni	
(... omissis ...)	
2) acquisti di servizi	
a) prestazioni sanitarie da pubblico	
1. da altre ASL e AO della regione	(come da dettaglio che segue)
a) per medicina di base	B0222
b) per farmaceutica convenzionata	B0232
c) per somministrazione diretta dei farmaci	B0232
d) altra assistenza specialistica ambulatoriale	B0250
e) per assistenza riabilitativa	B0300
f) per assistenza integrativa e protesica	B0350
g) per assistenza ospedaliera	B0400
h) per assistenza termale	B0451
(... omissis ...)	
j) per altra assistenza	B0451
2. da altri soggetti pubblici della regione	(come da dettaglio che segue)
a) per somministrazione diretta dei farmaci	B0232
b) altra assistenza specialistica ambulatoriale	B0260
c) per assistenza riabilitativa	B0310
d) per assistenza integrativa e protesica	B0360
e) per assistenza ospedaliera	B0410
f) per assistenza termale	B0452
(... omissis ...)	
h) per altra assistenza	B0452
3. da ASL ed AO extra regione	B0223+B0233+B0270+B0320 +B0370+B0420+B0453
4. da altri soggetti pubblici extra regione	idem, escluso B0223
b) prestazioni sanitarie da privato	(come da dettaglio che segue)
1. per medicina di base da convenzione	B0221
2. per farmaceutica da convenzione	B0231
3. per assistenza specialistica SUMAI	B0280 (solo SUMAI)
4. per altra assistenza specialistica ambulatoriale	B0280 (escluso SUMAI)
5. per assistenza riabilitativa	B0330
6. per assistenza integrativa e protesica	B0380
7. per assistenza ospedaliera	B0430
8. per assistenza termale	B0460
9. per altra assistenza	B0460
(... omissis ...)	

ALLEGATO C – Pagina 8

SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO
MINISTERO DELLA SALUTE

Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

LINEE GUIDA DEL MODELLO CE (ESTRATTO)

CODICE	NOME VOCE	DESCRIZIONE	DEFINIZIONI, APPENDICE NORMATIVA – ALTRO
A0070	A.2.a.1) Proventi e ricavi diversi per prestazione sanitarie erogate ad altre ASL e AO della Regione	Ricavi per prestazioni di degenza ordinaria per acuti, day surgery e day hospital, lungodegenza e riabilitazione in regime di ricovero, specialistica ambulatoriale e pronto soccorso non seguite da ricovero, elisoccorso e trasporto con ambulanza non seguite da ricovero, altre prestazioni sanitarie per ASL e AO della regione	Rilevazione trimestrale: I ricavi sono contabilizzati al verificarsi della cessione di beni, servizi, e prestazioni anche in temporanea assenza di emissione del relativo documento (fattura quando prevista o altro documento).
B0220	B.2.1) Acquisti di servizi per medicina di base	Somma delle voci B0221, B0222 e B0223	
B0221	B.2.1.1) Acquisti di servizi per medicina di base da convenzione	Convenzioni con i medici di medicina generale; convenzioni con i pediatri di libera scelta; convenzioni con i medici di guardia medica; consultori familiari; ADI, altre convenzioni di medicina di base.	Riferimento legislativo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali, art. 8, comma 1 e Ibis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e sue modificazioni; ▪ D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270 –Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale; ▪ D.P.R. 28 luglio 2000, n. 272 –Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta;
B0222	B.2.1.2) Acquisti di servizi per medicina di base da pubblico (ASL della Regione)	Prestazioni di medicina di base acquistate per i propri residenti da altre ASL della regione.	La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile.
B0223	B.2.1.3) Acquisti di servizi per medicina di base da pubblico (ASL extra Regione)	Prestazioni di medicina di base acquistate per i propri residenti da ASL extra regione.	La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile.
B0230	B.2.2) Acquisti di servizi per farmaceutica	Somma delle voci con codice B0231, B0232 e B0233.	
B0231	B.2.2.1) Acquisti di servizi per farmaceutica da convenzione	Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie pubbliche e private in convenzione.	Riferimento legislativo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali, art. 8 comma 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e sue

ALLEGATO C – Pagina 9

ISTEMA INFORMATIVO SANITARIO
MINISTERO DELLA SALUTE

Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

CODICE	NOME VOCE	DESCRIZIONE	DEFINIZIONI, APPENDICE NORMATIVA – ALTRO modificazioni
B0232	B.2.2.2) Acquisti di servizi per farmaceutica da pubblico (ASL della Regione)	Prestazioni di assistenza farmaceutica acquistate per i propri residenti da ASL della regione.	La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile.
B0233	B.2.2.3) Acquisti di servizi per farmaceutica da pubblico (ASL extra regione)	Prestazioni di assistenza farmaceutica acquistate per i propri residenti da ASL extra regione.	La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile.
B0240	B.2.3) Acquisti di servizi per assistenza specialistica ambulatoriale	Somma delle voci con codice B0250, B0260, B0270, B0280.	
B0250	B.2.3.1) Acquisti di servizi per assistenza specialistica ambulatoriale da pubblico (ASL e Aziende ospedaliere della Regione)	Prestazioni di specialistica ambulatoriale e prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero acquistate da Aziende unità sanitarie locali o da Aziende ospedaliere della Regione di appartenenza,	La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile.
B0260	B.2.3.2) Acquisti di servizi per assistenza specialistica ambulatoriale da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)	Prestazioni di specialistica ambulatoriale e prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero acquistate da altri soggetti pubblici della regione di appartenenza – es. prestazioni specialistiche acquistate da IRCCS pubblici, Policlinici universitari pubblici, Aziende policlinico della regione.	La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile.
B0270	B.2.3.3) Acquisti di servizi per assistenza specialistica ambulatoriale da pubblico (extra Regione)	Prestazioni di specialistica ambulatoriale e prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero acquistate da soggetti pubblici (Asl, Aziende ospedaliere, IRCCS pubblici, Policlinici pubblici, Aziende policlinico) extra regione.	La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile.
B0280	B.2.3.4) Acquisti di servizi per assistenza specialistica ambulatoriale da privato	Prestazioni di specialistica ambulatoriale e prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero acquistate da soggetti privati accreditati sia in regione sia extra regione (IRCCS privati, ospedali classificati, Policlinici privati, ambulatori e laboratori privati accreditati, case di cura private accreditate) <u>comprese convenzioni medici SUMAI.</u>	La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile. • Riferimento legislativo: D.P.R. 28 luglio 2000, n. 271- Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni.
B0290	B.2.4) Acquisti di servizi	Somma delle voci con codice B0300, B0310, B0320, B0330	

ALLEGATO C – Pagina 10

SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO
MINISTERO DELLA SALUTE

Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

CODICE	NOME VOCE	DESCRIZIONE	DEFINIZIONI, APPENDICE NORMATIVA – ALTRO
B0300	per assistenza riabilitativa B.2.4.1) Acquisti di servizi per assistenza riabilitativa da pubblico (Asl e Aziende ospedaliere della Regione)	Interventi di riabilitazione extra ospedaliera estensiva o intermedia, a ciclo diurno e/o continuativo, rivolti al recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa, acquistati da ASL o Aziende ospedaliere della Regione di appartenenza.	La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile.
B0310	B.2.4.2) Acquisti di servizi per assistenza riabilitativa da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)	Interventi di riabilitazione extra ospedaliera estensiva o intermedia, a ciclo diurno e/o continuativo, rivolti al recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa, acquistati da altre strutture pubbliche della regione (es. IRCCS pubblici di riabilitazione della regione di appartenenza).	La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile.
B0320	B.2.4.3) Acquisti di servizi per assistenza riabilitativa da pubblico (extra Regione)	Interventi di riabilitazione extra ospedaliera estensiva o intermedia, a ciclo diurno e/o continuativo, rivolti al recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa, acquistati da strutture pubbliche extra Regione (es. IRCCS pubblici extra regione, RSA extra regione con moduli per disabili psichici, fisici e sensoriali).	La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile.
B0330	B.2.4.4) Acquisti di servizi per assistenza riabilitativa da privato	Interventi di riabilitazione extra ospedaliera estensiva o intermedia, a ciclo diurno e/o continuativo rivolti al recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa acquistati da strutture private accreditate sia della Regione sia extra Regione (es. centri di riabilitazione accreditati, Istituti di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78, IRCCS privati di riabilitazione).	La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile.
B0340	B.2.5) Acquisti di servizi per assistenza integrativa e protesica	Somma delle voci con codice B0350, B0360, B0370, B0380	
B0350	B.2.5.1) Acquisti di servizi per assistenza integrativa e protesica da pubblico (ASL e Aziende ospedaliere della Regione)	Erogazione alle categorie degli aventi diritto, tramite le farmacie convenzionate e gli altri soggetti previsti, all'interno delle AUSL e AO della regione, per l'assistenza integrativa di: <ul style="list-style-type: none"> • prodotti dietetici per alimentazioni particolari; • presidi sanitari; • presidi e materiale di medicazione con i limiti e le 	La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile.

ALLEGATO C – Pagina 11

SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO MINISTERO DELLA SALUTE

Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

CODICE	NOME VOCE	DESCRIZIONE	DEFINIZIONI, APPENDICE NORMATIVA – ALTRO
B0360	B.2.5.2) Acquisti di servizi per assistenza integrativa e protesica da pubblico (altri soggetti pubblici della regione)	<p>modalità previste dalla vigente normativa; e per l'assistenza protesica la fornitura delle protesi e degli ausili tecnici inclusi nel nomenclatore delle protesi.</p> <p>Erogazione alle categorie degli aventi diritto, tramite altri soggetti pubblici della regione, per l'assistenza integrativa di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prodotti dietetici per alimentazioni particolari; • presidi sanitari; • presidi e materiale di medicazione con i limiti e le modalità previste dalla vigente normativa; <p>e per l'assistenza protesica la fornitura delle protesi e degli ausili tecnici inclusi nel nomenclatore delle protesi.</p>	<p>La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile.</p>
B0370	B.2.5.3) Acquisti di servizi per assistenza integrativa e protesica da pubblico (extra regione)	<p>Erogazione alle categorie degli aventi diritto, tramite le farmacie convenzionate e gli altri soggetti pubblici previsti, extraregione, per l'assistenza integrativa di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prodotti dietetici per alimentazioni particolari; • presidi sanitari; • presidi e materiale di medicazione con i limiti e le modalità previste dalla vigente normativa; <p>e per l'assistenza protesica la fornitura delle protesi e degli ausili tecnici inclusi nel nomenclatore delle protesi.</p>	<p>La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile.</p>
B0380	B.2.5.4) Acquisti di servizi per assistenza integrativa e protesica da privato	<p>Erogazione alle categorie degli aventi diritto, tramite soggetti privati, per l'assistenza integrativa di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prodotti dietetici per alimentazioni particolari; • presidi sanitari; • presidi e materiale di medicazione con i limiti e le modalità previste dalla vigente normativa; <p>e per l'assistenza protesica la fornitura delle protesi e degli ausili tecnici inclusi nel nomenclatore delle protesi.</p>	<p>La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile.</p>
B0390	B.2.6) Acquisti di servizi per assistenza ospedaliera	Somma delle voci con codice B0400, B0410, B0420, B0430	
B0400	B.2.6.1) Acquisti di servizi per assistenza ospedaliera da pubblico (ASL e Aziende ospedaliere della Regione)	<p>Acquisto di prestazioni di degenza ordinaria per acuti, day hospital, day surgery, riabilitazione e lungodegenza in regime di ricovero e ospedalizzazione domiciliare da presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL o da AO site nella regione di appartenenza.</p>	<p>La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile.</p>
B0410	B.2.6.2) Acquisti di	Acquisto di prestazioni di degenza ordinaria per acuti, day	<p>La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere</p>

ALLEGATO C – Pagina 12

SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO
MINISTERO DELLA SALUTE
Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

CODICE	NOME VOCE	DESCRIZIONE	DEFINIZIONI, APPENDICE NORMATIVA – ALTRO
B0420	servizi per assistenza ospedaliera da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)	hospital, day surgery, riabilitazione e lungodegenza in regime di ricovero e ospedalizzazione domiciliare da IRCCS pubblici, Policlinici universitari pubblici, Aziende policlinico.	rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile.
B0430	B.2.6.3) Acquisti di servizi per assistenza ospedaliera da pubblico (extra Regione)	Acquisto di prestazioni di degenza ordinaria per acuti, day hospital, day surgery, riabilitazione e lungodegenza in regime di ricovero e ospedalizzazione domiciliare da presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL, da Aziende ospedaliere, da IRCCS pubblici, da Policlinici universitari pubblici, da Aziende policlinico siti in regioni diverse da quella di appartenenza.	La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile.
B0440	B.2.6.4) Acquisti di servizi per assistenza ospedaliera da privato	Acquisto di prestazioni di degenza ordinaria per acuti, day hospital, day surgery, riabilitazione e lungodegenza in regime di ricovero e ospedalizzazione domiciliare da case di cura private accreditate, policlinici universitari privati, IRCCS privati situati nella regione o extra regione.	La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile.
B0451	B.2.7) Acquisti di servizi per altra assistenza	Somma delle voci con codice B0451, B0452, B0453, B0460.	
B0452	B.2.7.1) Acquisti di servizi per altra assistenza da pubblico (ASL e Aziende ospedaliere della Regione)	Acquisto di prestazioni di assistenza termale, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica, agli anziani, tossicodipendenti ed alcolisti erogate da strutture pubbliche appartenenti ad AUSL e AO della regione di appartenenza.	La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile. Si ricorda che le prestazioni di assistenza riabilitativa, a qualsiasi soggetto siano erogate, devono essere imputate alla voce con codice B0300.
B0453	B.2.7.2) Acquisti di servizi per altra assistenza da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)	Acquisto di prestazioni di assistenza termale, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica, agli anziani, tossicodipendenti ed alcolisti erogate da altre strutture pubbliche situate nella regione di appartenenza.	La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile. Si ricorda che le prestazioni di assistenza riabilitativa, a qualsiasi soggetto siano erogate, devono essere imputate alla voce con codice B0310.
B0460	B.2.7.3) Acquisti di servizi per altra assistenza da pubblico (extra Regione)	Acquisto di prestazioni di assistenza termale, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica, agli anziani, tossicodipendenti ed alcolisti erogate da strutture pubbliche extra regione.	La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile. Si ricorda che le prestazioni di assistenza riabilitativa, a qualsiasi soggetto siano erogate, devono essere imputate alla voce con codice B0320.
B0460	B.2.7.4) Acquisti di servizi per altra assistenza da privato	Acquisto di prestazioni di assistenza termale, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica, agli anziani, tossicodipendenti ed alcolisti erogate da strutture private accreditate ubicate nella regione o extra regione.	La prestazione va contabilizzata per competenza economica. Essa deve essere rilevata quando è stata eseguita ed è quantificabile. Si ricorda che le prestazioni di assistenza riabilitativa, a qualsiasi soggetto siano erogate, devono essere imputate alla voce con codice B0330.

ALLEGATO D – pag. 1 di 10**Giunta Regionale della Campania**

A.G.C. Piano Sanitario Regionale e Rapporti con gli Organi Istituzionali
delle AA.SS.LL. ed AA.OO.
Settore Programmazione

VERBALI delle RIUNIONI del 21 marzo 2006, del 2 e 3 maggio 2006

- Verbale della riunione del 21 marzo 2006 con Promemoria Limiti di Spesa per l'anno 2006 e foglio presenze con le firme dei partecipanti;
- Verbale della riunione del 2 maggio 2006 e foglio presenze con le firme dei partecipanti;
- Verbale della riunione del 3 maggio 2006 e foglio presenze con le firme dei partecipanti;

ALLEGATO D – pag. 2 di 10**Giunta Regionale della Campania**

A.G.C. Piano Sanitario Regionale e Rapporti con gli Organi Istituzionali
delle AA.SS.LL. ed AA.OO.
Settore Programmazione

VERBALE RIUNIONE del 21 marzo 2006

Il giorno 21 marzo 2006 alle ore 16.00, presso il Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità si sono riuniti per discutere delle problematiche relative ai "Tetti di Spesa per il 2006", giusta convocazione dell'Assessore alla Sanità, Prof. Angelo Montemarano, prot. n.780/SP del 16.03.06, i rappresentanti delle Associazioni di Categoria riportate nel foglio firme allegato al presente verbale, di cui costituisce parte integrante.

Il dott. D'Ascoli apre la seduta dando lettura del documento "Promemoria: Limiti di Spesa per l'anno 2006", che si allega al presente verbale per costituirne parte integrante, in cui sono riportati gli obiettivi di risparmio che la Regione si è data per l'anno 2006 e che fungono da "paletti" entro i quali dovrà articolarsi la determinazione dei Tetti di spesa per il 2006.

Dal promemoria si evince che la rigidità delle regole imposte è temperata da tre principi quali: la non assoggettabilità a regressioni tariffarie delle prestazioni di cui all'allegato B e di quelle di urgenza – emergenza; la compensazione fra le macro aree nella stessa azienda; la compensazione fra aziende diverse.

Inoltre, il dott. D'Ascoli segnala la costituzione di un Tavolo Permanente Regionale per l'attuazione del provvedimento sui limiti di spesa.

Il dott. D'Anna riferisce, in primo luogo, di aver riscontrato divergenze fra i valori inseriti nell'Allegato 7.2 della deliberazione n.1843 e la situazione reale, così da avere dinanzi una situazione già sottostimata. Continua rinnovando la richiesta, già sottoposta precedentemente al Tavolo, concernente la realizzazione di un' unica volumetria pubblico – privato, un unico Tavolo, un unico monitoraggio, così da non avere più neppure il problema della compensazione passiva. Il dott. D'Anna continua precisando che FEDERLAB non è contro il risparmio finanziario, imposto peraltro dai fatti, ma è per l'introduzione di un cambiamento metodologico che consenta di non lavorare a consuntivo, quando ormai il disavanzo è già conclamato e si può solo prenderne atto, ma che consenta di lavorare sui dati in tempo reale, evitando ripartizioni pedissequae geopolitiche!

Il dott. Schiavone dell' AIOP, chiede chiarimenti sulle modalità con cui opera la compensazione.

Il Dott. Accarino dell'ANISAP concorda con quanto affermato dal Dott. D'Anna: ribadisce la richiesta di un'unica volumetria e sottolinea la necessità di non disgiungere pubblico e privato.

In materia di riabilitazione, si chiede di sapere se, quando saranno rideterminate le tariffe, ci sarà un provvedimento simile a quello adottato per l'AIOP che aumenterà i tetti, così da ricomprendervi anche l'incremento sul pregresso. Si afferma, inoltre, che riduzioni che vanno dal 32% al 33% non consentiranno di garantire i medesimi livelli assistenziali e ciò si tradurrà in una riduzione di prestazioni.

Il dott. D'Ascoli chiarisce che l'equazione riduzione della spesa - riduzione delle prestazioni è assolutamente arbitraria.

Il rappresentante di FEDERTERME chiede se la convocazione dell'Associazione al Tavolo equivale ad assoggettamento anche dell'Associazione, per la prima volta, a questo contingentamento: eventualità che l'Associazione ritiene illegittima.

Il dott. Cerracchio dell'ANFASS si dichiara perplesso per gli strumenti che la Regione sta utilizzando e per il mancato collegamento tra Sanità ed Assistenza sociale. "In tale modo –

ALLEGATO D – pag. 3 di 10

continua – si sconfessa la 1184 perché nonostante i sacrifici imposti non si viaggia verso un obiettivo certo”. Si chiede, allora, che le prestazioni sociosanitarie a valore sociale non siano discusse al Tavolo in oggetto e che il Tavolo a ciò deputato sia integrato con rappresentanti degli Enti locali. In tal modo, si potrebbe garantire maggiore continuità e rispetto del privato che in questa materia è l'unico erogatore!

Il dott. D'Ascoli invita le Associazioni che non l'abbiano fatto al Tavolo, ad inviare in forma scritta le proprie osservazioni.

La dott.ssa Bertoli dell'ARSAN chiarisce al dott. D'Anna che nel 1998, in applicazione delle leggi che istituivano per la prima volta i Tetti di spesa, era stato previsto un unico Tetto regionale, ma la delibera della Giunta Regionale che accoglieva questa impostazione fu impugnata proprio dai privati ed il TAR, nell'accogliere il ricorso, sottolineò la differenza fra accordi (pubblico) e contratti (privati).

Ma anche volendo prescindere da ciò, non si può pensare di svuotare di ogni significato le Aziende Sanitarie Locali: laddove risulta che esse non abbiano ben funzionato, vanno supportate, non esautorate!

In risposta al dott. Schiavone, la dott.ssa Bertoli chiarisce che la compensazione ipotizzata opererebbe prima fra macroaree della stessa ASL e poi tra ASL diverse. Chiarisce, inoltre, che il principio che ha informato il lavoro che l'Assessorato sta svolgendo è quello di tutelare le prestazioni di alta specialità.

Il dott. Ghidelli, in risposta al primo punto toccato dal dott. D'Anna, spiega che il meccanismo elaborato consentirà di ovviare ai casi in cui una voce di costo sia stata registrata erroneamente in aree sbagliate, con conseguente eccedenze di costo di alcune aree a vantaggio di altre. Il dott. D'Anna afferma che gli errori vanno semplicemente corretti. Al riguardo, il dott. Ghidelli ritiene, invece, che i provvedimenti regionali debbano indicare alle ASL come provvedere esse stesse a correggere eventuali loro errori.

Al dott. Accarino il dott. Ghidelli risponde che la garanzia di un numero sufficiente di prestazioni è data dal meccanismo di regressione: laddove la copertura finanziaria non sia sufficiente per il numero di prestazioni, opererà la regressione tariffaria. Vanno ridotte le prestazioni non appropriate, ma non si potrà “chiudere perché sono finiti i soldi”!

Il dott. Accarino ribadisce la necessità che anche il pubblico sia sottoposto a rigidi controlli ed il dott. D'Ascoli ricorda quanto affermato in apertura, circa la costituzione di una commissione di monitoraggio che verifichi il mantenimento degli equilibri, sia pubblici che privati.

Il dott. Malzoni auspica che anche per gli ospedali pubblici si arrivi al finanziamento in base alle tariffe delle prestazioni effettivamente erogate!

Il dott. D'Anna riprende i dubbi circa la portata speculativa della distinzione tra accordi e contratti, e sposta il discorso sul fabbisogno e quindi sulle tariffe. Suggerisce, quindi, di valutare cosa osti alla realizzazione di un nuovo nomenclatore, perché non si può procedere a decurtare del 5% tariffe già ferme dal 1991! Chiede che si proceda ad un restyling delle tariffe, che tagli le prestazioni di basso impatto!

Il dott. Ghidelli condivide i timori di FEDERLAB in materia contabile e riferisce che proprio per scongiurare tali problemi i limiti di spesa 2006 saranno agganciati agli obblighi di monitoraggio che le ASL hanno verso la Regione ed il Ministero della Salute, e la cui violazione è severamente sanzionata. Ogni tre mesi la Regione procederà alle verifiche, macroarea per macroarea, sulla base dei conti economici che le ASL sono tenute a produrre alla Regione ed al Ministero della Salute.

Si sposta poi l'attenzione sulla Dialisi. La rappresentante della categoria, dott.ssa Fusco, chiede che non venga trascurato il dato fondamentale che si tratta di prestazioni salvavita e che, pertanto, esse non dovrebbero rientrare nei tetti.

La dott.ssa Romano porta all'attenzione del Dott. Cerracchio che la Riabilitazione negli ultimi anni è stata oggetto di interventi che hanno dato segnali di riequilibrio fra ciò che è di competenza dei Comuni e ciò che invece compete alle ASL. Anche la DGR n. 38/2006, prevedendo

ALLEGATO D – pag. 4 di 10

la presa in carico dei livelli minimi di assistenza è un importante segnale. Ci sono ricadute forti sull'appropriatezza.

In risposta alle richieste circa l'accreditamento dei centri per la Riabilitazione e la Dialisi, il Dott. D'Ascoli ricorda che la Giunta Regionale aveva già approvato una deliberazione che stabiliva gli "ulteriori requisiti". Tale deliberazione, però, è stata impugnata da alcuni centri di Dialisi per censure riguardanti l'organo competente all'adozione del provvedimento stesso. Il ricorso è stato accolto dal TAR così che l'iter normativo è stato bloccato ed in questi giorni il regolamento è di nuovo al vaglio degli organi competenti. Ma tutto questo ha determinato ritardi per più di sei mesi!

Il dott. D'Ascoli chiude i lavori del Tavolo assicurando che è intendimento dell'Assessorato agire su tutti gli aspetti che hanno determinato la complessa situazione attuale, non tralasciando di intervenire sull'inappropriatezza, sulla farmaceutica e su tutte le altre voci di costo.

Tutto ciò nell'attesa che migliorino le condizioni esterne. L'Assessorato ha previsto di inserire nel testo della deliberazione che si andrà ad approvare per il 2006 un passaggio che lasci aperta la possibilità di riassetamenti in corso d'opera, qualora intervengano i miglioramenti sperati.

(redatto a cura della Dr.ssa L. Natale)

ALLEGATO D – pag. 5 di 10**PROMEMORIA: LIMITI DI SPESA PER L'ANNO 2006**Quadro regionale di riferimento:

- Con la Delibera 1215/2005 nel ripartire il F.S.R. alle Aziende Sanitarie, la Giunta Regionale ha chiesto ai Direttori Generali di presentare un conto economico preconsuntivo per l'anno 2005. I conti economici hanno evidenziato un disavanzo stimato di 1, 57 miliardi di euro;
- Con la Delibera 1843/2005 la Giunta Regionale ha fissato gli obiettivi di risparmio per il triennio 2006-2008 pari a 18,5 % rispetto ai costi consuntivati per l'anno 2004. In particolare per il 2006 gli obiettivi di risparmio sono stati così individuati:
 - o 5,4% regionale per la spesa sostenuta per l'esternalizzazione dell'acquisto delle prestazioni sanitarie(specialistica, riabilitazione, protesica, integrativa, ospedaliera, altra assistenza);
 - o 6,4 % regionale per i costi delle prestazioni prodotte in proprio dalle Aziende Sanitarie.
- Il Consiglio Regionale con la L.R. 24/2005 (finanziaria 2006) all'art. 3 ha fatto proprio tali misure, prevedendo che i tetti di spesa e i budget di costo fossero aggiornati in conseguenza.

Tali obiettivi di risparmio sono, quindi, da considerarsi invalicabili e tracciano le linee programmatiche di riferimento per i tetti di spesa per l'anno 2006 anche relativamente per l'esternalizzazione dell'acquisto delle prestazioni sanitarie da ciascuna ASL. E' da precisare che la citata DGRC 1843/2005 nel fissare per le Aziende Sanitarie Locali gli obiettivi di risparmio per le prestazioni di cui sopra, ha realizzato la coincidenza, già auspicata in precedenza, tra limiti di spesa e livelli di finanziamento, al fine di raggiungere l'equilibrio economico-finanziario.


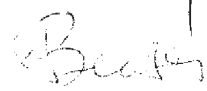






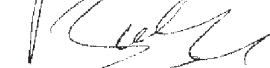
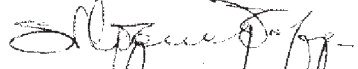



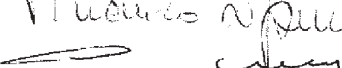







Contestualizzazione delle disposizioni regionali:

- I limiti di spesa sono omnicomprensivi e comprendono, quindi, anche:
 - o Ricoveri di alta complessità (allegato B-TUC);
 - o Prestazioni effettuate in emergenza-urgenza dalle strutture inserite nella rete del SIRES;
 - o Eventuali incrementi tariffari.
- Data la rigidità di tali misure nella elaborazione del provvedimento dei limiti di spesa si è tenuto conto della necessità di mitigarle, attraverso:
 - o la non assoggettabilità a regressioni tariffarie delle prestazioni di cui all'allegato B e di quelle effettuate in emergenza-urgenza;
 - o la possibile compensazione tra le varie macroaree/branche nell'ambito della stessa azienda;
 - o la possibile compensazione tra diverse aziende sanitarie locali.

Per addivenire ad esplicite richieste dell'associazioni di categoria si è prevista, inoltre, l'istituzione di un tavolo permanente regionale, per l'attuazione del provvedimento sui limiti di spesa, costituito da:

- i coordinatori delle AGC dell'Assessorato alla Sanità;
- il Direttore Generale dell'ARSAN;
- il coordinatore della consulta dei Direttori Generali;
- un delegato per ciascuna delle associazioni di categoria della sanità privata maggiormente rappresentative;
- un delegato per ciascuna Azienda Sanitaria Locale.

ALLEGATO D – pag. 6 di 10**Elenco partecipanti al Tavolo tecnico seduta 21.03.06**

Nome e Cognome	Associazione	Firma
	COORDINATORE A.G.C.19	
	ARSAN	
	ACICAR	
CONCELA SQUA	AIAS	
SEHIAVONE	AIOP	
SHIUSTORH PAVISI	ANFASS	
CIMO OLIVIERO	ANISAP	
CARMINE PETRESE	ANPRIC	
ARCABE GIOVANNA FUSO	ARCADE	
TALIA FORGIOME	ARIS RIABILITAZIONE	
PAPA SILVANA	CONFAPI	
MARINE MALZONI	CONFINDUSTRIA	
LUIGI GESUE	FEDERDIABETICI	
VINCENZO D'ANNA	FEDERLAB	
COSIMO DE VITA	FOAI	
	SBV	
BRUNO ACCARINO	SNR	
CARLUCCO STEFANO	FEDERTERME	
A.I.S.A. ANTONIO SALVATORE	FATEBENEFRATELA	
		
		
		

ALLEGATO D – pag. 7 di 10**Giunta Regionale della Campania**

A.G.C. Piano Sanitario Regionale e Rapporti con gli Organi Istituzionali
delle AA.SS.LL. ed AA.OO.
Settore Programmazione

INCONTRO del 2.3.06 su DGRC n. 491/06 e TETTI DI SPESA

Il giorno 2 maggio 2006, alle ore 17.30, presso il Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità si sono riuniti, giusta convocazione d'ordine dell'Assessore alla Sanità, Prof. Angelo Montemarano, prot. n. 2130/SP del 28.04.06 le Associazioni Sindacali CGIL FP, CISL FPS, UIL FP.

In apertura dell'incontro il dott. D'Ascoli consegna ai presenti un promemoria in cui sono illustrati i contenuti della deliberazione n. 491 che è stata approvata dalla Giunta il 19/04/06, riguardante modifiche nella normativa per la determinazione delle Capacità Operative Massime dei Centri provvisoriamente accreditati eroganti prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Il rappresentante della CISL, congiuntamente ai rappresentanti delle altre associazioni sindacali, preso atto che la deliberazione in oggetto è stata già approvata dalla Giunta Regionale e che, di conseguenza, non c'è spazio per apportarvi modifiche ed integrazioni, ritiene di nessuna utilità procedere all'analisi del promemoria e chiede di avere copia integrale della deliberazione onde poterne valutare con attenzione tutti i contenuti.

Si passa quindi ad illustrare lo stato dell'arte della redigenda delibera sui "tetti di spesa 2006", tenendo presente che i sindacati hanno già espresso il loro dissenso verso la linea di condotta assunta dall'Assessorato con Deliberazione n. 1843/05.

Il dott. D'Ascoli consegna ai presenti un promemoria riguardante i contenuti da inserire in delibera (trattasi del documento "Promemoria: Limiti di Spesa per l'anno 2006", già allegato al Verbale della riunione tenutasi il 21.3.2006 tra l'Assessorato alla Sanità e le Associazioni di categoria della sanità privata).

Il Dott. Baratto della CISL chiede chiarimenti in ordine al funzionamento dei meccanismi di compensazione.

Il Dott. Ghidelli procede ad illustrare nel dettaglio le modalità con cui operano tali meccanismi e sottolinea che la compensazione opera proprio come criterio di mitigazione delle regressioni tariffarie e delle rigidità del sistema.

Il Dott. D'Ascoli ribadisce che eventuali rimodulazioni e/o attenuazioni degli obiettivi di risparmio, stabiliti dalla 1843/05 e recepiti dalla ipotesi di delibera in discussione, potranno essere valutate nel secondo semestre dell'anno, sulla base dei dati consuntivi del I semestre 2006.

I rappresentanti delle categorie esprimono le loro perplessità: non avendo approvato i contenuti della deliberazione della Giunta Regionale n. 1843 del 9.12.05, parimenti respingono quanto è in procinto di essere approvato con la deliberazione per i "Tetti 2006" che, sostanzialmente, è applicativa della suddetta DGRC n. 1843/05. Tuttavia, prendono atto che nell'impostazione della approvanda "deliberazione sui tetti 2006" si notano segnali positivi di recepimento di alcune richieste delle OO.SS. Esse si riservano, quindi, di esprimere successivamente, ossia dopo il primo semestre 2006, un giudizio sulla deliberazione regionale, .

(redatto a cura della Dr.ssa L. Natale)

ALLEGATO D – pag. 8 di 10

INCONTRO 02.05.06 DGR N.491/06 E DETERMINAZIONE TETTI DI SPESA

COORDINATORE AGC 20

COORDINATORE AGC 19

DIRETTORE GENERALE ARSAN

CGIL FP

CISL FPS

UIL FP

97

Beati. Galano

Savio

Stefano Esposito

Lugaresi

ALLEGATO D – pag. 9 di 10**Giunta Regionale della Campania**

A.G.C. Piano Sanitario Regionale e Rapporti con gli Organi Istituzionali
delle AA.SS.LL. ed AA.OO.
Settore Programmazione

VERBALE RIUNIONE del 3 maggio 2006

Il giorno 03 maggio 2006 alle ore 16.30, presso il Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità si sono riuniti per discutere delle problematiche relative ai "Tetti di Spesa per il 2006", giusta convocazione d'ordine dell'Assessore alla Sanità, Prof. Angelo Montemarano, prot. n. 2131/SP del 28.04.06, i rappresentanti delle Associazioni di Categoria riportate nel foglio firme allegato al presente verbale, di cui costituisce parte integrante.

Il dott. D'Ascoli apre la seduta informando i presenti che si è in procinto di adottare la deliberazione riguardante la determinazione dei Tetti di spesa per il 2006 e che, in linea con alcune delle proposte pervenute all'Area Generale di Coordinamento Piano Sanitario Regionale successivamente alla riunione del 21.03.06, sono stati meglio esplicitati alcuni punti ritenuti essenziali.

Il dott. Ghidelli procede ad illustrare nel dettaglio i meccanismi di compensazione previsti per attenuare le regressioni tariffarie.

Il dott. D'Anna, di FEDERLAB, esprime apprezzamento per gli elementi di elasticità che verrebbero, in tal modo, inseriti nel sistema.

Il dott. Crispino, dell'AIOP, ritiene che sarebbe maggiormente coerente con il criterio del finanziamento per quota capitaria una compensazione esclusivamente verticale o, almeno, prioritariamente verticale e successivamente per ASL.

Il dott. Ghidelli chiarisce che la modalità ipotizzata è utile anche per consentire alle ASL di tenere in considerazione, ai fini della applicazione dei tetti di spesa 2006, eventuali anomalie riscontrate nelle classificazioni dei costi operate negli anni precedenti.

Il dott. D'Anna chiede che nella nuova deliberazione vengano chiaramente definite le modalità di calcolo dei Tetti di Spesa, in modo da consentire ai Tavoli Tecnici delle diverse ASL di poter lavorare con precisione a supporto delle attività di formulazione dei Tetti, superando anche le divergenze fra i valori inseriti nell'Allegato 7.2 della deliberazione n. 1843/05 e la situazione reale.

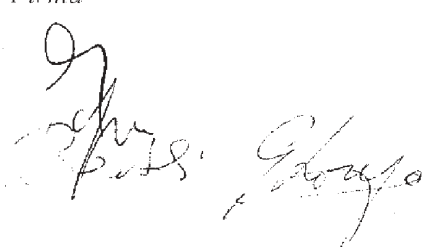



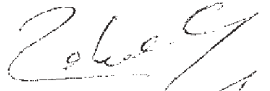
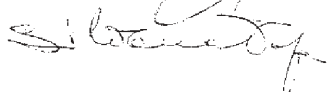
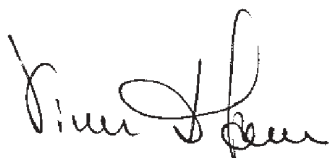
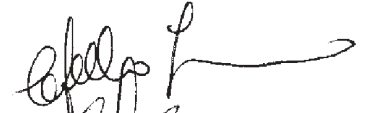
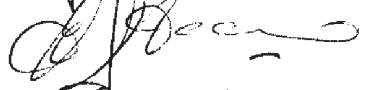
Il dott. Accarino sottolinea la necessità di una sollecita costituzione del Tavolo di monitoraggio regionale. Il dott. D'Ascoli assicura che l'istituzione del Tavolo sarà prevista in delibera e quindi sarà contemporanea alla determinazione dei tetti.

Ricorda, infine, il dott. D'Ascoli che, come anticipato dall'Assessore, nel secondo semestre del 2006, ci sarà un momento di ricognizione non solo sugli aspetti quantitativi ma, se si riterrà opportuno, anche su quelli qualitativi, al fine di garantire il miglior funzionamento del sistema.

L'ANISAP, chiede, benché riguardi altro tema, diverso dall'ordine del giorno, che si proceda sollecitamente alla modifica della deliberazione n. 377/98 anche per l'area della riabilitazione.

(redatto a cura della Dr.ssa L. Natale)

ALLEGATO D - pag. 10 di 10**Elenco partecipanti al Tavolo tecnico seduta 03.05.06**

Nome e Cognome	Associazione	Firma
SERTOLI LANGE	COORDINATORE A.G.C.19 COORDINATORE C 20 ARSAN	
	ACICAR	
	AIAS	
SEHIAVONE	AIOP	
	ANFASS	
MANINIBELLO F. URBENTO	ANISAP	
Contra Petrucci	ANPRIC	
	ARCADE	
FORGIONE TOBIA	ARIS RIABILITAZIONE	
PAPA SILVANA	CONFAPI	
	CONFINDUSTRIA	
	FEDERDIABETICI	
Vincenzo D'ANNA	FEDERLAB	
	FOAI	
Claudio De Leo Securo	SBV	
BRUNO ACCIARINO	SNR	
ANTONIO SALVATORE	AISA	