

**RIUNIONE CONGIUNTA DEL TAVOLO TECNICO PER LA VERIFICA
DEGLI ADEMPIMENTI REGIONALI CON IL COMITATO PERMANENTE
PER LA VERIFICA DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA**

**Regione Calabria
Riunione del 16 luglio 2013**

Oggetto della riunione:

- **Aggiornamento situazione debitoria;**
 - **Risultato d'esercizio relativo all'anno 2012;**
 - **Attuazione decreto legislativo 118/2011;**
 - **Andamento del I trimestre 2013;**
 - **Verifica annuale di attuazione Piano di rientro;**
-
- **Verifica adempimenti.**

Sono presenti:

- per il Tavolo di verifica degli adempimenti: i rappresentanti delle Amministrazioni centrali (Ministero dell'economia e delle finanze, Ministero della salute), dell'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, del Dipartimento per gli Affari regionali, Turismo e Sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri, del coordinamento salute – Regione Veneto, della Conferenza Stato-Regioni;
- per il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza (LEA) i rappresentanti delle Amministrazioni centrali (Ministero dell'economia e delle finanze, Ministero della salute), dell'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, del Dipartimento per gli Affari regionali, Turismo e Sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri, delle regioni Campania e Puglia;
- il Commissario e i Sub commissari della Regione Calabria;
- l'advisor contabile.

Alla riunione ha partecipato l'AIFA

OGGETTO DELLA RIUNIONE

Nella riunione dell'8 aprile 2013 Tavolo e Comitato hanno valutato quanto segue:

- ritengono non risolte le criticità correlate alla necessità di un comportamento collaborativo tra struttura regionale, Commissario e Sub commissari;
- nel presupposto che le risorse FAS siano interamente disponibili nell'importo di 578 mln di euro di cui alla riunione del 23 luglio 2012, residua una esigenza di copertura per il debito al 31/12/2007 di 110 mln di euro. Tavolo e Comitato prendono atto del lavoro svolto e dettagliatamente documentato in merito al pagamento del debito. Chiedono alla struttura commissariale di conoscere i tempi con i quali prevede di affrontare il restante debito, alla luce delle risorse disponibili. Invita a provvedere anche al pagamento del debito aperto degli anni successivi che è sorto in relazione all'utilizzo di risorse di competenza per il pagamento del debito pregresso (somme da restituire agli esercizi successivi per pagamenti). Restano in attesa delle determinazioni in ordine al FAS e dei conseguenti pagamenti a valere su tali risorse;
- nelle more della valutazione in ordine al debito 2008, ricordano che il disavanzo non coperto per l'anno 2008, valutato nella riunione del 4 aprile 2012, è pari a 62,120 mln di euro.

Ricordano inoltre che nella medesima riunione del 4 aprile 2012 è stata valutata la perdita non coperta dell'anno 2009, pari a 88,467 mln di euro;

- la Regione Calabria presenta a consuntivo 2011 un disavanzo di 110,431 mln di euro che, incrementato della perdita 2010 non coperta di 13,724 mln di euro, viene rideterminato in 124,155 mln di euro.

Considerando le coperture derivanti dalla massimizzazione delle aliquote fiscali dell'anno d'imposta 2012, nonché le ulteriori entrate derivanti dalla ulteriore massimizzazione delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta 2012, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30, e le rideterminazioni dei gettiti precedenti nei termini comunicati dal Dipartimento delle finanze, pari complessivamente a 142,304 mln di euro, il risultato di gestione viene rideterminato, dopo le coperture, in avanzo di 18,149 mln di euro;

- la Regione Calabria a IV trimestre 2012 presenta un disavanzo di 71,948 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture derivanti dal gettito delle aliquote fiscali massimizzate relative all'anno d'imposta 2013, che copre il 2012, stimato dal Dipartimento delle finanze in 114,220 mln di euro, il risultato di gestione evidenzia un avanzo di 42,272 mln di euro;
- in ordine a quanto disposto dalla legge regionale 69/2012 prendono atto delle modifiche introdotte dalla legge regionale 7/2013 in merito ai risultati d'esercizio del SSR, ivi ricomprendendo le perdite pregresse;
- sulla base delle analisi condotte in relazione al debito 2007 non coperto, al disavanzo 2008 e 2009, al risultato di gestione 2011 e 2012, stimano il permanere di un debito non coperto di 200,166 mln di euro, scontando le risorse FAS per 578 mln di euro che al momento attuale non sono disponibili e sono vincolate alla riprogrammazione del "Piano Sud", ancora non avvenuta.

Tavolo e Comitato evidenziano che i predetti 200 mln di euro sono inoltre al netto degli ulteriori oneri relativi agli ammortamenti non sterilizzati degli anni pregressi che saranno oggetto di specifica ricognizione da parte di Tavolo e Comitato durante il mese di maggio 2013 al fine di dare attuazione a quanto previsto nella riunione del 24 marzo 2011 dedicata al trattamento contabile degli ammortamenti. Tale importo, inoltre, risulta al netto della procedura di ricalcolo degli ammortamenti di cui all'articolo 29 del decreto legislativo 118/2011 nei termini contenuti nella circolare del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze del 25 marzo 2013.

Pertanto, in ragione dei disavanzi pregressi di 200,166 mln di euro che non hanno trovato adeguata copertura, per la Regione Calabria si sono realizzate le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti, per l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e per l'applicazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo.

- *sulla base delle risultanze della valutazione triennale dell'attuazione del Piano di rientro 2010-2012:*
 - *restano in attesa del Programma operativo 2013-2015, da prodursi entro e non oltre il 10 maggio 2013. In tale programma operativo deve essere inserito un intervento volto al pagamento dei fornitori, anche alla luce di quanto disposto dal decreto legge 8 aprile 2013, n. 35;*
 - *in relazione alle reti assistenziali ribadiscono le valutazioni già espresse nel verbale del 7 novembre 2012 e restano in attesa:*
 - *di un atto programmatico delle reti assistenziali che tenga conto delle osservazioni dei Ministeri affiancanti e dei programmi avviati con l'Accordo di Programma sugli Investimenti;*
 - *degli interventi attuativi del cronoprogramma per la riorganizzazione delle reti dell'emergenza urgenza;*
 - *di un piano ad hoc per la rete territoriale, anche sulla base delle osservazioni relative alla rete psichiatrica, che preveda l'adozione tempestiva di provvedimenti e attività concrete di potenziamento dell'assistenza domiciliare e residenziale; ;*
 - *del piano di riorganizzazione delle reti laboratoristica;*
 - *della definizione delle reti di specialità (oncologica, tempo- dipendenti, ecc.);*
 - *in relazione all'accreditamento chiedono che con il predisponendo programma operativo vengano declinati gli impegni relativi alle procedure di accreditamento, in modo chiaro e con un cronoprogramma realizzabile, tenendo conto dei pareri ministeriali;*
- *in relazione ai rapporti con gli erogatori privati rilevano che i contratti non hanno recepito tutte le osservazioni dei Ministeri, evidenziano la persistenza di alcune criticità (valori CE - raffronto tra budget 2011, produzione riconosciuta 2011, budget 2012 e valore programmatico) e rimangono in attesa di un report aggiornato sullo stato di sottoscrizione dei contratti;*
- *relativamente al protocollo d'intesa con l'Università Magna Grecia restano in attesa dei chiarimenti richiesti;*
- *relativamente al Protocollo di intesa con l'Ospedale Bambino Gesù, Tavolo e Comitato ritengono che i DPGR 20/2012 e 32/2012 non possano essere valutati positivamente senza i necessari chiarimenti da parte dell'intera struttura commissariale;*
- *in relazione alla Fondazione Campanella, prendendo atto della legge regionale n. 6/2013, anche sulla base dei pareri espressi, rilevano che nel predisponendo programma operativo la Fondazione Campanella deve trovare idonea compatibilità con al programmazione regionale e ribadiscono l'esigenza di una posizione univoca della struttura commissariale in merito alla Fondazione;*

- ribadiscono l'esigenza di apportare le necessarie modifiche ed integrazioni alle Linee Guida sugli atti aziendali in modo da poter permettere alle Aziende del SSR di redigere i rispettivi atti aziendali;
 - in materia di personale, relativamente alla documentazione da trasmettere per l'applicazione della deroga al blocco del turn over, restano in attesa delle informazioni richieste con il verbale del 10 Dicembre 2012 e della ulteriore documentazione richiesta dai Ministeri;
 - in materia di extra lea rammentano che non è consentita l'erogazione di prestazioni extra LEA se non dopo aver coperto adeguatamente l'erogazione dei livelli essenziali;
- valutano ancora non conclusa la verifica adempimenti per gli anni 2011 e precedenti.

Tavolo e Comitato:

- in relazione alla ormai conclusa ricognizione del debito 2007 e ante e del debito 2008, nonché in relazione ai tempi di pagamento dei fornitori, che hanno superato i 950 giorni;
- in considerazione dell'avvenuto miglioramento della tenuta delle scritture contabili che permettono un puntuale riscontro della procedura di pagamento dei debiti pregressi;
- in considerazione dell'attuazione del titolo II del decreto legislativo 118/2011 e in considerazione del miglioramento della rappresentazione dei fatti contabili rispetto agli anni pregressi;

valutano che sia possibile erogare alla regione le risorse premiali relative agli anni 2008 e ante per complessivi 411 mln di euro.

Invitano la struttura commissariale a porre in essere tutte le iniziative per il conseguente pagamento dei fornitori sia a valere sulle spettanze residue di cui sopra, sia a valere sull'anticipazione di liquidità residua, sia a valere sulle risorse FAS per le quali è necessaria la rimodulazione.

D'altro canto Tavolo e Comitato denunciano il gravissimo ritardo riguardo agli interventi connessi all'erogazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza. Al riguardo, al fine di evitare che si creino i presupposti di cui all'art. 2, comma 84, della legge 191/2009, invitano il Commissario ad attuare tempestivamente ogni utile azione necessaria per garantire l'erogazione dei LEA in maniera uniforme sul territorio regionale.

Tavolo e Comitato ricordano che è intervenuta l'approvazione del DL 35/2013 relativo all'erogazione di un prestito alle regioni per il pagamento di debiti certi, liquidi ed esigibili. Le regioni, in funzione di tale decreto, dovranno presentare idonee e congrue misure di copertura annuale del rimborso dell'anticipazione di liquidità e un piano di pagamento dei debiti certi, liquidi ed esigibili. Le regioni, all'atto dell'erogazione, dovranno provvedere all'immediata estinzione dei debiti elencati nel piano di pagamento.

•••

La riunione odierna è stata convocata per verificare le risultanze di conto economico e stato patrimoniale relative all'anno 2012. Sarà aggiornata la certificazione della posizione debitoria ed esaminati i conti relativi al I trimestre 2013. Sarà effettuata la verifica dello stato di attuazione del Piano di Rientro, l'aggiornamento della relazione sull'attuazione del decreto legislativo 118/2011 e aggiornata la verifica adempimenti.

Saranno oggetto della verifica odierna esclusivamente i documenti pervenuti entro e non oltre la data del 5 luglio 2013.

PREMESSA

Nella documentazione inserita a sistema documentale dal Sub commissario Pezzi con riferimento alla questione relativa alla convocazione della Commissione di vigilanza e controllo del Consiglio regionale, risulta una segnalazione dell'Autorità Garante della Concorrenza e del mercato inviata al Presidente della Giunta regionale della Calabria nella quale si formulano alcune osservazioni in relazione al sistema adottato per la ripartizione dei fondi del SSR tra i laboratori di analisi e le strutture di specialistica ambulatoriale.

L'Autorità ha rilevato che:

- l'assegnazione dei fondi pubblici alle strutture private convenzionate, secondo quanto stabilito nei *“Criteri e percorsi per la definizione dei budget 2012 e 2013 per la specialistica ambulatoriale e di laboratorio”* definiti dalla Regione Calabria nell'ambito del Piano di Rientro e nel DPGR 188/2012, avviene in funzione dei fatturati realizzati dalle singole strutture negli anni immediatamente precedenti a quello di riferimento basandosi quindi sul criterio della “spesa storica”;
- l'utilizzo del criterio della spesa storica cristallizza di fatto le posizioni degli operatori preesistenti sul mercato e non consente un adeguato sviluppo delle strutture maggiormente efficienti che non si trovano nella condizione di poter far valere, ai fini della copertura della spesa, i migliori risultati raggiunti sia in termini di contenimento dei costi che di soddisfacimento della domanda. Inoltre l'allocazione del budget sulla base della spesa storica, ostacola l'accesso sul mercato anche di nuovi soggetti imprenditoriali, che a parità di capacità tecnico-professionale vengono, in tal modo, inevitabilmente pregiudicati.

Auspica infine che, al fine di eliminare distorsioni concorrenziali evidenziate, il criterio della spesa storica venga sostituito dall'adozione di criteri – quali ad esempio la dislocazione territoriale, la dotazione tecnologica, le unità di personale, le modalità di prenotazione e di accesso alle prestazioni sanitarie, la correttezza dei rapporti con l'utenza – ispirati al principio di non discriminazione, alla valorizzazione del livello di efficienza della singola struttura nonché all'effettivo soddisfacimento delle esigenze della domanda

Tavolo e Comitato prioritariamente segnalano l'infondatezza del contenuto della predetta segnalazione in quanto quello della sanità non è un vero e proprio mercato bensì un “quasi” mercato cui non si applicano le regole della concorrenza tout court ma il legislatore ha fortemente impresso dei vincoli alla libera concorrenza, essendo appunto un mercato atipico, ai fini della tutela delle prestazioni erogate e dei vincoli di finanza pubblica (si veda l'intero impianto normativo costruito per il SSN a partire dal d.lgs. 502/92).

Ciò premesso, in via ulteriore, si ricorda che anche la recente giurisprudenza amministrativa si è espressa in tali termini sia con riferimento a sentenze relative alla Regione Calabria sia con riferimento alla sentenza relativa alla Regione Molise. Il Consiglio di Stato, infatti, ha precisato, che:

- alla regione è affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una seria ed effettiva pianificazione finanziaria;
- la regione non solo definisce unilateralmente il tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni ed i preventivi annuali delle prestazioni, ma vincola la successiva contrattazione dei piani determinandone modalità ed indirizzi;
- i tetti di spesa sono in via di principio indispensabili, date le insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica (Ad.Pl. Consiglio di stato n. 4 del 12.04.2012);

- l'obiettivo del diritto alla salute *“non può essere giammai disgiunto dal completo controllo della spesa, programmata e suddivisa tra i diversi soggetti erogatori, grazie alla fissazione di volumi massimi delle prestazioni erogabili (Corte cost., sent. n. 94/2009, cit.)”*;
- i provvedimenti del Commissario ad acta sono “ordinanze emergenziali statali in deroga” e in quanto tali “esse non soggiacciono, affinché sia garantita la loro efficace immediatezza ed urgenza, alle regole di contraddittorio procedimentale, come d'altronde accade per ogni ordinanza contingibile”,(sentenza Cons. Stato n. 2470/2013);
- “i poteri commissariali possono in ogni momento disapplicare anche regole pattizie, quando, come nella specie, siano accessive o integrative di provvedimenti illegittimi o inopportuni per il raggiungimento degli obiettivi di tutela di interessi primari dell'ordinamento non altrimenti tutelabili ”,(sentenza Cons. Stato n. 2470/2013);
- ai sensi dell'art. 8-sexies del d.lgs. 502/92 e s.m.i. le tariffe devono essere definite in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate. Le stesse tariffe devono quindi essere considerate come omnicomprensive dei costi sostenuti per l'erogazione delle prestazioni e, in nessun caso, esse possono remunerare singolarmente i fattori produttivi impiegati.

Per quanto riguarda l'accesso al mercato di nuovi soggetti imprenditoriali si fa presente che il mandato commissariale per l'attuazione del Piano di rientro della regione Calabria del 30 luglio 2010, alla lettera b), *“incarica il Commissario di sospendere eventuali nuove iniziative regionali in corso per la realizzazione o l'apertura di nuove strutture sanitarie pubbliche ovvero per l'autorizzazione e l'accreditamento di strutture sanitarie private fino all'avvenuta adozione del piano di riassetto della rete ospedaliera, della rete laboratoristica e della rete di assistenza specialistica ambulatoriale, tranne quelle necessarie all'attuazione del Piano di rientro”*;

Si richiama infine il DL 95/2012 che all'art. 15, comma 14, prevede che *“per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014”*.

A. CERTIFICAZIONE POSIZIONE DEBITORIA

A.1 CERTIFICAZIONE DELLA POSIZIONE DEBITORIA AL 31/12/2007 – AGGIORNAMENTO PAGAMENTI

Il Sub commissario ha inviato una nota di approfondimenti (prot. 286) e il documento sull'aggiornamento della ricognizione e riconciliazione del debito pregresso predisposto dall'Advisor contabile e condiviso dalla struttura commissariale (prot. 304/2013). Tale documento riporta un aggiornamento alla data del 30 giugno 2013 delle risultanze del processo di ricognizione e riconciliazione del debito condotto dalla struttura regionale BDE, nonché una sintesi dei pagamenti centralizzati e dei trasferimenti alle aziende da parte dell'Ufficio BDE a valere sul debito pregresso 2008 e ante. Riporta inoltre una sintesi delle attività poste in essere dalla Struttura Commissariale al fine di ottemperare agli adempimenti previsti dal DL 35/2013.

L'advisor ha dichiarato di non aver effettuato alcuna procedura di verifica indipendente relativamente ai dati e alle informazioni che sono state rilevate dalle risultanze emerse dalle attestazioni aziendali fornite dalla regione e dai dati comunicati dalla BDE sull'utilizzo delle risorse finanziarie.

Riguardo la situazione debitoria al 31/12/2007 relativa al debito commerciale e non commerciale l'advisor ha confermato quanto riportato nella riunione di verifica dell'8 aprile 2013.

Riguardo ai pagamenti effettuati ed al relativo utilizzo delle risorse finanziarie individuate a copertura del debito pregresso (accesso all'anticipazione di liquidità e spettanze al 31/12/2007), il sub

commissario ha comunicato che il Funzionario delegato ha adottato, in via ulteriore rispetto a quanto valutato nella riunione dell'8 aprile 2013, decreti di pagamento per complessivi 29 mln di euro, di cui 26,4 mln di euro sul capitolo 61010187 (mutuo) e 2,8 mln di euro sul capitolo 61010163 (premieria) e ha allegato gli elenchi dettagliati dei pagamenti.

L'advisor ha aggiornato la situazione dei pagamenti come rappresentata nella tabella seguente:

Copertura finanziaria	totale risorse disponibili	pagamenti centralizzati debito commerciale 2007 e ante	trasferimento fondi debito non commerciale 2007 e ante	pagamenti centralizzati debito commerciale 2008	trasferimento o fondi debito non commercial e 2008	totale pagamenti	coperture residue
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)=(b)+(c)+(d)+(e)	(g)=(a)-(f)
accesso anticipazione liquidità	428	55		55		110	318
spettanze al 31/12/2007	325	43	36	8	5	92	233
totale	753	98	36	63	5	202	551

Tavolo e Comitato prendono atto e restano in attesa degli ulteriori aggiornamenti.

In relazione a quanto rappresentato nella riunione dell'8 aprile 2013 in merito alle determinazioni in ordine al FAS e dei conseguenti pagamenti a valere su tali risorse per coprire le esigenze del debito di 578 mln di euro, il Commissario ha inviato una nota (prot. 154) agli uffici di Gabinetto rispettivamente del Ministero per la coesione territoriale, del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze nella quale comunica che sono disponibili risorse FSC 2007/2013 a titolarità regionale per un importo pari a 355,872 mln di euro, giusto quanto riportato nella delibera CIPE n. 78/2012, e ne chiede il tempestivo sblocco per essere destinate alla parziale copertura del debito sanitario al 31/12/2007. Per quanto attiene la quota necessaria alla definitiva copertura del debito residuo il Commissario ha dichiarato che si impone un'ulteriore riflessione circa gli ambiti oggetto di rimodulazione delle risorse FSC 2007/2010 già pianificate e finalizzate alla realizzazione delle misure del c.d. Piano nazionale per il Sud.

Sempre con riferimento a quanto richiesto nella riunione dell'8 aprile 2013 in merito:

- ai tempi con i quali prevede di affrontare il restante debito alla luce delle risorse disponibili;
- all'invito a provvedere anche al pagamento del debito aperto degli anni successivi che è sorto in relazione all'utilizzo di risorse di competenza per il pagamento del debito pregresso (somme da restituire agli esercizi successivi per pagamenti);

il sub commissario ha fatto presente quanto segue:

- con nota prot. 181958/2013 la struttura commissariale ha richiesto al MEF il residuo mutuo pari a 249 mln di euro relativo al contratto di prestito del 16 giugno 2011 e sono in corso le attività propedeutiche a tale sblocco;
- la regione ha già avviato una rimodulazione dei FAS.

Tavolo e Comitato chiedono al Commissario le risultanze della rimodulazione delle suddette risorse.

Il Commissario ha comunicato che la rimodulazione delle risorse è stata effettuata e la relativa documentazione sarà inviata sulla Piattaforma documentale dei Piani di rientro.

Pertanto, nel presupposto che le risorse FAS siano interamente disponibili nell'importo di 578 mln di euro di cui alla riunione del 23 luglio 2012, si conferma che residua una esigenza di copertura per il debito al 31/12/2007 di 110 mln di euro.

A.2 CERTIFICAZIONE DELLA POSIZIONE DEBITORIA ANNO 2008

Con riferimento al debito relativo all'esercizio 2008 la struttura commissariale e l'advisor hanno confermato quanto riportato nella riunione di verifica dell'8 aprile 2013.

riunione dell' 8 aprile 2013						
debito 2008	partite aperte	debito di competenza 2008 pagato negli anni 2009-2011	insussistenze	partite aperte non attestate	richiesto dai fornitori e non presente sistemi contabili delle aziende	totale
commerciale	180	516	26	6	9	737
non commerciale	15	312	64			391
totale debito 2008	195	828	90	6	9	1128

In considerazione dei pagamenti centralizzati relativi al debito 2008 (63 mln di euro) e del trasferimento fondi alle aziende per il debito non commerciale 2008 (5 mln di euro), il debito aperto relativo all'anno 2008 risulta pari a 127 mln di euro.

Nella tabella seguente si riporta la valutazione dell'esigenza finanziaria di copertura del debito 2008 che tiene conto delle somme anticipate a valere sulle risorse 2008 per il pagamento del debito pregresso e delle risorse che la gestione 2008 deve restituire agli esercizi successivi che hanno pagato debito 2008 a valere sulle risorse di competenza dei relativi anni. Sulla base di quanto relazionato dall'advisor la situazione è la seguente:

debito 2008 aperto (al netto pagamenti e trasferimenti)	(1)	127
somme da restituire agli esercizi successivi per debito commerciale	(2)	516
somme da restituire agli esercizi successivi per debito non commerciale	(3)	312
Totale debito al 31/12/2008	(4)=(1)+(2)+(3)	955
risorse 2008 utilizzate per il pagamento del debito pregresso	(5)	709
spettanze 2008 disponibili	(6)	121
Totale coperture	(7)=(5)+(6)	830
partite aperte e non attestate e richiesto dai fornitori	(8)	15
esigenza di copertura finanziaria massima per il debito 2008	(9)= (4)-(7)+(8)	140

L'advisor ha evidenziato che le partite aperte e non attestate e il debito richiesto dai fornitori e non presente nei partitari contabili delle aziende possono considerarsi ragionevolmente partite debitorie. Le spettanze 2008 comprendono la premialità 2008 pari a 98 mln di euro e le fiscalità pari a 23 mln di euro.

Le risorse 2008 utilizzate per il pagamento del debito pregresso, valutate dall'advisor pari a 777 mln di euro nella riunione dell'8 aprile 2013 sono state rideterminate in 709 mln di euro in relazione al pagamento centralizzato del debito per 63 mln di euro e al trasferimento fondi alle aziende effettuato dall'ufficio BDE di 5 mln di euro.

Tavolo e Comitato prendono atto di quanto comunicato e restano in attesa della definitiva determinazione dei 15 mln di euro ancora oggetto di analisi.

Tavolo e Comitato ricordano che il risultato di gestione relativo all'anno 2008 evidenzia una perdita non coperta di 62,120 mln di euro mentre la valutazione del debito relativo a tale gestione evidenzia una esigenza di copertura massima di 140 mln di euro.

Tali valori sono uno il doppio dell'altro. Pertanto Tavolo e Comitato chiedono alla regione e all'advisor un approfondimento in merito a tale discrepanza al fine di valutare definitivamente l'esigenza di copertura 2008. Al riguardo richiamano anche le informazioni sulle spettanze residue contenute nell'invio effettuato dal Tavolo alla regione della scheda relativa al rilevazione del pregresso al 31/12/2011. Ricordano che la regione deve restituire la scheda compilata entro e non oltre il 10 settembre 2013.

L'advisor dichiara che tale discordanza potrebbe essere determinata dall'aver considerato le poste contabili certe e che è necessario condurre approfondimenti in particolare per quanto riguarda le spettanze per le risorse relative all'art. 20 della l. 67/88.

B. ATTUAZIONE DEL DL 35/2013

In merito agli adempimenti di cui al DL 35/2013 si rinvia alle attività in corso per le quali sarà redatto apposito verbale.

C. RISULTATO D'ESERCIZIO CONSUNTIVO 2012

La regione ha inviato all'NSIS i dati relativi al consuntivo 2012 il 3 luglio 2013. Il Sub commissario ha inviato la relazione del dirigente di settore di chiarimenti sulle voci di CE consuntivo 2012 (prot. 304/2013) e il documento "Analisi scostamenti consuntivo 2012" redatto dall'advisor. Entrambi i documenti sono condivisi dalla struttura commissariale (prot. 303/2013). A partire dalla documentazione trasmessa si evince quanto segue:

Ricavi

- AA0030 - contributi FSR indistinto, risultano contabilizzati 3.407 mln in coerenza con l'Intesa sul Riparto 2012 del 6 giugno 2013. La regione ha inviato il dettaglio della composizione delle voci sottostanti alle contabilizzazioni per Fondo sanitario indistinto e l'indicazione dei capitoli di bilancio di previsione 2012 in cui sono state iscritte le disponibilità del SSR per un importo complessivo, in termini di cassa, pari a 3.157 mln di euro al netto del saldo di mobilità. La regione ha precisato che il Dipartimento tutela della salute si è attivato per l'istituzione dei nuovi capitoli di bilancio attinenti alla mobilità attiva e passiva a cui collegare le scritture in contabilità economica patrimoniale a partire dall'esercizio 2013;
- AA0040 - contributi FSR vincolati, sono pari a 64,281 mln di euro. La regione ha inviato il dettaglio della composizione delle voci sottostanti alle contabilizzazioni per Fondo sanitario vincolato e per obiettivi di piano. Di ciascuna voce ha inviato il relativo capitolo di bilancio regionale ove l'importo risulta stanziato e ha precisato, per talune voci, che il relativo importo sarà iscritto sul bilancio regionale a conclusione dell'iter amministrativo statale di effettiva assegnazione alla regione. La voce AA0040 comprende 0,19 mln di euro per sanità penitenziaria, 53,3 mln di euro per obiettivi proposta Stato, 10,9 mln di euro per altre vincolate.

La regione ha dichiarato che si attiverà per far sì che ai finanziamenti di ciascun anno di competenza corrisponda l'intervento nel medesimo anno di competenza.

Tavolo e Comitato richiamano l'attenzione della regione sulla necessità di assicurare la quadratura dei valori di ricavo contabilizzati, sia nel bilancio finanziario regionale sia nel modello di rilevazione economica CE, con quelli inseriti nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario standard dell'anno di riferimento,

indipendentemente dalla data di effettiva riscossione. Relativamente alla quota indistinta e vincolata, l'iscrizione dei relativi importi, sia nel bilancio finanziario regionale che economico-patrimoniale del Servizio sanitario regionale, deve avvenire sulla base di atti formali di assegnazione ed, in ogni caso, nell'anno di competenza. Con riferimento alle quote vincolate, la regione deve basarsi sulle comunicazioni formali del Ministero della Salute che prendono a riferimento gli importi indicati negli atti formali più recenti,

La regione ha iscritto nella voce BA2770 59,492 mln di euro per quote non utilizzate di contributi vincolati di cui 58,746 per quote inutilizzate di contributi vincolati per Fondo sanitario;

- nella voce AA0270 sono stati contabilizzati utilizzi per quota fondo sanitario vincolato esercizi precedenti per 1,7 mln di euro. Tale iscrizione è stata operata dalla GSA ed è riferita alle borse di studio MMG (1,3 mln di euro), alla Veterinaria (0,2 mln di euro) e agli Hanseniani (0,2 mln di euro);
- AA0070 – Contributi da regione extra fondo vincolati, risultano iscritti 5,2 mln di euro per i quali la regione ha inviato il dettaglio dei capitoli di bilancio regionale di imputazione delle rimesse extrafondo erogate alle aziende del SSR e i relativi importi aziendali erogati. Tale voce risulta in diminuzione di circa 6 mln di euro rispetto al IV trimestre in relazione alla riclassificazione nell'apposita voce dei contributi relativi alla legge 210/92. Rilevano nel totale i contributi previsti per l'ASP di Catanzaro per 1,8 mln di euro, per l'ASP di Cosenza per 1,2 mln di euro;
- AA0080 - Contributi da regione extra fondo - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA, risultano iscritti 114,219 mln di euro che si riferiscono alla quota delle manovre fiscali regionali anno d'importa 2013 di cui alla nota del Dipartimento delle finanze del 3 dicembre 2012. La regione ha inviato il dettaglio dei capitoli di bilancio annuale di previsione 2013 di imputazione delle entrate fiscali e ha precisato che l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale IRPEF nelle misure di 0,15 e 0,30 punti non è stato rilevato contabilmente in quanto la relativa stima non è stata comunicata dal Dipartimento delle finanze;
- AA0090 – Contributi da regione extra fondo - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA, tale voce non risulta valorizzata a differenza del IV trimestre.

Tavolo e Comitato ribadiscono che nelle regioni in Piano di rientro non è consentita l'erogazione di livelli ulteriori a quelli essenziali. Tale obbligo risulta ancora più cogente per le regioni per le quali ancora oggi non può ritenersi conseguito l'obiettivo dell'erogazione dei livelli essenziali. Rammentano in ogni caso la sentenza della Corte Costituzionale n. 104/13.

Chiedono alla struttura commissariale di avviare la procedura prevista dall'articolo 2, comma 80, della legge 191/2009 al fine di eliminare l'erogazione di livelli aggiuntivi rispetto ai LEA.

- AA0100 – Contributi da regione extra fondo – Altro, risultano iscritti 7,597 mln di euro per i quali la regione ha inviato il dettaglio dei capitoli di bilancio regionale di imputazione delle rimesse extrafondo erogate alle aziende del SSR e i relativi importi aziendali erogati.

Tavolo e Comitato fanno presente il capitolo di bilancio denominato “contributi finalizzati alla stabilizzazione dei lavoratori e alla formazione del personale” non è stato ridenominato, come richiesto più volte nelle riunioni precedenti. Rinnovano la richiesta di attivarsi.

La regione ha fornito inoltre il dettaglio dell'iscrizione sulla GSA di 2,737 mln di euro nell'ambito del quale risultano 0,6 mln di euro per la convenzione con il CNR – Centro di fisiologia clinica di Reggio Calabria e 1,6 mln di euro per il finanziamento dei contratti di specializzazione presso la facoltà di medicina dell'Università Magna Grecia.

Infine la regione ha fatto presente che risultano risorse per 0,670 mln di euro iscritte in capitoli afferenti agli altri dipartimenti regionali che vengono tracciati contabilmente solo per quanto

riguarda le risorse che vengono trasferite direttamente alle aziende non ricadenti nel perimetro Sanità della GSA;

- AA0160 - Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) L. 210/92 sono stati contabilizzati 7,066 mln di euro. Il costo sostenuto nel CE, voce BA1320, pari a 7,336 mln di euro non costituisce un costo superiore al finanziamento in quanto sul capitolo di spesa 4212101 è stato stanziato un importo comprensivo del residuo dell'esercizio precedente che ha determinato una copertura finanziaria complessiva di 7,336 mln di euro;

AA0240 – Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione investimenti sono stati contabilizzati 1,732 mln di euro in quanto le aziende hanno comunicato un valore degli investimenti intervenuti pari a circa 7 mln di euro e hanno rettificato il valore dei contributi applicando l'aliquota prevista dal Dlgs 118/2011 pari al 20%. L'ASP di Crotone e l'AO di Reggio Calabria hanno effettuato investimenti con contributi in c/capitale vincolati;

Tavolo e Comitato chiedono alla regione chiarimenti sulla fonte del finanziamento sottostante all'investimento di che trattasi. La regione riferisce che trattasi di finanziamento del Ministero dell'ambiente per bonifica amianto.

- in merito alle entrate proprie rileva per l'AO Mater Domini una diminuzione di 2,8 mln di euro rispetto al consuntivo 2011 dovuto al rientro presso l'Azienda di parte del personale che prestava servizio presso la Fondazione Campanella che ha generato una riduzione dei rimborsi e contributi, per la GSA vi è un aumento delle entrate proprie dovuto ai contributi per la legge 210/92 precedentemente esaminati, ai contributi per i contratti di specializzazione presso l'Università "Magna Grecia", la convenzione tra CNR – centro di Fisiologia clinica di Reggio Calabria e la regione, e di contributi per ricerca finalizzata del Ministero della salute;

Tavolo e Comitato chiedono se il personale rientrato presso l'AO Mater Domini è personale dipendente dall'azienda stessa.

Il Commissario conferma che trattasi del personale dell'AO.

Costi

- il costo del personale sanitario e non sanitario risulta in diminuzione rispetto al consuntivo 2011 di 37,6 mln di euro, il costo delle prestazioni da Sumaisti diminuisce di 0,6 mln di euro. Rispetto al IV trimestre 2012 si rileva una generica diminuzione del costo del personale. Le unità, con riferimento sempre al 2011, diminuiscono al IV trimestre 2012 di 1.029 unità.

Tavolo e Comitato chiedono alla struttura commissariale di conoscere l'esito degli approfondimenti condotti per le verifiche di coerenza tra i dati esposti a CE e quelli inseriti nelle tabelle B.

La struttura commissariale ha dichiarato che gli approfondimenti sono ancora in corso.

L'indennità di vacanza contrattuale 2012 per il personale dipendente è stata corrisposta e contabilizzata all'interno del costo del personale da tutte le aziende sanitarie. L'AO di Reggio Calabria ha corrisposto l'IVC nel corso del 2013 ed ha valorizzato il corrispondente importo nel consuntivo 2012.

- i prodotti farmaceutici ed emoderivati presentano una riduzione rispetto al consuntivo 2011 di 2,8 mln di euro. La regione ha dichiarato che tale diminuzione è da ricondursi ad un minor consumo di prodotti farmaceutici ed emoderivati legato alla chiusura di alcuni ospedali e all'ottimizzazione degli acquisti. Non tutte le aziende effettuano la distinzione tra medicinali con AIC e senza AIC e, per quanto riguarda il costo dell'ossigeno, le aziende stanno effettuando specifiche analisi per verificare che lo stesso venga contabilizzato al netto del costo per il servizio di distribuzione;

Tavolo e Comitato ribadiscono la necessità di assicurare una corretta contabilizzazione dei prodotti farmaceutici alla luce delle linee guida che accompagnano il nuovo modello di rilevazione economica CE di cui al dm 15 giugno 2012;

- i dispositivi medici presentano un aumento rispetto al consuntivo 2011 di 2,8 mln di euro da ricondurre in parte alle riclassifiche operate dalle aziende. La regione ha comunicato che sono

in corso approfondimenti in quanto non tutte le aziende hanno completato l'aggiornamento delle anagrafiche in maniera coerente con le nuove voci di CE.

Tavolo e Comitato ribadiscono la necessità di assicurare una corretta contabilizzazione dei dispositivi medici alla luce delle linee guida che accompagnano il nuovo modello di rilevazione economica CE di cui al dm 15 giugno 2012. Ciò al fine di assicurare un corretto monitoraggio del tetto previsto dalla normativa vigente;

- i vaccini presentano un aumento di 0,37 mln di euro solo in parte da ricondursi alla riclassifica dei vaccini con codice AIC, precedentemente non rientranti nella voce di costo;

Tavolo e Comitato, nel prendere atto delle avvenute riclassifiche, richiamano l'attenzione della regione ad assicurare la corretta contabilizzazione dei costi dei vaccini (con AIC e senza AIC) nella voce BA0260 "Materiali per la profilassi (vaccini)" appositamente istituita nel nuovo modello CE dal 1° gennaio 2012. Ciò al fine di assicurare un corretto monitoraggio del rispetto del tetto, previsto dalla normativa vigente, sulla farmaceutica ospedaliera. Anche per i dispositivi medici, si invita la regione a voler operare le opportune riclassificazioni nelle corrette voci di costo. Si anticipa, inoltre, alla regione la scelta ministeriale di operare un aggiornamento delle linee guida delle voci del modello CE - BA0220 "Dispositivi medici" e BA0230 "Dispositivi medici impiantabili attivi", da pubblicare in Gazzetta Ufficiale, al fine di inserire in dette voci anche i costi relativi ai dispositivi medici non aventi numero di iscrizione nel sistema Banca dati/Repertorio, attualmente contabilizzati da alcune regioni nella voce BA0290 "Altri beni e prodotti sanitari". Ciò al fine di assicurare un corretto monitoraggio del rispetto del tetto, previsto dalla normativa vigente, in materia di dispositivi medici.

- la farmaceutica convenzionata risulta inferiore di 22,8 mln di euro rispetto al consuntivo 2011 al netto degli oneri per la distribuzione dei farmaci. Alla riduzione della spesa per farmaceutica convenzionata contribuiscono l'incremento dello sconto che le farmacie convenzionate devono corrispondere alle regioni ai sensi dell'art. 15, comma 2, della l. 122/2010, l'applicazione dei DPGR 29, 30 e 35 del 2012 che dispongono misure volte alla promozione e monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva ed all'utilizzo di farmaci equivalenti, l'incremento della percentuale di spesa per farmaci a brevetto scaduto raggiungendo il valore del 38,4% sulla spesa totale. Infine l'advisor ha evidenziato che tutte le aziende, tranne l'ASP di Catanzaro, hanno recepito le indicazioni di contabilizzazione delle Fee/oneri della distribuzione per conto nell'apposita voce e nella voce servizi. Nella regione non vi sono privati che chiedono il rimborso per File F da privato.

Tavolo e Comitato prendono atto dell'avvenuta corretta riclassificazione da parte di quasi tutte le aziende.

- gli altri beni e servizi (comprensivi dei dispositivi medici) mostrano un incremento di circa 22 mln di euro rispetto al consuntivo 2011. L'aumento è determinato principalmente dal costo dei servizi in particolare per rimborsi assegni e contributi per 8,9 mln di euro imputabili soprattutto a contributi ex l. 210/92, dai premi assicurativi per 4 mln di euro a causa della sottoscrizione di nuovi contratti assicurativi, e dai servizi appaltati per 4,7 mln di euro derivante dall'incremento dei costi per riscaldamento da parte dell'ASP e dell'AO di Cosenza generati da riclassifiche e aumento di attività. Si rileva un decremento della voce altri beni sanitari e non sanitari dovuto principalmente all'ASP di Cosenza per il consumo di dispositivi medici presenti in magazzino, determinato dalle azioni di riconversione delle strutture e spostamento scorte. Si rileva inoltre per i servizi l'aumento di 2,5 mln di euro nell'AO di Catanzaro riconducibile ai costi per la convenzione con l'Ospedale pediatrico del Bambin Gesù stipulata nell'anno 2012 e di 2,5 mln di euro nell'AO di Reggio Calabria riconducibile ad un aumento di attività e dall'attivazione di un nuovo blocco operatorio e della centrale di sterilizzazione.

In merito alla convenzione con l'Ospedale Bambino Gesù il Sub commissario competente, nella riunione dell'8 aprile 2013, aveva fatto presente che la stessa non era attiva. Nella

riunione odierna, i Tavoli rammentando il parere negativo formulato sulla convenzione, chiedono aggiornamenti in merito.

Il Sub commissario D'Elia rappresenta che nell'anno 2012 la convenzione era attiva nella formulazione osservata dai Ministeri affiancanti e che al momento si sta provvedendo ad una revisione secondo le indicazioni dei Ministeri.

In merito ai contratti assicurativi la regione sta avviando delle azioni di razionalizzazione per il trattamento delle assicurazioni.

Tavolo e Comitato chiedono alla regione lo stato dell'arte di tali azioni.

La regione ha comunicato che sono in essere delle azioni per la centralizzazione delle gare per la copertura assicurativa.

Tavolo e Comitato, in merito alla corretta contabilizzazione dei costi della voce "altri beni e servizi" ribadiscono quanto detto in merito alla necessità di garantire una corretta allocazione dei costi dei dispositivi medici, anche a seguito della scelta ministeriale di pubblicare in G.U. l'aggiornamento delle linee guida.

- il costo del personale convenzionato di medicina di base risulta inferiore di circa 0,4 mln di euro rispetto al consuntivo 2011. La regione ha dichiarato che l'indennità di vacanza contrattuale 2012 non è stata corrisposta ed è stata contabilizzata tra gli accantonamenti per rinnovi convenzioni da tutte le ASP della regione. L'importo degli accantonamenti risulta coerente con quanto atteso;
- L'acquisto di prestazioni da privato è sostanzialmente stabile rispetto al consuntivo 2011. In particolare si evidenzia rispetto al consuntivo 2011:
 - o un aumento di 2,4 mln di euro dei costi di assistenza ospedaliera. L'advisor ha evidenziato che tale variazione è generata da -0,9 mln di euro derivante dall'applicazione del DL 95/2012, per -0,2 mln di euro dalla diminuzione del finanziamento della Fondazione Campanella, passato da 18 mln di euro a 17,8 mln di euro, e dall'aumento corrispondente alla corretta iscrizione nel 2012 di 3,5 mln di euro di APA-PAC da parte dell'ASP di Reggio Calabria. La variazione rispetto al IV trimestre di 4,3 mln di euro è determinata dall'attribuzione del budget complessivo alla Fondazione Campanella con il DPGR 42/2013.

Tavolo e Comitato chiedono alla struttura commissariale lo stato dell'arte circa la sottoscrizione dei contratti e le eventuali azioni intraprese per le strutture che non hanno firmato i contratti essendo il 2012 abbondantemente decorso.

Il Sub commissario ha rappresentato che qualche casa di cura non ha completato la procedura di accreditamento. Le competenti Commissioni aziendali devono concludere l'accertamento delle attività di verifica dei requisiti.

Tavolo e Comitato chiedono l'invio di una relazione in merito.

- o la diminuzione di 5,3 mln di euro per la specialistica ambulatoriale. Si ricorda che il consuntivo 2011 ricomprende 3,5 mln di euro di APA – PAC da parte dell'ASP di Reggio Calabria. Sono stati approvati i tetti di spesa dell'anno 2012 con DPGR 188/2012. Risultano sottoscritti tutti i contratti con l'esclusione di 5 erogatori su circa 250. Si fa presente che a fronte dei dati CE (68 mln) risulta al Sistema TS il valore netto delle prestazioni da privato convenzionato pari a 78 mln di euro.

Tavolo e Comitato chiedono chiarimenti e se sussistono elementi di rischio.

- il costo dell'altra assistenza da privato è sostanzialmente invariato rispetto al consuntivo 2011. L'advisor ha evidenziato un aumento di 2,6 mln di euro rispetto al 2011 per le altre prestazioni determinata principalmente dalla valorizzazione dei costi per Fee/oneri di cui alla DPC in distribuzione di farmaci e File F da privato, per un importo pari a 6,1 mln di euro. Inoltre vi è la diminuzione per assistenza integrativa e protesica di 2,3 mln di euro che deriva da azioni di efficientamento e da maggiori controlli sugli acquisti. Rispetto al IV trimestre le aziende hanno provveduto ad una maggiore iscrizione di 1,8 mln di euro.

Il Sub commissario ha dichiarato che sono in atto delle azioni per il contenimento della spesa relativa all'integrativa e alla protesica;

- il valore degli ammortamenti non sterilizzati ammonta a 14,1 mln di euro sostanzialmente in linea con il consuntivo 2011. Per quanto riguarda la coerenza degli ammortamenti delle aziende con i criteri del d.lgs 118/2011 sono in corso approfondimenti regionali. Al IV trimestre la GSA aveva accantonato prudenzialmente 4,1 mln di euro in considerazione della non completa rilevazione degli ammortamenti delle aziende e dell'applicazione della legge di stabilità 2013 (articolo 1, comma 36, legge n. 228/2012). Nel consuntivo sono stati eliminati tali accantonamenti.
- il valore degli accantonamenti, al netto delle quote inutilizzate dei contributi vincolati, è pari a 49,9 mln di euro di cui 17,7 per rischi, 2,2 relativi ai rinnovi delle convenzioni, e 2,2 per interessi di mora e 24,6 per altri accantonamenti. Tale valore è in diminuzione di 22,7 mln di euro rispetto al consuntivo 2011 determinato principalmente da una minore iscrizione di accantonamenti rischi in GSA per 16,4 mln di euro. La regione ha inviato:
 - o il dettaglio della composizione degli accantonamenti per rischi – voce BA2700 -;
 - o la composizione della voce altri accantonamenti – voce BA2820 - valorizzata per 29,043 mln di euro composta per una quota consistente da quote inutilizzate degli Obiettivi di Piano 2011 accantonate dalle aziende.
- con riferimento ai proventi straordinari – voce EA0010 - pari a 16,515 mln di euro, la regione ha inviato il dettaglio della relativa composizione: trattasi principalmente di incasso per note di credito di competenza 2011 e ante per acquisto di beni e servizi e insussistenza debiti per transazioni verso fornitori anni precedenti;
- in merito agli oneri straordinari – voce EA0260 - pari a 31,625 mln di euro la regione ha fornito il dettaglio della relativa composizione: essi sono attribuibili principalmente a fatture di acquisto per beni e servizi relative ad anni precedenti.

Tavolo e Comitato chiedono chiarimenti in merito all'iscrizione per interessi bancari passivi per 3,1 mln di euro da parte dell'ASP di Reggio Calabria. Evidenziano che è la prima volta che si trovano davanti ad una iscrizione di tale entità per interessi bancari..

La regione e l'advisor hanno dichiarato che si riferiscono agli anni 2009 – 2011 in relazione ai ritardi nella comunicazione da parte dell'Istituto tesoriere.

Tavolo e Comitato chiedono un'approfondita relazione in merito.

Tavolo e Comitato invitano nuovamente la struttura commissariale a porre in essere le azioni per migliorare la tempestiva iscrizione dei fatti contabili al fine di rendere le poste straordinarie un evento davvero straordinario e non una rettifica dei costi precedenti le cui fatturazioni sono avvenute con ritardo.

Tavolo e Comitato chiedono alla regione e all'advisor se vi sono ulteriori elementi di rischio.

Sia la regione che l'advisor hanno dichiarato che non vi sono ulteriori elementi di rischio..

Decreto legislativo 118/2011

La regione e l'advisor hanno predisposto una relazione in merito all'attuazione delle disposizioni previste dal d.lgs 118/2011, in particolare per quanto riguarda l'art. 29.

Gestione Sanitaria Accentrata

In merito alla GSA la Regione Calabria, in via ulteriore rispetto a quanto già rappresentato in occasione della riunione dell'8 aprile 2013, ha:

- effettuato la riconciliazione dei crediti verso regione iscritti nei bilanci delle Aziende Sanitarie con i debiti verso Aziende Sanitarie iscritti nel bilancio della GSA alla data del 31/12/2011 relativamente ai contributi in c/esercizio, contributi per ripiano perdite, finanziamenti per

investimenti, contributi a copertura dei debiti pregressi. Tale attività è stata completata anche per l'esercizio 2012;

- avviato nel 2011 e resa esecutiva la nuova perimetrazione dei capitoli di entrata e di uscita relativi al finanziamento del proprio SSR con decreto n. 9604 del 3 luglio 2013;
- predisposto lo Stato Patrimoniale di apertura della GSA all'1/01/2012;
- effettuato le attività propedeutiche alla predisposizione del bilancio consolidato 2012;
- predisposto il bilancio 2012 con i relativi documenti: nota integrativa, schemi di conto economico e stato patrimoniale, predisposizione della relazione sulle voci dell'attivo e del passivo SP 2012.

Percorso attuativo della certificabilità

In merito al percorso attuativo della certificabilità la regione, con DPGR n. 77 del 17 giugno 2013 ha nominato i soggetti responsabili del PAC e con DPGR n. 96 del 4 luglio 2013 ha approvato il Piano attuativo di certificabilità composto dal prospetto previsto dal DM dell'1 marzo 2013 e dalla relazione di accompagnamento al PAC. Con lo stesso provvedimento sono stati definiti i compiti dei responsabili individuati con precedente decreto.

Al fine di garantire il buon esito del percorso certificabilità la regione si attiverà per:

- definire un piano di lavoro maggiormente dettagliato per singole azioni/interventi e responsabilità per ciascuna azienda del SSR e GSA, con relativo cronoprogramma attuativo;
- definire momenti di verifica dell'effettiva realizzazione delle azioni previste nel PAC in modo da garantire la tempestiva individuazione di azioni correttive anche nel caso di eventuali criticità e/o punti di miglioramento al PAC segnalati dai Collegi Sindacali;
- prevedere strumenti di governance e momenti di controllo coerenti alle finalità previste dal percorso attuativo di certificabilità.

Stato di applicazione dell'art. 29 del dlgs 118/2011

In merito all'applicazione dell'articolo 29 del decreto legislativo 118/2011, la regione e l'advisor hanno fatto presente quanto segue:

- lettera a) – Rimanenze. La regione ha avviato la ricognizione dell'applicazione del criterio del costo medio ponderato e ha evidenziato che da una prima valutazione con le aziende il criterio del costo medio ponderato è stato applicato in continuità con le rilevazioni fatte negli anni precedenti. Tuttavia, ad oggi, la regione si riserva di valutare la coerenza del criterio appena completerà l'istruttoria ancora in corso dei bilanci 2012 delle aziende sanitarie;
- lettera b) – Ammortamenti. La regione:
 - o con la circolare di chiusura del bilancio 2012 (nota n. 135411/2013 e successive comunicazioni) ha fornito alle aziende sanitarie le linee guida per il trattamento contabile degli ammortamenti dei cespiti e il trattamento contabile dei cespiti acquistati con contributi in c/esercizio;
 - o ha richiesto dei prospetti di dettaglio alle aziende in merito agli investimenti effettuati nell'anno 2012 con i contributi in c/esercizio e relativa applicazione delle aliquote di ammortamento;
 - o ha trasmesso la circolare di chiusura del bilancio 2012 sopracitata per il trattamento contabile del ricalcolo dei fondi di ammortamento.

La regione ha fatto presente che dalle prime valutazioni e dagli incontri con le aziende le stesse hanno applicato le aliquote previste dal d.lgs 118/2011. In sede di CE IV trimestre 2012 era stato effettuato un accantonamento di circa 4 mln di euro per rischi legati al non completo adeguamento del calcolo degli ammortamenti e le aziende si sono adeguate in sede di consuntivo 2012. Tuttavia, ad oggi, è in corso l'istruttoria dei bilanci d'esercizio 2012 e l'analisi di coerenza del calcolo degli ammortamenti.

Le aziende hanno effettuato investimenti finanziati con contributi in c/esercizio ed applicato la casistica di riferimento secondo le indicazioni fornite. Dal consuntivo 2012 emerge la

rilevazione della “rettifica dei contributi”. Tuttavia ad oggi è in corso l’istruttoria dei bilanci d’esercizio 2012 e l’analisi di coerenza dei prospetti gestionali.

La regione ha infine rilevato che sono in corso le verifiche della coerenza del ricalcolo dei fondi ammortamento anche sulla base delle evidenze che emergeranno dall’istruttoria dei bilanci d’esercizio 2012;

- lettera c) – Contributi in c/capitale. La regione con la circolare di chiusura del bilancio 2012 ha richiesto il dettaglio dei contributi in c/capitale al fine di valutare la corretta contabilizzazione. Dalle prime valutazioni la quasi totalità delle aziende hanno rilevato correttamente i crediti v/regione per contributi in c/capitale. Tuttavia, con riferimento alla verifica della voce contributi in c/capitale rilevate negli SP delle aziende, allo stato attuale sono in corso le verifiche di coerenza delle rilevazioni che saranno completate con l’istruttoria dei bilanci 2012 delle aziende sanitarie;
- lettera d) – Contributi per ripiano perdite. La regione, a seguito della ricognizione degli accertamenti dei capitoli di entrata e degli impegni dei capitoli di spesa ha definito la situazione dei contributi per ripiano perdite. Ad oggi, tuttavia, sono ancora in corso le valutazioni che saranno completate con l’istruttoria dei bilanci d’esercizio 2012 con riferimento alla coerente valorizzazione della specifica voce del patrimonio netto negli SP delle aziende;
- lettera e) con riferimento ai contributi finalizzati vincolati la regione ha accantonato totalmente l’ammontare in GSA in quanto gli stessi non sono stati assegnati alle aziende. Le rilevazioni economico patrimoniali relativi alla GSA sono state effettuate con riferimento alle erogazioni mensili in quota parte di un dodicesimo dell’assegnazione 2011, in quanto nel corso dell’anno non era intervenuto l’atto formale di riparto e assegnazione del FSR 2012 alle aziende. Con riferimento all’allineamento dei contributi FSR vincolati (PSN 2012) e degli altri finalizzati non sono stati ancora accertati nei rispettivi capitoli di entrata. Analogamente non risultano ancora impegnati nei capitoli di uscita del bilancio regionale rientranti nella perimetrazione sanitaria;
- lettera f) la regione ha svolto un approfondimento, delle poste straordinarie attive e passive contabilizzate dalle Aziende Sanitarie di importo significativo e ha verificato la loro corretta contabilizzazione in sede di predisposizione dei CE consuntivi 2012;
- lettera g) in merito ai fondi la regione ha fatto presente che sono state svolte le seguenti attività:
 - o analisi delle tipologie dei Fondi patrimoniali (Fondi rischi, Fondi spese ed altri Fondi) presenti nelle Aziende sanitarie e in GSA suddivise per anno di formazione e un approfondimento sugli utilizzi e sui nuovi accantonamenti delle Aziende Sanitarie avvenuti nel corso dell’esercizio 2012 con particolare riferimento ai fondi rischi (PB0200) e agli altri fondi per oneri e spese (PB0306).
Sulla base delle evidenze emerse la regione ha fatto presente che con riferimento ad alcune aziende risultano Fondi consistenti non ancora utilizzati alla data del 31 dicembre 2012;
 - o analisi sull’adeguatezza degli accantonamenti e sulla congruità dei fondi iscritti dalle Aziende Sanitarie anche tramite l’acquisizione dei rilievi dei collegi sindacali.
La regione con i decreti regionali di determinazione dei bilanci regionali 2011, ha rilevato la necessità di acquisire le valutazioni da parte dei collegi sindacali sulla consistenza dei Fondi. Inoltre la valutazione sull’adeguatezza dei fondi è subordinata anche alle evidenze che dovessero manifestarsi dall’analisi e dalle valutazioni contenute nelle relazioni dei collegi sindacali sui bilanci 2012;
 - o verifica della corretta rilevazione contabile degli accantonamenti delle Aziende Sanitarie, con riferimento anche alle tipologie ed alle indicazioni fornite dalla regione.
A seguito degli approfondimenti effettuati nel CE IV trimestre 2012, la GSA aveva effettuato un accantonamento di 29 mln di euro per rischi collegati a ritardi nella rilevazione dei costi dell’esercizio 2012 da parte delle aziende sanitarie. A consuntivo 2012 poichè i rischi valutati si sono manifestati o sono venuti meno i presupposti, la

GSA non ha effettuato alcun accantonamento sui rischi. Infine la regione ha evidenziato che negli anni passati in GSA sono stati effettuati accantonamenti per rischi legati alle aziende che ad oggi non si sono manifestati e che nell' SP 2012 il Fondo rischi ammonta a circa 27,5 mln di euro ritenendo che i fondi esistenti siano ancora adeguati a coprire eventuali costi che dovessero manifestarsi nel 2013;

- lettera h) – Mobilità extraregionale la regione ha provveduto a rilevare in GSA la mobilità attiva e passiva extraregionale dopo aver verificato la coerenza con il relativo atto formale nonché i proventi e i costi per mobilità extraregionale relativi all'esercizio 2012. La regione ha fatto presente che la rilevazione e la ripartizione per azienda sanitaria sarà effettuata nell'anno 2013 attraverso la predisposizione di apposite tabelle trimestrali di ripartizione aziendale a partire dal II trimestre 2013.

La mobilità attiva e passiva extra regionale non è stata ancora rilevata negli appositi capitoli di bilancio regionale in quanto la stessa è stata rilevata direttamente in compensazione rispetto al valore del FSR indistinto registrato negli appositi capitoli rientranti nel perimetro sanitario. In considerazione della mancata iscrizione nell'anno 2012, la regione provvederà per l'anno 2013 a far creare i rispettivi capitoli di bilancio per la quota parte della mobilità attiva e passiva extraregionale.

- lettera h) e lettera i), lettera j) le attività poste in essere sono state:
 - o ricognizione dei contributi FSR imputati dalle aziende nel CE consuntivo 2012 e verifica della coerenza con quanto comunicato con la circolare di chiusura del bilancio 2012 e con le assegnazioni del Decreto di riparto n. 4 del 29 gennaio 2013. L'atto formale di ripartizione dei contributi è intervenuto successivamente alla chiusura del 31 dicembre 2012;
 - o il responsabile della GSA ha provveduto ad effettuare le rilevazioni economico patrimoniali mensili sul libro giornale relative alle erogazioni di quota parte dei contributi FSR indistinto alle Aziende sanitarie;
 - o in merito alla:
 - ricognizione dei residui attivi rilevati nei capitoli relativi al FSR indistinto, FSR vincolato, altre risorse aggiuntive correnti, ripiano perdite e finanziamenti per investimenti assegnati dallo stato;
 - ricognizione dei residui rilevati nei capitoli relativi alle risorse regionali destinate al finanziamento della sanità;
 - ricognizione dei residui passivi rilevati nei capitoli di spesa della perimetrazione e aventi come creditore le aziende del SSR;

la regione ha completato la ricognizione di tutti i capitoli di entrata e dei residui attivi ed ha riportato le risultanze della ricognizione nelle rispettive voci dei crediti v/stato e nei crediti v/regione dello SP 000. La regione ha effettuato la riconciliazione alla data del 31 dicembre 2012 dei crediti verso regione iscritti nei bilanci delle aziende sanitarie con i debiti verso aziende sanitarie iscritti nel bilancio della GSA.

Tavolo e Comitato prendono atto delle attività in corso, anche con riferimento alla corretta contabilizzazione sul bilancio regionale della mobilità extraregionale attiva e passiva a partire dall'esercizio 2013 .

In merito alla riconciliazione delle partite infragruppo (costi-ricavi, crediti-debiti) sono state operate le seguenti attività:

- verifica trimestrale delle rilevazioni delle partite infragruppo delle Aziende sanitarie costi/ricavi intercompany attraverso l'analisi dei prospetti intercompany di dettaglio redatto dalle singole Aziende;
- verifica della corretta contabilizzazione da parte delle Aziende Sanitarie e della GSA delle partite infragruppo in relazione alla tipologia di costo e ricavo infragruppo;
- elisione delle poste infragruppo di consolidamento;

- analisi delle partite debitorie e creditorie infragruppo rilevate negli stati patrimoniali delle Aziende sanitarie attraverso incontri con le singole Aziende;
- definizione delle linee guida per l'allineamento delle partite infragruppo nell'anno 2013.

Nel CE 999 del consuntivo 2012 le partite infragruppo delle aziende sanitarie hanno determinato in sede di consolidamento una differenza tra costi e ricavi di competenza di 0,597 mln di euro (Le voci R dopo il consolidamento risultano valorizzate per 0,936 mln di euro nelle entrate, per 1,533 mln di euro nei costi, e per 0, 289 mln di euro nelle sopravvenienze passive).

Nell'SP 999 del consuntivo 2012 le partite infragruppo delle aziende sanitarie hanno determinato in sede di consolidamento una differenza tra crediti e debiti infragruppo.

Nel 2013 saranno fornite le linee guida al fine di garantire l'allineamento delle partite infragruppo negli Stati Patrimoniale delle aziende.

Tavolo e Comitato prendono atto che sono in corso di adozione le linee guida al fine di superare le criticità sui consolidamenti presenti sui conti relativi all'anno 2012, rammentando alla regione che il bilancio consolidato del SSR deve essere uguale alla somma delle iscrizioni contabili degli enti del SSR (inclusa la GSA) al netto delle sole partite infragruppo (voci R e RR).

Risultato di gestione

Sulla base dei dati CE trasmessi all'NSIS relativi al consuntivo 2012, al netto della voce AA0080, è possibile evincere un disavanzo prima delle coperture di 69,851 mln di euro.

Tavolo e Comitato rettificano nel calcolo del risultato di gestione le maggiori iscrizioni di mobilità per 0,023 mln di euro, nell'attesa delle conseguenti rettifiche da parte della regione.

Sulla base di quanto previsto dall'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, Tavolo e Comitato provvedono a rettificare i risultati di gestione delle aziende in utile, pari a 0,848 mln di euro. Pertanto il risultato di gestione cui dare copertura è rideterminato in 70,722 mln di euro.

In merito alle coperture preordinate dal Piano di rientro la regione ha provveduto alla loro iscrizione sul modello CE alla voce AA0080 a ciò finalizzata per un importo pari a 114,220 mln di euro in coerenza con la comunicazione di novembre 2012 del competente Dipartimento delle finanze.

Si riportano in sintesi gli effetti finanziari:

Regione Calabria		
Valori in mln €	riunione dell'8 aprile 2013 IV trimestre 2012	riunione del 16 luglio 2013 consuntivo 2012
risultato di gestione CE (netto AA0080)	-69,935	-69,851
rettifica contributi vincolati FSN	0,374	0,000
rettifica mobilità extraregionale	-0,003	-0,023
rettifica da somma risultati di gestione aziende in utile	-2,384	-0,848
risultato di gestione rideterminato	-71,948	-70,722
mezzi di copertura		
stima gettito massimizzazione aliquote fiscali - anno d'imposta 2013	114,220	114,220
totale coperture	114,220	114,220
risultato di gestione dopo le coperture	42,272	43,498

La Regione Calabria a consuntivo 2012 presenta un disavanzo di 70,722 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture derivanti dal gettito delle aliquote fiscali massimizzare relative

all'anno d'imposta 2013, che copre il 2012, stimato dal Dipartimento delle finanze in 114,220 mln di euro, il risultato di gestione evidenzia un avanzo di 43,498 mln di euro.

In ogni caso, al fine di rendere nota la situazione ad oggi rilevata, da ultimo con il presente verbale, Tavolo e Comitato riassumono la situazione dei disavanzi e debiti pregressi che ancora deve trovare opportuna copertura, nel presupposto del pieno accesso ai 578 mln di euro di risorse FAS di cui alla riunione del 23 luglio 2012.

situazione disavanzo/debito non coperto regione Calabria	
debito non coperto 2007 e ante	-110,000
disavanzo 2008 non coperto	-62,120
disavanzo 2009 non coperto	-88,467
avanzo 2011 dopo coperture	18,149
avanzo 2012 dopo coperture	43,498
totale al netto ammortamenti non sterilizzati anni pregressi	-198,940

Pertanto alla data odierna Tavolo e Comitato, sulla base delle analisi condotte, stimano il permanere di un debito non coperto di 198,940 mln di euro, scontando le risorse FAS per 578 mln di euro che al momento attuale non sono disponibili e sono vincolate alla riprogrammazione del "Piano Sud", ancora non documentata.

Tavolo e Comitato evidenziano che i predetti 198,940 mln di euro sono inoltre al netto degli ulteriori oneri relativi agli ammortamenti non sterilizzati degli anni pregressi che sono oggetto della specifica ricognizione richiesta dal Tavolo e Comitato. Sono inoltre al netto del differenziale sul debito 2008 non coperto per il quale è stato chiesto specifico ulteriore approfondimento alla regione e all'advisor.

Infine Tavolo e Comitato fanno presente che il risultato non ingloba l'effetto della stima del gettito dell'ulteriore maggiorazione delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta 2013, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30, così come verificato nel verbale della riunione dell'8 aprile 2013, in attesa della relativa comunicazione da parte del competente Dipartimento delle finanze né la rideterminazione dei gettiti derivanti dalla massimizzazione delle aliquote.

D. STATO PATRIMONIALE 2012

La regione ha provveduto alla trasmissione all' NSIS, in data 5 luglio 2013, dello stato patrimoniale '000' e del consolidato 2012. Ha altresì inviato una propria relazione e una relazione curata dall'advisor concernenti l'analisi di tale situazione patrimoniale. Ha inviato inoltre la documentazione relativa al bilancio della GSA.

Tavolo e Comitato osservano che non risulta pervenuto il bilancio d'esercizio della GSA e del consolidato regionale completo di tutti i documenti che ne formano parte integrante ai sensi degli articoli 26 e 32 del decreto legislativo 118/11; in particolare, per la GSA non si evince che siano stati redatti il rendiconto finanziario e la relazione sulla gestione, mentre per il bilancio consolidato manca anche la nota integrativa (art.26 decreto leg.vo 118/11). Manca, altresì, la delibera di adozione del bilancio da parte degli enti del SSR e non si evince se il Bilancio della GSA e quello consolidato siano stati approvati dalla Giunta entro il 30 giugno 2013 (articolo 32, comma 7 del decreto leg.vo 118/11). Si ricorda che il bilancio di esercizio è un documento unico e come tale deve essere deliberato (entro il 30 aprile per gli enti del SSR) e in tale forma potrà essere trasmesso ai Tavoli. Tavolo e Comitato, peraltro, osservano che la nota integrativa

della GSA non riporta: 1) in tutte le tabelle dello stato patrimoniale le movimentazioni nel corso dell'anno ("incrementi" e "decrementi") ma solo la differenza saldi; 2) i modelli di rilevazione economica Ce e SP in allegato (art.26, comma 4 decreto leg.vo118/11); 3) le necessarie informazioni per spiegare i numeri nella parte descrittiva; 4) le necessarie informazioni per spiegare la composizione dei saldi iniziali (così come previsto dallo schema di nota integrativa di cui all'allegato 2 al decreto leg.vo 118/11 come modificati con il dm 20 marzo 2013).

La regione ha inoltre precisato che alla data della relazione alcune analisi dei modelli SP delle aziende sanitarie sono ancora in corso di svolgimento in quanto non sono pervenuti tutti i bilanci d'esercizio delle aziende del SSR.

La regione ha dichiarato di avere analizzato il modello SP delle aziende sanitarie e di aver predisposto il modello SP 000 e SP 999 relativi all'esercizio 2012 ai sensi delle linee guida per la chiusura del bilancio d'esercizio 2012.

La regione per la predisposizione del modello SP consolidato ha provveduto all'individuazione dei capitoli di entrata e di spesa del bilancio regionale afferenti alla sanità e all'allineamento delle partite debitorie/creditorie tra aziende e regione attraverso l'analisi dei residui di stanziamento, residui passivi e perenti dei capitoli di spesa.

Tavolo e Comitato, inoltre, nel ricordare alla struttura commissariale che i modelli CE e SP sono allegati del bilanci d'esercizio (Art. 26, comma 4, del D.Lgs 118/2011) e che quest'ultimo, per le aziende e la GSA, deve essere approvato dalla Giunta regionale entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento (Art. 32, comma 7, del D.Lgs n.118/2011), con ciò approvando la Giunta anche i modelli CE e SP allegati, invitano la stessa a concludere l'istruttoria regionale sui bilanci per tempo e a fare adeguare i bilanci stessi con le eventuali correzioni di errori e riclassifiche ritenute opportune, al fine di far approvare dalla Giunta regionale i bilanci d'esercizio definitivi, inclusivi dei modelli CE e SP, entro le date previste dalla legge. Ottenuta l'approvazione della Giunta, bilanci e modelli ministeriali potranno essere ricevuti da Tavolo e Comitato.

ATTIVO

CREDITI

Crediti verso Stato per 1.014,599 mln di euro, così ripartiti:

- Crediti v/Stato per spesa corrente – integrazione a norma del d.lgs 56/2000 risultano pari a 816,154 mln di euro. L'advisor e la regione ha inviato il dettaglio di tale somme.

Al fine di effettuare un riscontro con tali contabilizzazioni con riferimento al 31/12/2011 il Tavolo ha inviato alla regione la relativa quantificazione nell'ambito della ricognizione del pregresso al 31/12/2011 con riferimento al fondo sanitario indistinto e dalla quale ci si aspetta una restituzione entro e non oltre il 10 settembre 2013. In ogni caso, da un primo esame, l'importo, al netto di qualche arrotondamento, è coerente con le spettanze residue

- Crediti v/Stato per spesa corrente – FSN risultano pari a 69,117 mln di euro. L'advisor ha inviato il dettaglio di tale somme.

Anche in questo caso per il periodo al 31/12/2011 Tavolo e Comitato fanno rinvio alla scheda di ricognizione del pregresso inviata alla regione che contiene le informazioni relative alle spettanze residue per fondo sanitario vincolato e per obiettivi di piano. Gli importi contabilizzati, ad un primo esame, sembrano coerenti con gli importi delle spettanze residue incluse nella predetta scheda della ricognizione del pregresso.

- Crediti v/Stato per spesa corrente – altro risultano pari a 31,333 mln di euro di cui 2 mln di euro per ripiano disavanzi 2001/2003, importo non ancora iscritto in bilancio, e 29 mln di euro derivanti da fondi FAS, iscritti nel bilancio regionale al capitolo 21080097;

In merito ai fondi Fas per le aree sottoutilizzate analoga posta costituisce debito verso la regione. Tavolo e Comitato chiedono alla regione di acquisire le informazioni presso il competente Ministero circa la sussistenza di tali finanziamenti che sono riferiti ad anni abbondantemente decorsi.

- Crediti v/Stato per finanziamenti per investimenti il cui importo è 97,886 mln di euro di cui 93, mln di euro rilevati in GSA e principalmente riconducibili alla quota a carico dello Stato dei programmi di edilizia sanitaria ex. Art. 20 l. 67/88 per 73 mln di euro, alla realizzazione di strutture per cure palliative per 2 mln di euro, alla riconversione del complesso ospedaliero di Girifalco per 18 mln di euro. La regione ha dichiarato che per tale posta di bilancio non è stata effettuata alcuna specifica procedura di consolidamento.

Tavolo e Comitato chiedono alla regione di effettuare un approfondimento su tali contabilizzazioni. Sarà necessario, una volta concluso l'approfondimento, inviare una tabella nella quale siano presenti tutti i provvedimenti di assegnazione delle risorse corredati dei relativi estremi e lo stato di erogazione delle risorse stesse al fine di permettere il relativo riscontro da parte dei competenti uffici del MEF.

Crediti verso regione per 1.021,922 mln di euro così ripartiti:

- Crediti v/Regione per spesa corrente – per finanziamento sanitario aggiuntivo LEA risultano pari a 114,219 mln di euro relativi a copertura 2012 (anno imposta 2013) dell'addizionale regionale IRPEF per 72 mln di euro e dell'aliquota ordinaria IRAP 42 mln di euro. Le coperture relative all'anno di competenza 2012 (anno imposta 2013) sono state iscritte nel bilancio 2013;
- Crediti v/Regione per spesa corrente – altro risultano pari a 474,491 mln di euro. Tale voce è composta dalla differenza tra le somme anticipate dalla regione negli anni pregressi per quote premiali degli anni 2005 e 2007 e le somme inerenti alle manovre fiscali (453 mln di euro) e la consistenza delle disponibilità del Tesoriere (19 mln di euro) oltre che dai finanziamenti per la legge 210/92 per 16 mln di euro e da finanziamenti finalizzati anni 2012 e precedenti per 24,4 mln di euro.

La regione e l'advisor hanno dichiarato che al 31/12 risultavano depositate dall'Istituto tesoriere nel conto intestato alla regione anche parte delle disponibilità liquide, circa 400 mln di euro, della sanità e per tale motivo sono state contabilizzate nell'SP come credito v/regione.

Tavolo e Comitato chiedono una relazione sulla situazione attuale.

Le risorse relative alla l. 210/92 (16 mln di euro) ad oggi non sono state ripristinate nel capitolo di spesa del bilancio regionale 4211103. Il Dipartimento bilancio ha comunicato che in caso di rimborso da parte dello Stato le stesse andranno a rimpinguare le somme precedentemente imputate a titolo di mera anticipazione effettuando le conseguenti compensazioni;

Tavolo e Comitato ribadiscono che tali somme non devono gravare sul FSR.

- Crediti v/Regione per finanziamento investimenti per 4,511 mln di euro. Sono relativi alle quote di cofinanziamento regionale negli investimenti in sanità (5%)
- Crediti v/Regione per ripiano perdite per 179,738 mln di euro derivanti dall'addizionale regionale IRPEF e IRAP, manovre regionali destinate alla copertura dei disavanzi di competenza 2011 e ante, iscritti nel bilancio regionale;

Tavolo e Comitato chiedono alla struttura commissariale di conoscere i tempi dell'erogazione di tali risorse al SSR.

- Crediti v/Regione per coperture debiti per un importo pari a 249 mln di euro circa corrispondente alla quota di mutuo che la regione deve ancora incassare e per la quale ha avviato la richiesta dell'erogazione di una ulteriore *tranche*.
- Crediti verso le aziende Sanitarie del SSR. Risultano pari a 0,1 mln di euro in quanto la regione ha effettuato il consolidamento di tale posta di bilancio attraverso l'elisione delle partite intercompany.

- Altre tipologie di crediti, per circa 162 mln di euro. La regione ha avviato nel corso del 2012 una verifica della consistenza delle partite creditorie. Nel corso dell'esercizio 2013 la regione concluderà l'attività e le aziende riporteranno nel prossimo bilancio di esercizio le risultanze della ricognizione.

DISPONIBILITÀ LIQUIDE. Sono pari a 200 mln di euro composti da 182 mln di euro da Istituto tesoriere (di cui 164 mln di euro di disponibilità delle aziende e 18,51 mln di euro di disponibilità della GSA), 0,3 mln di euro da Cassa e 17 mln di euro da conto corrente postale. La regione ha precisato che durante gli anni pregressi ha anticipato somme per la sanità relative alle quote premiali 2005 e 2007, nonché somme inerenti alle manovre fiscali regionali che risultano riportate nei residui attivi del bilancio regionale per un importo pari a 294 mln di euro. Al fine della determinazione della giacenza di cassa è stata effettuata una rilevazione dei dati su tutti i capitoli vincolati rientranti nel perimetro sanità, relativi per la parte entrata ai residui attivi e per la parte spesa ai residui passivi e perenti e ai residui di stanziamento. Dalla rilevazione effettuata si è rilevata una giacenza di cassa al 31/12/2012 pari a 452,61 mln di euro. Pertanto, con nota n. 216988 del 28/06/2013, come concordato con la ragioneria generale del dipartimento Bilancio, è stato richiesto di voler trasferire sul conto sanità all'1/01/2013 l'importo di 434,1 mln di euro (452,61-18,51).

Il Sole
24 ORE

PASSIVO

PATRIMONIO NETTO. E' pari a 53,020 mln di euro e risulta composto da:

- o Voce PAA000 fondo di dotazione per 59,556 mln di euro;
- o Voce PAA010 finanziamenti per investimenti per 446,610 mln di euro di cui:
 - 48,818 mln di euro per beni di prima dotazione;
 - 276,146 mln di euro per finanziamento investimenti (da Stato ex. Art. 20 l. 67/88 per 162,430 mln di euro e da altro per 113,716 mln di euro);
Tavolo e Comitato chiedono di conoscere la fonte del finanziamento per investimenti da altro.
 - 121,348 mln di euro da regione
 - 0,298 mln di euro da altri soggetti pubblici.
- o Voce PAA100 Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti per 10,2 mln di euro;
- o Voce PAA110 Altre riserve per 71,157 mln di euro;
- o Voce PAA170 contributi per ripiano perdite per 1.664,987 mln di euro che sono composti da:
 - 535,044 mln di euro per copertura debiti al 31/12/2005;
 - 263,809 mln di euro per contributi per ricostituzione risorse da investimenti di esercizi precedenti
 - 866,134 mln di euro per altro;
- o Voce PAA210 utili (perdite) portati a nuovo per -2.243,857 mln di euro
- o Voce PAA220 Utile d'esercizio per 44,367 mln di euro coincidente con quanto risultante dal modello CE;

FONDI PER RISCHI E ONERI. Sono pari a 360,152 mln, di euro di cui 97 mln di euro afferenti alla GSA, sono così composti:

- o 4,384 mln di euro da fondi per imposte;
- o 152,916 mln di euro da fondi per rischi, di cui 28 mln sono afferenti alla GSA. Tale ultimo valore è riconducibile a fondi rischi già accantonati al 31/12/2011 (31 mln di euro), agli utilizzi effettuati nel corso del 2012 (6 mln di euro) e ad una riclassifica (3 mln di euro) dalla voce fondi da distribuire alla voce fondi per rischi;

la regione fa presente che per le aziende per le quali risulta un valore consistente dei fondi rischi, è stato richiesto ai collegi sindacali di verificare la loro sussistenza.

- 36,015 mln di euro da fondi da distribuire, interamente afferenti alla GSA. Il valore è riconducibile a fondi rischi già accantonati al 31/12/2011 (45 mln di euro), agli utilizzi effettuati nel corso del 2012 (6 mln di euro) e ad una riclassifica (3 mln di euro) dalla voce fondi da distribuire alla voce fondi per rischi;
- 82,276 mln di euro da quote inutilizzate di contributi, di cui 31 mln di euro afferenti alla GSA. Tale ultimo valore è riconducibile all'accantonamento effettuato nel corso del 2012 per obiettivi di piano 2012;
- 84,561 mln di euro da altri fondi oneri e spese.

Tavolo e Comitato nel prendere atto di dette rilevazioni sollecitano la struttura commissariale a vigilare sulla corretta applicazione dei principi contabili da parte di tutte le aziende sanitarie della regione. Si ricorda, difatti, che l'articolo 29, comma 1 lettera g) prevede che: "lo stato dei rischi aziendali è valutato dalla regione, che verifica l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio degli enti. Il collegio sindacale dei suddetti enti attesta l'avvenuto rispetto degli adempimenti necessari per procedere all'iscrizione dei fondi rischi ed oneri ed al relativo utilizzo".

Il Sole **24 ORE**

DEBITI

- Debiti per mutui passivi per 2,284 mln di euro e risultano composti esclusivamente dalla quota residua del mutuo attivato dall'AO di Cosenza nel 2005 per l'acquisto di attrezzature sanitarie;
- Debiti v/Stato sono nulli sia nel consolidato regionale che nella GSA.
- Debiti v/Regione. Sono pari a 300,457 mln di euro, di cui 294 afferenti alla GSA. Tale debito esposto dalla GSA si riferisce a 181 mln di euro per acconto quota FSR (159 mln per quota integrativa FSR 2005, 1 mln per quota integrativa FSR 2006 e 21 mln per quota integrativa FSR 2007) e 113 mln di euro ad altri debiti verso Regione (20 mln per quote manovre fiscali regionali (IRPEF)-fiscaltà 2007, 64 mln per quote manovre fiscali regionali (IRPEF)-fiscaltà 2008 e 29 mln al riequilibrio disavanzo fondi FAS (delibera CIPE n. 1 del 06.03.2009));
Si rinvia a quanto precedentemente detto in merito ai crediti verso regione
- Debiti v/Aziende Sanitarie pubbliche sono pari a 2,086 mln di euro e rappresentano i debiti verso le aziende sanitarie fuori regione per prestazioni sanitarie e convenzioni non rientranti nella mobilità in compensazione extra-regione. Nella GSA sono iscritti 823,253 mln di euro e rappresentano le partite intercompany elise in sede di consolidato SP 999, di questi: 673 mln si riferiscono a debiti per quota FSR e 99 mln a debiti per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA.
- Debiti v/Comuni sono pari a 2,541 mln di euro;
- Debiti v/società partecipate o enti della regione sono pari a 6,028 mln di euro
La regione ha dichiarato che trattasi di un'assegnazione del 2009 prevista da una Delibera di Giunta per l'ARPA ma che non è stata recepita dal bilancio regionale;
- Debiti v/Fornitori sono pari a 1.695,955 mln di euro e rappresentano i debiti esposti dalle aziende nei confronti dei fornitori di Beni e servizi. L'aggregato contiene il debito nei confronti degli erogatori privati per 223,370 mln di euro di cui 9 mln afferiscono alla GSA;
- Debiti v/Istituto tesoriere sono pari a 292,423 mln di euro e rappresenta il debito delle anticipazioni di cassa rilevate dalle aziende.
- Debiti tributari sono pari a 51,447 mln di euro;
- Debiti verso istituti previdenziali sono pari a 71,831 mln di euro;
- Debiti v/Altri ammontano a 208,897 mln di euro e sono costituiti da debiti verso dipendenti per 127 mln di euro, verso gestioni liquidatorie per 2 mln di euro e altri debiti diversi per 80 mln di euro (di cui 20 mln di euro afferenti alla GSA).

Tavolo e Comitato prendono ancora una volta atto del miglioramento della tenuta delle scritture contabili soprattutto da parte della regione. Prendono altresì atto della ricostruzione dei crediti e dei debiti verso la regione e chiedono alla struttura commissariale di conoscere i tempi per l'erogazione delle risorse al SSR.

Ribadiscono ancora una volta che i fondi per l'attuazione della legge 210/92 non possono gravare sul FSR.

E. ANDAMENTO DEL I TRIMESTRE E STIMA A CHIUDERE 2013

Con riferimento alle informazioni contabili relative al I trimestre 2013 il subcommissario ha trasmesso una relazione redatta dall'advisor e condivisa dalla struttura commissariale.

Rispetto al I trimestre 2012 si evince quanto segue:

- i costi di personale presentano un decremento di 9,7 mln di euro. Sulla base delle tabelle B del I trimestre 2013, il personale presenta una riduzione di 198 unità rispetto al IV trimestre 2012;
- i prodotti farmaceutici presentano un aumento di circa 4,7 mln di euro;
- gli altri beni e servizi mostrano un incremento di circa 1,8 mln di euro. In particolare si segnala un aumento 1,7 mln di euro per premi assicurativi e 2,3 mln di euro imputabili ai contributi ex l. 210/1992;
- il valore degli accantonamenti è pari a 9,5 mln di euro con un aumento di 1,8 mln di euro imputabili principalmente ad accantonamenti per rischi;
- il personale convenzionato mostra un incremento di circa 0,2 mln di euro;
- la farmaceutica convenzionata risulta inferiore di 5,4 mln di euro dovuto principalmente alla centralizzazione della DPC distribuzione per conto e l'incremento della quota farmaci generici;
- le prestazioni da privato presentano una diminuzione di 7,2 mln di euro determinato principalmente alla definizione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera, l'assistenza ambulatoriale, l'assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria e per l'assistenza termale che tengono conto delle disposizioni della Spending review di cui alla l. 135/2012;

L'advisor ha fornito una stima ponderata del disavanzo 2013, che risulterebbe pari a circa 68 mln di euro.

La bozza di Programma operativo 2013-2015 di cui al successivo paragrafo riporta un risultato tendenziale di -102,822 mln di euro e un risultato programmato di -54,299 mln di euro.

Si ricorda che la leva fiscale da massimizzazione delle aliquote fiscali presenta una stima di gettito di 117,098 per l'anno d'imposta 2014, che copre il risultato dell'anno contabile 2013,

Il Sub commissario ha dichiarato che nel corso del 2013 saranno attivate delle azioni specifiche per l'applicazione della Spending Review che ad oggi non ha avuto i risultati attesi.

F. VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO DI RIENTRO

SITUAZIONE EROGAZIONE DEI LEA

Prima di entrare nello specifico della verifica dell'attuazione di quanto previsto nel Piano di rientro si fornisce, di seguito, un aggiornamento della situazione sull'erogazione dei LEA, del periodo 2009-2012, così come si evince dai dati in possesso del Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute.

Regione Calabria											
Livelli di assistenza	2009*		2010*		2011*		2012****		**Atto progr.	Valori di rif.	Fonte
Assistenza Ospedaliera	Valore	Tasso	Valore	Tasso	Valore	Tasso	Valore	Tasso	Valore	Tasso	
Valore annuale											
Totale dimissioni	364.278	182,4	363.163	180,8	346.589	171,7	320.975	162,6			160 *1.000 ab.
N. di dimissioni in DO	257.174	(128,5)	258.411	(128,3)	244.317	(120,5)	227.047	(114,5)			
N. di dimissioni in DH	107.104	(53,9)	104.752	(52,5)	102.272	(51,2)	93.928	(48,1)			
Incidenza dimissioni in DH sul totale dimessi	29%		29%		30%		29%				25%
POSTI LETTO***											
Totale n. PL	7.693	3,90	7.560	3,75	6.891	3,52	6.256	3,19	6.269	3,10	3,7 *1.000 ab.
N. PL acuti	6.752	(3,40)	6.619	(3,29)	6.016	(3,08)	5.477	(2,80)	5.019	(2,50)	3,0 *1.000 ab.
N. PL post acuzie	941	(0,50)	941	(0,46)	875	(0,44)	779	(0,40)	1.250	(0,60)	0,7 *1.000 ab.
INAPPROPRIATEZZA											
Tasso ospedalizzazione 108 DRG (Patto per la salute 2010-2012)		25,64		24,22		21,27		20,65			≤ 23
T.O. over 75 anni per 1.000 ab. Anziani	70.355	(375,4)	73.769	(385,3)	71.229	(364,0)	60.390	(310,0)			392,90 (anno 2011)
Degenza media pre-operatoria		2,17		2,24		2,16		2,08			1,85
Assistenza Territoriale											
Assistenza domiciliare											
% anziani assistiti in ADI	2,55		2,82		2,87		3,18				≥ 4%
Assistenza residenziale e semiresidenziale											
N. PL in RSA (N. PL in RSA per 1.000 ab. Anziani)	1.048	(2,8)	1.346	(3,6)	1.389	(3,7)	1.472	(3,9)			≥ 10
N. PL residenziali e semiresidenziali per riab., disabili fisici e psichici (N. PL res. e semires. per riab. disabili fisici e psichici per 1.000 ab.)	1.117	(0,6)	1.340	(0,7)	1.094	(0,5)	1.164	(0,6)			≥ 0,6
N. Posti letto Hospice (sul totale deceduti per tumore per 100)	20	(0,5)	7	(0,2)	7	(0,2)	27	(0,6)			≥ 1
N. PL residenziali per pazienti di Salute Mentale (N. PL residenziali per pazienti di Salute Mentale per 10.000 ab.)	353	(1,8)	301	(1,5)	322	(1,6)	342	(1,7)			3,6
Prevenzione											
Screening oncologici											
quota di residenti che hanno effettuato test di screening oncologici (tumori mammella, cervice uterina, colon retto) in programmi organizzati (punteggio griglia Lea)	4		2		2		2				Scostamenti ≥ 9 Normale 7-8 Minimo 5-6 Rilevante ma in miglioramento 0-4 Non accettabile
Griglia LEA											
Punto e) Erogazione dei LEA	88		99		128						≥ 160 Adempiente

Banca dati nazionale del Ministero della Salute (SIS)

*Dati presenti nella banca nazionale al: 12/07/2013

**Bozza di PO 2013-2015

***Dati rilevati al 1 gennaio dell'anno successivo la rilevazione (Es. 2009 dati al 01.01.2010)

****Dati provvisori in quanto non pervenuti i dati di diverse strutture pubbliche e private

Si rappresenta che non è stato possibile inserire i dati sui posti letto al 1/1/2013 in quanto mancanti di numerosi istituti pubblici e privati accreditati

Dalla lettura del prospetto si evince un decremento dell'ospedalizzazione totale a partire dal 2009, il cui tasso si colloca al 2012 lievemente al di sopra del valore di riferimento riportato dall'articolo 15, comma 13, lettera c) del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012 n. 135. Si osserva altresì una consistente riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriata se erogati in modalità ordinaria. Il valore della degenza media pre-operatoria, indicatore di efficienza nella gestione del percorso preoperatorio e di efficace pianificazione dell'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica, pur mostrando un decremento nel tempo si mantiene invece, nel 2012, al di sopra del valore medio nazionale. La dotazione di posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie risulta pari a circa 0,4 posti letto per 1.000 residenti al 1° gennaio 2013. Per quanto riguarda la situazione relativa all'erogazione di assistenza territoriale, l'ultimo aggiornamento disponibile degli indicatori evidenzia una quota di anziani assistiti a domicilio inferiore all'atteso, come da valore definito adeguato dal Comitato Lea, ed una dotazione insufficiente di posti letto presso RSA per anziani, seppure entrambi gli indicatori mostrino un lieve incremento a partire dal 2009. Si evidenzia, altresì, una dotazione insufficiente di posti letto presso strutture residenziali destinate all'assistenza psichiatrica o presso strutture di tipo hospice. Per queste ultime si rileva un significativo aumento rispetto all'anno precedente.

A completamento della situazione sopra descritta, si rilevano criticità nell'erogazione di servizi afferenti all'area della prevenzione, con particolare riferimento all'area degli screening, come si evince dalla bassa quota di residenti che hanno effettuato test di screening oncologici in programmi organizzati.

ADOZIONE DEI PROGRAMMI OPERATIVI 2013-2015

Nelle riunioni dell'8 aprile 2013 Tavolo e Comitato avevano chiesto alla Regione l'adozione dei Programmi Operativi per l'anno 2013-2015 entro il 10 maggio 2013.

A riguardo la Regione ha trasmesso uno schema dei Programmi Operativi (prot. 305_13 del 05.07.2013).

Il documento è tutt'ora in istruttoria e sarà emanato uno specifico parere, anche alla luce della verifica della idoneità del provvedimento a superare le criticità evidenziate nei pareri e nei verbali di verifica dell'attuazione del Piano di rientro, nonché le inadempienze valutate dal Comitato LEA.

Da una prima valutazione, e fermo restando quanto verrà dettagliato nel parere, è possibile evidenziare alcune considerazioni che sono riportate di seguito.

Inoltre, analogamente a quanto avviato con le altre regioni che stanno proseguendo il loro PdR/PO, si terranno apposite riunioni di affiancamento volte a superare le criticità dei PO presentati. Con l'occasione si chiede alla regione di predisporre uno schema analitico degli obiettivi, con le relative azioni, la tempistica e gli indicatori di processo e di risultato, come da schema allegato.

Tavolo e Comitato in generale rilevano che:

- all'inizio del documento viene riportato un riferimento normativo errato, laddove si rinvia alla norma relativa alla presentazione di un nuovo piano di rientro finalizzato anche a porre fine alla gestione commissariale (pag. 8);
- all'interno dello scenario regionale, laddove si fa riferimento all'assistenza ospedaliera, si evidenzia che i numeri riportati non sono in linea con quelli dal sistema NSIS, riportati anche nella tabella relativa ai livelli di assistenza nel verbale del 4 aprile 2013;
- per alcuni programmi (es. accreditamento istituzionale, piano riorganizzazione dei laboratori) manca una definizione puntuale ed organica delle azioni da intraprendere; gli indicatori sono eccessivamente generici e fanno riferimento ad azioni quali l'adozione di generici provvedimenti, senza alcun riferimento a concrete variazioni in termini di risultato misurabile (es. numero di laboratori aggregati a seguito dell'applicazione del piano di riorganizzazione; variazione numero medio esami/paziente);
- in ogni programma operativo devono essere riportate le osservazioni espresse dai Ministeri affiancanti e le azioni individuate al fine di superare le criticità emerse nei pareri e nei verbali (ES. rete ospedaliera, accreditamento, Protocollo d'intesa con le università CAPT e Case della Salute);
- in relazione ad alcune azioni (es. nel programma relativo alla Governance del PO) il documento prevede un non ben precisato rinvio ad un successivo atto. E' necessario dettagliare azioni e tempistiche;
- alcuni degli interventi previsti per il primo semestre 2013 non sono stati attuati, per cui la tempistica va aggiornata;
- manca qualsiasi riferimento agli adempimenti LEA;
- mancano gli allegati richiesti nelle Linee di indirizzo.

SCENARIO REGIONALE

Lo schema di PO prevede un capitolo dedicato a delineare il contesto demografico, raffrontato anche alle altre regioni italiane, e a descrivere lo stato attuale della domanda sanitaria e dell'offerta dei servizi.

Nel rinviare al parere che verrà reso si evidenzia preliminarmente la mancanza di indicatori epidemiologici specifici che identifichino il fabbisogno di prestazioni nelle sub-aree regionali (es: mortalità per causa; ricoveri per DRG; etc.).

Modello tendenziale

I tendenziali sono stati sviluppati sulla base di schemi propri della regione e non sulla base degli appositi schemi predisposti dai Ministeri affiancanti. Ciò comporta una difficoltà nel valutare le modalità di costruzione degli stessi, in relazione all'adozione di aggregazione delle voci specifiche. Mancano i modelli CE, e LA di dettaglio.

In via ulteriore si evidenzia che il PO è sviluppato su tre diversi scenari tendenziali (T1, T2 e T3) dei quali il T3 dovrebbe rappresentare la base su cui applicare le manovre regionali addizionali attraverso le quali si giunge alla definizione dello scenario programmatico.

Si chiede pertanto di definire un solo modello tendenziale programmato e di utilizzare gli schemi contenuti nelle linee di indirizzo appositamente redatte dai Ministeri affiancanti sia per i modelli analitici che per il prospetto di sintesi.

Inoltre, in relazione alle riclassifiche operate su singole voci di costo in sede di consuntivo 2012, appare necessario provvedere alla rideterminazione del modello tendenziale, e conseguentemente del modello programmato, in relazione agli effettivi costi consuntivati per l'anno 2012.

Nel dettaglio si rappresenta quanto segue:

RICAVI

FSN indistinto: la quota indistinta del FSN appare sostanzialmente correttamente valutata. Sembrerebbero non incluse le risorse per OPG e emersione immigrati (MANCHEREBBERO CIRCA 6 MLN DI EURO). I calcoli vengono sviluppati sulla base di una percentuale di accesso del 3.21 mentre dovrebbe essere pari al 3.27%.

FSN vincolato: mantenuto pari al valore 2012.

Saldo mobilità: mantenuto pari al valore 2012. Si rileva come nel tendenziale il saldo di mobilità non sia evidenziato ma sia scontato nel livello complessivo del finanziamento (la relativa voce "saldo di mobilità è valorizzata a zero). Tale rappresentazione non è coerente con le disposizioni del Dlgs 118/2011. Si ricorda che la regione si era impegnata a dare separata evidenza ai saldi di mobilità anche sul bilancio regionale oltre che sui modelli CE.

Entrate proprie: Il Programma Operativo dichiara che sono previsti impatti sulle voci dei rimborsi per payback derivanti dagli interventi previsti dal DL 95/2012. Tali impatti non risulterebbero comunque valorizzati (pagina 46).

Non risulterebbe valorizzato l'impatto dell'introduzione del **ticket** da DI 98/2011. Tale misura è stata dichiarata incostituzionale dalla Corte Costituzionale (sentenza 187/2012). In conseguenza di ciò il mancato gettito verrà compensato con un adeguamento del livello del FSN (stima di 65 mln di euro basata su quota accesso Calabria).

Si rappresenta che non sono valorizzate le voci relative al saldo intramoenia né la rettifica per contributi in c/esercizio destinati a investimento (entrambe le voci sono valorizzate sull'anno 2012).

Viene riportato (presumibilmente) il saldo fra il valore degli accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati, posto pari al dato 2012 e la voce di rettifica in entrata che riporta a nuovo i contributi non impiegati in anni precedenti (pari a zero nel IV trimestre 2012). Si rileva che le modalità di costruzione dei tendenziali relativamente a tale voce non risultano corrette, in quanto le due voci dovrebbero avere separata evidenza in maniera da consentire la valutazione dei riporti di fondi da anni precedenti e la quota di fondi vincolati non impiegati nell'esercizio in corso.

COSTI

Personale: Non risulta inglobata nei tendenziali la corresponsione della IVC anno 2015, nella misura dello 0.5077% (primo anno della nuova tornata contrattuale).

Con riferimento allo scenario Programmatico, viene quantificata una manovra sull'aggregato pari a circa 32 mln di euro. Non vi sono indicazioni circa i parametri di valutazione di tali risparmi (tassi di cessazioni, etc); inoltre la manovra sconta anche lo sblocco del turnover al

15%. Al riguardo si rappresenta in ogni caso che, in relazione al disavanzo non coperto relativo all'anno 2012 e precedenti, sulla base di quanto valutato nella riunione dell'8 aprile 2013, sulla base della legislazione vigente opera nuovamente il blocco automatico del turn over fino al 31/12/2015..

Prodotti farmaceutici: è previsto una crescita dell'aggregato in misura pari al 3% annuo. Tale dinamica non appare consistente con la crescita media osservata dall'aggregato nell'ultimo triennio (9%). Conseguentemente, il quadro tendenziale ipotizzato appare sottostimato e comunque non improntato a criteri di prudenzialità.

Con riferimento allo scenario Programmatico, non sono chiaramente esplicitati i parametri sulla base dei quali si perviene ai risparmi ipotizzati.

Beni e servizi: è previsto un tasso di crescita annuo del 3%, coerente con la dinamica fatta osservare negli ultimi anni.

Nel PO si dichiara di aver scontato la riduzione del 10% su beni e servizi prevista dal DL 95/2012. Tale misura sembrerebbe scontata nel tendenziale T3, non riportato nel documento.

In ogni caso, non sono indicati i parametri di valutazione dei risparmi ipotizzati.

Ammortamenti e costi capitalizzati. La voce viene valorizzata a saldo, non consentendo di valutare le quantificazioni delle due voci. In ogni caso si rileva come il dato sia costruito a partire dai dati di consuntivo 2011, cui è stato aggiunto l'ammortamento dei beni entrati in produzione nell'anno 2012. Quest'ultima componente è stata valorizzata sulla base di una ricognizione della regione sugli investimenti fatti, con il supporto dell'advisor. Anche in questo caso sarebbe auspicabile partire dai dati di consuntivo 2012 verificati dalla regione.

Accantonamenti: Il PO riporta che la voce è posta pari al dato di IV trimestre 2012.

In realtà il dato del 2013 è superiore di circa 30 mln di euro rispetto al dato del 2012 e la voce risulta in ulteriore crescita negli anni successivi.

Si rappresenta, inoltre, che il dato degli accantonamenti nello scenario programmatico per il 2013 e il 2014 è pari a circa la metà di quanto contabilizzato sul 2012 mentre il 2015 ha un valore prossimo a quest'ultimo. Il PO non fornisce elementi interpretativi delle dinamiche sopra riportate.

In aggiunta a quanto precedentemente osservato, il PO non menziona gli accantonamenti per l'IVC 2015 per il personale convenzionato, nella misura dello 0.5077%, analogamente a quanto previsto per il personale dipendente. L'importo è stimabile in circa 1.5 mln di euro.

Farmaceutica convenzionata: il valore è posto prudenzialmente pari al dato 2012. Nello scenario programmatico è scontato l'impatto del Dl 95/2012 (che più correttamente avrebbe dovuto essere scontato nel tendenziale) nonché ulteriori misure regionali. Non sono riportati dati di supporto alla valutazione della corretta quantificazione dei risparmi ipotizzati.

Ospedaliera e specialistica da privato: lo scenario tendenziale T3 (non riportato) sconta una riduzione dello 0.5% per gli anni 2013 e 2014 in applicazione del Dl 95/2012. Tale riduzione è inferiore rispetto a quella prevista dal Dl 95/2012 pari all'1% per l'anno 2013 e al 2% a decorrere dal 2014. In relazione a ciò, i tendenziali scontano risparmi inferiori rispetto a quelli che si dovrebbero rilevare in virtù della sola applicazione del DL 95/2012.

Altre prestazioni da privato: è stato applicato un tasso di crescita del 3%. Tale tasso non appare pienamente consistente con il tasso di variazione medio annuo della spesa nel periodo 2011/2009 (+5%); tale periodo di variazione è stato assunto in riferimento alla omogeneità del modello di rilevazione e alla conseguente assenza di eventuali riclassificazioni legati al nuovo modello edizione 2012.

Conclusivamente è necessario che la struttura commissariale riveda la base di calcolo dello scenario tendenziale ed adegui lo stesso alle osservazioni effettuate. E' necessario inviare gli schemi sintetici e analitici richiesti dai Ministeri affiancanti.

1. GOVERNO DEL SISTEMA (Programmi 1 e 2 Linee di indirizzo)

1.1 Governance del Piano di Rientro (Programma 1)

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica dell'8 aprile 2013 avevano ribadito la richiesta di essere informati in merito all'organizzazione regionale di supporto alla struttura commissariale nell'attuazione del piano di rientro e in merito alle attività di collaborazione e di supporto.

La struttura commissariale, in relazione a tale richiesta, aveva dichiarato che avrebbe prodotto una relazione. Ad oggi la relazione non è stata trasmessa.

Tavolo e Comitato restano in attesa della relazione richiesta.

Nello schema di PO 2013-2015 per lo più si rinvia ad altri provvedimenti l'individuazione di azioni relative alla governance. Per rafforzare la gestione del contenzioso è previsto:

- un Coordinamento fra le varie aree interessate;
- un sistema informativo di monitoraggio;
- uno specifico supporto nella fase di redazione degli atti;
- l'avvio di riunioni di coordinamento per l'attività di difesa.

Si rinvia al parere.

1.2 Attuazione del D.Lgs. 118/11 (Programma 2) e Certificabilità bilanci SSR (programma 3)

La regione ha inviato:

- Decreto n. 77/13 (prot. 249_13 del 18.06.2013) avente ad oggetto: "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità" - Nomina soggetti responsabili - Adesione al Progetto Definito dall' Agenas a supporto delle Regioni per la definizione del Percorso".
- Una nota (prot. 271_13 del 04.07.2013), in risposta alle osservazioni sull'applicazione del D.Lgs. 118/11, con la quale si trasmette il Decreto Dirigenziale n. 9604/13 avente ad oggetto: "Approvazione perimetrazione capitoli di entrata e spesa del Bilancio Sanità. Art. 22 del Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118".
- Decreto n. 96/13 (prot. 293_13 del 04.07.2013) avente ad oggetto: "Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze 1° marzo 2013 recante Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità - Approvazione PAC regionale".
- Rendiconto finanziario al 31/12/2012 (prot. 294_13 del 05.07.2013) e relazione di accompagnamento.

Lo schema di PO prevede la nomina del responsabile PAC, la predisposizione dei PAC aziendali e regionali, lo svolgimento di controlli trimestrali e della redazione dei relativi report per valutare il rispetto dei PAC.

Lo schema di PO richiamando il provvedimento di nomina del responsabile GSA e del dirigente che gestisce il raccordo tra contabilità finanziaria e contabilità economico patrimoniale individua i rispettivi compiti (aggiornamento linee guida applicazione 118). Lo schema di PO individua anche i flussi informativi periodici nei confronti della Aziende Sanitarie e nei confronti del Bilancio Regionale.

Si rinvia al parere.

1.3 Contabilità analitica (Programma 6)

La struttura commissariale ha trasmesso (prot. 281_13 del 04.07.2013) il Decreto Dirigenziale n. 9607/13 di nomina del Responsabile della contabilità analitica ai sensi della lettera "N)

Contabilità analitica" del documento adempimenti LEA 2012 e il decreto dirigenziale di approvazione della perimetrazione dei capitoli di entrata e di spesa del Bilancio Sanità.

Inoltre ha inviato il prot. 307, contenente una nota che descrive l'aggiornamento delle attività relative all'adozione della contabilità analitica a livello delle singole aziende ed a livello regionale. Dalla nota predetta si evince come la Regione ha adottato la DGR 578/2012 e si realizzerà una contabilità analitica in tutte le Aziende del S.S.R., nonché un rafforzamento del ruolo delle strutture di Controllo di gestione. Le Aziende del Servizio sanitario devono ancora adottare, però, con un atto formale del Direttore generale, il proprio piano dei centri di costo e responsabilità, coerente con l'organizzazione locale ed in linea con il livello minimo di aggregazione richiesti nel Piano dei centri di rilevazione regionale.

Nonostante sia proseguita l'attività intrapresa con il progetto LA, a seguito dell'intervento dell'Agenas, si ritiene alla luce di quanto esposto la Regione tuttora inadempiente per l'anno 2011 e si resta in attesa di verificare per il 2012 il cronoprogramma delle azioni che verranno poste in essere per il conseguimento degli obiettivi in materia di COAN.

Nello schema di PO sono previsti diversi interventi:

- la predisposizione del nuovo piano dei centri costo delle Aziende
- la predisposizione del nuovo piano dei fattori produttivi aziendali
- la definizione di una procedura di programmazione e controllo di gestione delle aziende sanitarie
- l'attivazione di un processo di valutazione aziendale coerente con i centri di costo realizzati dalle Aziende
- la realizzazione dei prospetti di quadratura trimestrale delle aziende sanitarie
- la verifica del grado di implementazione della contabilità analitica di ciascuna azienda di misurare e valorizzare gli scambi interni
- la creazione di flussi aziendali regionali per fattori produttivi

Si rinvia al parere.

2. FLUSSI INFORMATIVI (Programma 4 Linee di indirizzo)

Relativamente alla verifica adempimenti la regione è inadempiente ai punti c) obblighi informativi e m) conferimento dati al SIS dall'anno 2007.

Per l'anno 2011 è inadempiente anche relativamente a :

- av) acquisizione dati NSIS-EMUR
- aw) acquisizione dati NSIS-SIAD
- ax) acquisizione dati NSIS-FAR
- aab) acquisizione dati NSIS-SISM

2.1 Tessera sanitaria (Programma 4)

Tavolo e Comitato nella riunione dell'8 aprile 2013 avevano confermato il miglioramento della percentuale dei medici invianti i dati delle ricette che, alla data del 12/3/2013, aveva raggiunto il 70%.

La Regione ha trasmesso una nota (prot. 148_13 del 04.04.2013) in riferimento all'invio telematico delle ricette da parte dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. Esito parere: Si prende atto

Si conferma il miglioramento della percentuale dei medici invianti che a maggio 2013 risulta pari all'84%. Risultano criticità circa la qualità delle ricette trasmesse in quanto il 4% presenta un codice ricetta errato, non viene mai riportato il codice diagnosi e il 14% delle ricette non vengono inviate nei tempi previsti.

Nello schema di PO 2013-2015 sono previsti vari interventi, fra i quali:

- la definizione di una tecnostruttura regionale con l'obiettivo di ottenere in tempi brevi informazioni (sanitarie ed economiche) utili ai diversi attori del sistema
- la definizione del sistema informativo Sec- SISR
- misure relative alla telemedicina
- l'attuazione del DPGR 101/2011 relativo al nuovo sistema informativo
- azioni per l'implementazione del Fascicolo Sanitario elettronico
- azioni volte al potenziamento tecnologico
- azioni per il miglioramento del flusso tessera sanitaria
- azioni per la graduale dematerializzazione della ricetta cartacea
- l'avvio di incontri con SOGEI per il miglioramento degli adempimenti ex. Art.50
- inserimento dell'invio al Sistema tessera Sanitaria tra gli obiettivi dei Direttori Generali
- piani di formazione per i referenti di ASP e AO
- la definizione di un sistema integrato di indicatori per la valutazione delle performance dei setting assistenziali

Lo schema di PO fa riferimento ad una nuova organizzazione intrapresa nel mese di maggio/giugno 2012 che prevede l'individuazione di un referente unico aziendale per la gestione dei flussi informativi e la rivisitazione dei rapporti e delle interazioni all'interno del Dipartimento con l'istituzione della Tecnostruttura prevista con decreto n. 11422 del 9 agosto 2012. Gli operatori della Tecnostruttura risultano essere ancora gerarchicamente inquadrati all'interno del settore/servizio di appartenenza mentre funzionalmente tale organismo si pone quale obiettivo principale la gestione e la Governance dei flussi informativi e l'assolvimento di tutti gli adempimenti necessari al buon funzionamento di tutte le articolazioni che interagiscono con la direzione generale. I flussi sono raggruppati in tre ambiti distinti di gestione funzionale: Flussi NSIS, Mobilità, Controlli dell'appropriatezza prescrittiva e delle prestazioni.

La regione intende rendere operativa la Tecnostruttura con il suo rafforzamento in termini di risorse specifiche. Le risorse umane e professionali potranno provenire dalle aziende o dal dipartimento.

Infine si osserva che si fa riferimento alla possibilità di ricorrere ad un art. 79, senza specificare il riferimento normativo, per il finanziamento di progettualità specifiche per il miglioramento dei flussi. La tempistica è indicata genericamente in breve e medio termine.

In merito al programma relativo a Tessera sanitaria si rappresenta quanto segue:

- Programma 4.1 occorre prevedere che l'analisi regionale e delle ASL per monitoraggio delle prestazioni sanitarie di farmaceutica e specialistica ai fini dell'appropriatezza prescrittiva e l'analisi dell'assistenza farmaceutica sia effettuata tramite i dati del Sistema TS;
- P4.4 (pag 73) Obiettivi 5, 6 e 7: occorre allineare i relativi "tempi di realizzazione" a quanto convenuto con il cronoprogramma di cui alla nota RGS n. 86393 del 16/10/2012: 50% entro il 2013, 80% entro il 2014 e 90% entro il 2015.

Si rinvia al parere

ACCREDITAMENTO (Programma 5 Linee di indirizzo)

Nel corso della precedente riunione Tavolo e Comitato avevano espresso parere negativo sul Decreto del Commissario ad acta che disciplina le modalità per il rilascio di nuovi provvedimenti di autorizzazione sanitaria all'esercizio.

La regione ha trasmesso una nota (prot. 241_13 del 12.06.2013) di risposta alle osservazioni che i ministeri hanno avanzato con parere 213/13.

Poiché la nota non supera le criticità riscontrate, si rinvia al parere dato in precedenza con il prot. 213_13P.

In merito alla disciplina dell'accreditamento, la regione ha trasmesso il Decreto n. 44/13 (prot. 147_13 del 29.03.2013) di recepimento dell'intesa Stato-Regioni "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012". Esito parere: *Si esprime parere favorevole al decreto. si chiede che nel programma operativo 2013-2015 vengano declinati gli impegni relativi alle procedure di accreditamento, in modo chiaro e con un cronoprogramma realizzabile tenendo conto dei pareri ministeriali. (prot. 193_13)*

La regione ha anche istituito con Decreto n. 66/13 (prot. 202_13 del 27.05.2013) la task force per la revisione della normativa regionale dell'accreditamento. Esito parere: *Si chiede di integrare il provvedimento come da parere e si resta in attesa del redigendo programma operativo*

Relativamente alla verifica adempimenti per il punto ah) accreditamento la regione è inadempiente per l'anno 2011.

Con Decreto 67/13 (prot. 214_13 del 29.05.2013) la regione ha recepito l'accordo Stato-Regioni relativo alle Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti. Esito parere: *Si prende atto*

Tavolo e Comitato avevano anche chiesto che, con il predisponendo programma operativo, venissero declinati gli impegni relativi alle procedure di accreditamento, in modo chiaro e con un cronoprogramma realizzabile, tenendo conto dei pareri ministeriali.

Nello schema di PO vengono richiamati gli atti già adottati per la definizione del fabbisogno, non è prevista alcuna azione, anche di revisione o verifica del fabbisogno, nell'arco del triennio.

Nello schema di PO viene richiamato l'iter delle procedure seguite per l'accreditamento delle strutture (*ope legis* per le strutture pubbliche – accreditamento definitivo ex DPGR 1/11 per le strutture private).

Non vi è alcun riferimento alle diverse criticità evidenziate nei pareri e nei verbali (anche di un Incontro Tecnico di Affiancamento), né conseguentemente alcuna proposta volta a individuare un percorso risolutivo delle stesse. Sono previste solo alcune generiche azioni finalizzate alla revisione della vigente normativa.

3. RAPPORTI CON GLI EROGATORI PRIVATI E RELATIVE TARIFFE (Programma 7 Linee di indirizzo)

3.1 Appropriatezza

Nella riunione dell'8 aprile 2013, Tavolo e Comitato avevano valutato, dalla sottoscrizione del Piano di Rientro, un decremento dell'ospedalizzazione totale e un miglioramento in termini di appropriatezza organizzativa. Ciò nonostante evidenziavano che potevano essere realizzati maggiori interventi di efficientamento del sistema, ad esempio contraendo il numero di giornate di degenza pre-operatoria.

Relativamente alla verifica adempimenti la Regione è inadempiente per il punto g) appropriatezza, per l'anno 2011, e per il punto am) cartelle cliniche è inadempiente dal 2010..

La struttura commissariale con il Decreto n. 71/13 (prot. 218_13 del 29.05.2013) ha approvato scheda Registro NAD Regionale Obiettivo

Tavolo e Comitato rilevano che il provvedimento non presenta linee guida di supporto alla registrazione dei dati. Inoltre evidenziano che dall'archivio SDO 2012, seppure non ritenuto ancora definitivo essendone in corso la validazione, in Calabria la modalità di dimissione protetta, ossia al domicilio del paziente con attivazione dell'ospedalizzazione domiciliare, è pressoché inesistente per i pazienti sottoposti in struttura ospedaliera a: "Infusione enterale di sostanze nutrizionali concentrate" (cod. 96.6 ICD-9- CM) ed "Infusione parentelare di sostanze nutrizionali concentrate" (cod. 99.15 ICD-9-CM). In virtù di tali dati si chiedono informazioni rispetto all'integrazione ospedale territorio nell'erogazione di tali prestazioni.

Nella proposta di PO i provvedimenti relativi al miglioramento dell'appropriatezza sono previsti nella sezione riguardo alle tariffe mentre gli interventi relativi alle azioni controllo sono previsti nella sezione che riguardano la definizione dei contratti.

Si rinvia al parere

3.2 Contratti con gli erogatori privati

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica dell'8 aprile 2013 avevano ribadito il permanere di criticità in relazione:

- ai contratti che non hanno recepito alcune osservazioni dei Ministeri;
- alla mancata trasmissione di un report contenente il raffronto tra budget 2011, produzione riconosciuta 2011, budget 2012 e valore programmatico, anche al fine di valutare l'attuazione del DL 95/12;
- alla quota di compartecipazione per le prestazioni sociali anche per una adeguata procedura di fissazione dei tetti delle prestazioni socio sanitarie;
- mancato aggiornamento sullo stato di sottoscrizione dei contratti;
- alla struttura CNR, se fosse accreditata per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'anno 2012.

La regione ha trasmesso i Decreti 41/13 (prot. 140_13 del 21.03.2013), 60/13 (prot. 196_13 del 23.05.2013) e 65/13 (prot. 201_13 del 27.05.2013) che definiscono rispettivamente i tetti per l'anno 2013 per l'assistenza termale, per l'assistenza territoriale sanitaria e socio sanitaria e per l'assistenza specialistica.

Tavolo e Comitato, nel rinviare al parere sul programma operativo la verifica della congruità di tali manovre con la programmazione prevista, rilevano che:

- **per i tetti delle prestazioni socio-sanitarie:**
 - non sono pervenuti i chiarimenti richiesti, con parere 89P/2013, rispetto alla definizione dei tetti di spesa per l'anno 2012;
 - la riorganizzazione della rete territoriale e la definizione del relativo fabbisogno, ancorché previsti dal Piano di rientro, non sono stati ancora attuati;
- **per i tetti delle prestazioni di specialistica ambulatoriale:**
 - non sono pervenuti i chiarimenti richiesti, con parere 139P/2013, rispetto alla definizione dei tetti di spesa per l'anno 2012;
 - sono necessarie informazioni di dettaglio relativamente all'attuazione delle disposizioni del D.L. 95/12 per l'anno 2013 e un report sullo stato di sottoscrizione dei contratti;

- **la riorganizzazione della rete delle strutture che erogano prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio e il relativo fabbisogno, ancorché previsti dal Piano di rientro e dalla legge finanziaria per il 2007, non sono stati ancora attuati.**

In relazione alla definizione dei tetti per la specialistica ambulatoriale è pervenuta anche la nota (prot. 266_13 del 02.07.2013) del sub commissario Pezzi, in merito alla quale si rimanda alla premessa.

La regione ha inoltre trasmesso il Decreto n. 68/13 (prot. 215_13 del 29.05.2013) che recepisce l'Accordo - quadro tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la definizione delle modalità di erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria da parte dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli infortuni sul Lavoro (INAIL) Esito parere: Si prende atto

3.3 Tariffe (Programma 7)

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica dell'8 aprile 2013 avevano preso atto della proroga della validità del nomenclatore tariffario provvisorio regionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio e avevano richiesto chiarimenti in merito: all'impatto sulla spesa e alle azioni intraprese ai sensi dell'art. 15 comma 15 del D.L. 95/12; alla determinazione dei valori soglia per i ricoveri diurni relativi alle prestazioni di riabilitazione ospedaliera; alle motivazioni in base alle quali la regione, nel recepire il tariffario, non abbia considerato l'articolazione delle tariffe per classi di erogatori, riconoscendo tariffe inferiori agli erogatori che presentano caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento istituzionale, di minore complessità, né abbia previsto di adottare tariffe ridotte ai fini della promozione dell'appropriatezza e dei processi di deospedalizzazione.

La struttura commissariale ha trasmesso una nota di chiarimenti (prot. 278 del 04.07.2013), in risposta ai rilievi evidenziati nella riunione dell'8 Aprile 2013 dove informa i Ministeri relativamente alle prossime attività che porrà in essere in relazione alla definizione delle tariffe (valutazioni sulla articolazione delle tariffe per classi di erogatori; determinazione dei valori soglia per gli abbattimenti tariffari). Inoltre la struttura commissariale dichiara che la valutazione dell'impatto del tariffario adottato per la specialistica ambulatoriale, applicato sulle prestazioni del 2012, ha comportato una riduzione di spesa del 14%.

Tavolo e Comitato restano in attesa dei successivi atti di programmazione così come dichiarato nella nota per dare completa attuazione a quanto previsto dal dm 18 ottobre 2012

La regione ha inviato anche lo schema di decreto di definizione delle tariffe provvisorie per le prestazioni rese dalle strutture di assistenza territoriale extraospedaliera.

Tavolo e Comitato nel rinviare al parere reso valutano negativamente lo schema di decreto e evidenziano che

- **non è possibile prevedere una differenziazione di rette per le varie strutture territoriali determinate in relazione al tipo di contratto collettivo nazionale di lavoro di categoria applicato da ogni singola struttura. Atteso che la struttura commissariale afferma di aver operato in tal modo in applicazione di una norma regionale, peraltro non specificata, si ritiene che la stessa, essendo in contrasto con l'ordinamento nazionale e con i principi del piano di rientro, debba essere abrogata. Pertanto si invita il Commissario a porre in essere la procedura di cui all'articolo 2, comma 80, della legge 191/2009 al fine di individuare puntualmente**

tutti i provvedimenti regionali in materia in contrasto con la normativa nazionale vigente e con il Piano di rientro per la conseguente rimozione.

- **è necessario chiarire cosa si intenda quanto si afferma che “ai fini della determinazione della tariffa è stato considerato il margine di remunerazione dell’attività d’impresa”**
- **confrontare le tariffe con i costi standard delle stesse prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome**
- **adeguare la normativa relativa alla compartecipazione del Comune/utente con la normativa nazionale**

La struttura commissariale ha trasmesso anche la nota (prot. 300_13 del 05.07.2013) con la quale si trasmettono l'ordinanze del TAR n. 743/13 e 744/13, che dispongono che il Prefetto di Catanzaro assuma l'incarico di commissario ad acta per cui era stato già nominato, al fine di definire le tariffe per le prestazioni rese dalle strutture di assistenza territoriale extraospedaliera.

Nello schema di PO sono previste:

- la definizione della tariffe sulla base della valutazione dei costi standard
- l’istituzione di una task force per la definizione delle ulteriori prestazioni da trasferire al setting ambulatoriale da adottare entro aprile 2013
- il decreto di approvazione delle ulteriori prestazioni da trasferire al setting ambulatoriale da adottare entro aprile 2013
- la definizione della struttura di riferimento per ASP che si occuperà dei controlli di appropriatezza da adottare entro maggio 2013
- la definizione delle linee guida per il Monitoraggio e il controllo delle Attività di ricovero ospedaliero da parte delle Asp da adottare entro settembre 2013
- la revisione degli schemi tipo di accordo contrattuale con gli erogatori privati in funzione della revisione sulla normativa dei controlli sull’appropriatezza sanitaria e corretta applicazione dei flussi gestionali
- la fissazione dei tetti
- la stipula dei relativi contratti
- l’impatto economico-finanziario della manovra ex D.L. 95/12 per l’ospedaliera
- l’impatto economico-finanziario della manovra ex D.L. 95/12 per la specialistica

In merito, nel rinviare al parere, si evidenzia che alcune scadenze sono già trascorse senza che siano stati trasmessi i provvedimenti indicati nello schema di PO. Mancano azioni, anche rilevanti, relative ad esempio alla definizione della remunerazione delle funzioni assistenziali e all’adeguamento alla normativa nazionale per la definizione della compartecipazione a carico dei comuni/utenti.

Occorre infine specificare (pag. 95-96) che l’analisi delle prestazioni di specialistica da privato assistenza venga effettuata tramite i dati TS.

4. RAPPORTI CON GLI EROGATORI - PROTOCOLLI DI INTESA CON LE UNIVERSITÀ (Programma 7 Linee di indirizzo)

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica dell’8 aprile 2013 avevano ribadito la richiesta di chiarimenti rispetto allo schema di Protocollo d’Intesa con l’Università Magna Graecia relativamente al personale, all’assegnazione dei posti letto, alla definizioni delle strutture semplici e complesse.

Tavolo e Comitato rimanevano in attesa dei suddetti chiarimenti e chiedevano se lo schema di protocollo d'intesa fosse stato approvato nei termini richiesti con i relativi pareri.

Al riguardo la Regione ha inviato una nota con la quale (prot. 287_13 del 04.07.2013) trasmette il "verbale di intesa" per l'attuazione della L.R. 63/2012, tra la Regione Calabria e l'Università "Magna Graecia" di Catanzaro. Tale verbale d'intesa riporta, tra l'altro, le modalità di attuazione del trasferimento delle unità operative non oncologiche dalla Fondazione Campanella alla AOU Mater Domini. In allegato sono riportati i verbali della Commissione di esperti che ha valutato la fattibilità giuridica ed economico-finanziaria del nuovo assetto organizzativo.

Tavolo e Comitato, nel rimandare al parere, ribadiscono prioritariamente l'esigenza che le strutture (es. AOU Mater Domini e la Fondazione Tommaso Campanella) che operano in nome e per conto del SSN siano in possesso dei requisiti necessari all'accreditamento.

Relativamente all'intesa, volta a dare attuazione alle previsioni della L.R. 63/12, e alle considerazioni della Commissione di esperti si rappresenta quanto segue.

E' necessario chiarire, in relazione alla previsione dell'attivazione di 10 posti letto di cardiocirurgia nella AO di Reggio Calabria la coerenza di tale previsione con il fabbisogno definito dal DPGR 18/10, considerando anche i bacini di utenza delle cardiocirurgie già attive. Non è chiaro, inoltre, se sarà istituita una nuova unità operativa.

Rispetto all'assetto strutturale del trasferimento delle unità operative all'AOU è necessario chiarire:

- **se le unità operative di ginecologia e di gastroenterologia che restano presso la Fondazione siano di "natura" oncologica o meno. Inoltre, si rileva che essendo 35 i posti letto complessivamente assegnati alla Fondazione, la dotazione di ogni struttura operativa appare estremamente esigua;**
- **come vengano regolati i rapporti tra i due enti anche in relazione alla previsione di "servizi comuni" che rientreranno nella piena disponibilità dell'AOU;**
- **in quale struttura è allocata la Fondazione e a che titolo.**

Rispetto all'assetto economico - finanziario del trasferimento della unità operative all'AOU:

- **quali provvedimenti intenda adottare la regione al fine di evitare che entrambe le strutture continuino ad avere un risultato in disavanzo;**
- **si ribadisce che nel caso di disavanzo della Fondazione Campanella lo stesso non potrà gravare sul FSR ma dovrà gravare sui bilanci dei soci fondatori;**

Rispetto all'assetto gestionale del trasferimento della unità operative all'AOU:

- **è necessario chiarire nel dettaglio la tipologia di servizi che la Fondazione (come società in house) erogherà a favore dei soci e le relative modalità giuridico finanziarie di gestione; peraltro si prevede che l'AOU avrà anche la titolarità di tali servizi, erogati dalla Fondazione;**
- **si rileva che l'eventuale modifica dello statuto della Fondazione deve tener conto delle indicazioni dei ministeri.**

Per quanto concerne il personale in servizio presso le predette unità, non è specificato quante e quali unità siano state assunte rispettivamente dalla AOU (quindi a carico del SSR) e dalla Fondazione.

Al riguardo si ricorda che l'eventuale trasferimento di personale con contratto di diritto privato violerebbe la normativa vigente in tema di assunzioni da parte degli enti pubblici, ivi compresi gli enti del SSN, ed inoltre è suscettibile di compromettere gli obiettivi

finanziari derivanti dalla sottoposizione al Piano di rientro, a seguito del quale per gli enti del SSR vige il blocco totale del turn-over.

Lo schema di PO prevede solo la definizione e la firma del protocollo d'intesa con l'università, senza indicare alcuna scadenza.

Il protocollo d'intesa, in virtù delle diverse strutture coinvolte, è rilevante per la riqualificazione del SSR e anche per affrontare la problematica delle aziende ospedaliere presenti nella sola città di Catanzaro. Per tale ragione, non è condivisibile l'assenza nel P.O. di riferimenti alle numerose criticità evidenziate dai Ministeri affiancanti. E' necessario, invece, che i rapporti fra le strutture coinvolte trovino un definitivo assetto, compatibile con quanto previsto dalle norme e con le indicazioni dei verbali e pareri.

5. FORMAZIONE E COMUNICAZIONE (Programma 8 Linee di indirizzo)

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica dell'8 aprile 2013 avevano chiesto un report relativo:

- ai piani formativi approvati dalle singole aziende (territoriali e ospedaliere) e ai relativi oneri;
- alle risorse previste per l'anno 2012 in relazione alla riduzione della spesa per la formazione prevista dal decreto legge 78/2010 (art. 6 comma 13);
- alla coerenza della quota di risorse destinata alla formazione con il piano di rientro;
- alla quota destinata alla formazione nella spesa per beni e servizi anno 2012;
- agli strumenti per la razionalizzazione dei costi per la formazione, ivi incluso l'utilizzo dell'e-learning.

Il sub- commissario D'Elia ha trasmesso (prot. 277 del 04.07.2013) i piani formativi approvati dalle singole ASP e AO nell'anno 2012 e i relativi oneri. Nella nota si dichiara che è stato rispettato il limite previsto dal D.L. 78/10, che verranno adottate le nuove linee guida per i piani formativi e gli strumenti per la razionalizzazione dei costi della formazione. Inoltre si dichiara che la spesa per la formazione rientra nei tetti di spesa per beni e servizi.

In merito alla tematica della formazione, la Regione ha trasmesso il Decreto n. 48/13 (prot. 152_13 del 17.04.2013) che modifica il Protocollo d'intesa tra Regione Calabria ed Università degli Studi "La Sapienza" di Roma per l'attivazione nelle Aziende Sanitarie Provinciali ed Ospedaliere del S.S.R. dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie Esito parere: *Si resta in attesa della modifiche di cui al parere (prot. 204_13)*

Nello schema di PO è prevista:

- la definizione delle linee guida per la formazione del personale da adottare entro giugno 2013
- l'acquisizione dei piani di formazione aziendale da effettuare entro il mese di luglio 2013
- l'approvare entro il mese di ottobre 2013 delle linee guida di aggiornamento della carta dei servizi
- l'adozione di apposite check list e questionari che le aziende adotteranno per la valutazione della qualità percepita

Si rinvia al parere.

6. BENI E SERVIZI (Programma 9 Linee di indirizzo)

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica dell'8 aprile 2013 avevano chiesto la piena attuazione della normativa vigente in materia di beni e servizi, ulteriormente rivista negli

obiettivi con la legge di stabilità 2013. Invitavano la struttura commissariale a dare direttive in merito ed a monitorarne costantemente la relativa attuazione.

La struttura commissariale ha trasmesso una relazione (prot. 295 del 05.07.2012) sul monitoraggio degli acquisti di beni sanitari. Tale monitoraggio è stato effettuato su dodici categorie di beni sanitari la cui economicità dei prezzi è stata confrontata con i parametri delle convenzioni CONSIP (ove mancanti tali parametri, il confronto è stato effettuato con altre realtà regionali). Da tali confronti è emerso che le Aziende calabresi hanno acquistato tali beni a prezzi superiori rispetto ai prezzi di riferimento, come suindicati. Nella nota si riporta che nel caso di scostamenti rilevanti (differenziale del 20%) sono stati richiesti chiarimenti alle aziende. Dalla relazione si evince che alcune aziende hanno risposto, in modo più o meno adeguato, alle relative richieste di chiarimenti.

Tavolo e Comitato chiedono di essere informati sulle iniziative intraprese dalla struttura commissariale a seguito dei risultati del monitoraggio.

Relativamente ai contenuti del Programma 9 del PO si rappresenta quanto segue:

La regione intende promuovere una serie articolata di interventi volti all'efficientamento della spesa per acquisto di beni e, soprattutto di servizi, in ambito sanitario attraverso la costituzione di una cabina di regia acquisti (formata dalla struttura commissariale, i vertici SUA, un rappresentante dei DG aziendali, le direzioni dei dipartimenti regionali non specificati precisamente) un gruppo di lavoro preposto alla raccolta dei fabbisogni aziendali finalizzata alla valutazione degli acquisti pluriennali, la definizione di un nuovo programma di acquisti e di analisi delle procedure di acquisto aziendali al fine di individuare le migliori e di individuarne delle nuove con l'obiettivo di omogeneizzarle e rendere il processo di valutazione degli acquisti più fluido e il sistema di monitoraggio costante, attraverso anche la definizione di un cruscotto informativo che sarà integrato nella piattaforma centrale della Tecno Struttura, degli acquisti, dei contratti in essere e di tutte le informazioni necessarie utili al governo diretto della spesa.

Alcune di queste azioni (Cabina di Regia, Gruppo di lavoro, e Piano di lavoro del Gruppo di lavoro) dovrebbero essere già state realizzate in base al cronoprogramma indicato nel Programma operativo in esame. E' prevista una rimodulazione e revisione del Processo amministrativo e logistico al fine di ottenere risparmi attraverso l'ottimizzazione delle scorte, il miglioramento dell'efficienza nel recupero dei costi, l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane ecc.

Viene quindi dedicato un paragrafo all'applicazione della recente normativa in materia di riduzione della spesa per l'acquisto di beni e servizi (DL 98/2011 e DL 95/2012). Nello stesso paragrafo si ricorda che con DPGR 182/2012 è stato definito il tetto di spesa per l'acquisto di beni e servizi da parte delle aziende sanitarie per l'anno 2012. Al riguardo si fa presente che sulla base delle indicazioni di cui allo stesso DPGR 182 e sulla base dei dati di consuntivo 2012 tale tetto non sembra essere stato rispettato.

In ogni caso la quantificazione della manovra cumulata prevista nell'arco del triennio, pari a 13 mln di euro nel 2013, 24 mln di euro nel 2014 e a 38 mln di euro nel 2015, non trova un supporto metodologico e quantitativo riscontrabile e, pertanto, non può essere accolta.

Infine si fa presente che non ci sono riferimenti alle disposizioni di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a), del decreto-legge 98/2011, concernente l'individuazione dei prezzi di riferimento da parte dell'Osservatorio in seno all'AVCP. C'è solo un accenno alle disposizioni relative alla norma transitoria che prevede la riconduzione dei prezzi dei contratti in essere ai prezzi di riferimento qualora la differenza ecceda il 20% (art. 15, comma 13, lettera b), del DL 95/2012. Peraltro (*cf. pag. 117*), la regione nel dichiarare che dal monitoraggio al 31 dicembre 2012 in tutte le aziende si sarebbero riscontrati prezzi praticati superiori a quelli di riferimento, non

fornisce dati quantitativi di tale fenomeno, né chiarisce gli esiti della rinegoziazione (si parla di una non compiuta applicazione della norma) ed inoltre non specifica se la non compiuta applicazione riguardi le disposizioni di cui alla lettera a) o quelle della lettera b) del citato articolo 15, comma 13.

In ogni caso la sezione dovrebbe essere integrata, prevedendo che la regione nella stipula di nuovi contratti, tenga conto dei prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio, che sono un indispensabile strumento di programmazione e controllo della spesa.

6.1 Piano dei pagamenti

In merito agli adempimenti di cui al DL 35/2013 si rinvia alle attività in corso per le quali sarà redatto apposito verbale.

7. PERSONALE (Programma 10 Linee di indirizzo)

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica dell'8 aprile 2013, in relazione al provvedimento di proroga dei contratti a tempo determinato fino al 31.07.13, avevano valutato che la documentazione trasmessa fosse carente dei requisiti necessari per procedere alla proroga dei contratti a tempo determinato, e non specificasse quali di questi fossero stati conferiti ex art. 15 septies del decreto legislativo 502/92, ovvero in virtù delle procedure di cui alla legge 368/2001 o, ancora, ex articolo 7, comma 6, del decreto legislativo 165/2001, riconducendo detti contratti alla generica fattispecie di "tempo determinato".

Tavolo e Comitato avevano anche valutato che l'attivazione dell'attività assistenziale per il personale universitario avrebbe potuto eventualmente essere gestita nell'ambito delle deroghe richieste ai sensi dell'art. 4-bis del DL 158/2012, introdotto dalla legge di conversione n. 189/2012.

I sub commissari hanno trasmesso la Legge Regionale n. 12/13 (prot. 157_13 del 18.04.2013) relativa all'assunzione e alla stabilizzazione del personale. Nella nota di accompagnamento i sub commissari precisano di non aver avuto alcun ruolo nella stesura della stessa, pur se la norma è menzionata nello schema di P.O. trasmesso dalla struttura commissariale nella sua interezza. Esito parere: *Si esprime parere negativo per le motivazioni di cui al parere e si invita il commissario ad attivare la procedura di cui all'art 2 comma 80 della Legge 191/09. Si rappresenta che la continua approvazione da parte del consiglio regionale di leggi in contrasto con il piano di rientro, con il mandato commissariale e con la legislazione vigente è indicativa di criticità negli organi regionali nell'esercizio delle funzioni ordinarie proprie.*

Lo schema di PO (Programma 10.1) prevede fra gli obiettivi "la definizione di un percorso volto alla stabilizzazione del personale con contratto a tempo determinato nel rispetto delle disposizioni regionali di cui alla legge regionale 12/13, nonché degli atti di competenza regionale".

Tavolo e Comitato, nel rinviare allo specifico parere e a quanto di seguito riportato, rilevano che la norma è in contrasto con il piano di rientro ed è stata impugnata davanti alla Corte Costituzionale. Per tale ragione chiedono di attivare la procedura di cui all'art 2 comma 80 della Legge 191/09, nonché la rimozione dal documento programmatico definitivo.

La Regione ha inoltre trasmesso le tabelle B (prot. 261_13 del 26.06.2013) per la rilevazione della consistenza organica e spesa complessiva I Trimestre anno 2013. Esito parere: *Si rimane in attesa dei chiarimenti come da parere e della tabella riepilogativa del consuntivo 2012.*

Il sub-commissario Pezzi ha trasmesso (prot. 247_13 del 18.06.2013) ai Ministeri una richiesta di parere in riferimento ad alcune problematiche insorte nei rapporti tra la regione e i medici convenzionati del 118. Le criticità riguardano il mancato perfezionamento delle procedure

amministrative tese a consentire il transito nel ruolo sanitario dei medici convenzionati, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite ed approvate.

Tavolo e Comitato ritengono che la norma citata per supportare il passaggio dei medici titolari di incarico nei ruoli della dirigenza medica, in considerazione degli stringenti limiti temporali ivi previsti, abbia esaurito i suoi effetti. Inoltre, l'eventuale trasformazione dei medici dell'Emergenza Sanitaria in dirigenti medici a rapporto di dipendenza implica necessariamente un incremento della spesa, in aperto contrasto con gli obiettivi in tema di contenimento della spesa per il personale previsti dal Piano di Rientro e con il blocco automatico del turn over scattato in relazione al disavanzo non coperto della regione Calabria per l'anno 2012 e precedenti.

Il sub commissario fa altresì riferimento ad analoga disposizione contenuta nella legge regionale della Val d'Aosta n. 4/2008 impugnata dal Governo e dichiarata costituzionalmente illegittima, nonché ad una recente sentenza del Tribunale di Ancona.

Al riguardo, in via preliminare si segnala che, a suo tempo, erano state evidenziate in sede tecnica alcune criticità identiche sia sulla LR Valle d'Aosta n. 4/2008 sia sulla LR Calabria n. 15/2008, e in particolare che:

1. la disposizione protrae l'efficacia di una norma transitoria (art. 8, comma 1 bis, del D.Lgs. n. 502/1992) che, oltre ad individuare in modo puntuale i relativi destinatari, reca riferimenti temporali specifici ai fini dell'inquadramento in parola;
2. l'applicazione in senso dinamico della norma in argomento è suscettibile di porsi in contrasto con gli artt. 3 e 97 della Costituzione in quanto porterebbe:
 - ad eludere, al di fuori dei casi espressamente contemplati dalla disposizione, il principio di eguaglianza dei cittadini ed il principio del concorso pubblico, quale strumento di accesso al pubblico impiego, come più volte ribadito dalla Corte Costituzionale;
 - a creare, in ambito nazionale, difformità di applicazione della disposizione recata dal richiamato art. 8, comma 1 bis, del D.Lgs. n. 502/1992.

Con riferimento alla sentenza del Tribunale di Ancona citata, sarà opportuno che codesta Regione acquisisca informazioni in ordine all'eventuale impugnativa in sede di Appello e alle argomentazioni addotte dalla ASUR Marche a propria difesa.

In ogni caso, tenuto conto che la Calabria, in quanto soggetta al Piano di rientro, è attualmente sottoposta al blocco totale del turn-over a seguito delle valutazioni operate sul disavanzo non coperto relativo all'anno 2012 e precedenti, si ritiene che la regione non possa procedere all'inquadramento in ruolo del personale medico convenzionato del 118 ai sensi della predetta LR..

Stante il blocco totale del turn-over, si resta in attesa di conoscere le determinazioni della Regione Calabria, anche mediante l'eventuale emanazione di un provvedimento legislativo che renda la LR 15/2008 coerente con il vigente quadro normativo nazionale.

7.1 Deroga blocco del turn over ex articolo 4-bis del D.L. n. 158/2012

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica dell'8 aprile 2013, in riferimento alla documentazione che era stata trasmessa a titolo esemplificativo dalla Regione, ribadivano le diverse osservazioni avanzate dai Ministeri rispetto alla corretta modalità di compilazioni delle tabelle.

Si faceva presente, infine, che prima di procedere ad assunzioni sulla base della concessione delle deroghe ai sensi dell'art. 4-bis del DL 158/2012, occorre espletare le procedure di mobilità di cui al comma 8 dell'art. 1 del medesimo DL 158/2012, dando evidenza dei risultati conseguiti.

In merito al turn over si ricorda che, a seguito di quanto valutato nella riunione dell'8 aprile 2013, in relazione ai disavanzi sanitari non coperti relativi all'anno 2012 e precedenti in attuazione della procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 è scattata nuovamente la ulteriore maggiorazione delle aliquote fiscali nella misura dello 0,15 e 0,30 per l'anno d'imposta 2013 e vige il blocco automatico del turn over fino al 31/12/2015.

Con riferimento allo schema di Programma operativo 2013-2015 in via preliminare si rileva la mancanza di un quadro analitico di sintesi che mostri il percorso di rientro fino ad ora operato utile per una valutazione ex ante ai fini delle manovre programmatiche previste per gli anni su cui insiste il P.O..

Inoltre, relativamente agli obiettivi fissati per ogni singola azione, non sono state previste le scadenze temporali per il loro raggiungimento e la quantificazione degli eventuali risparmi che si prevede di ottenere, a seguito dell'attuazione delle predette azioni, al termine del periodo 2013- 2015 con l'indicazione dei risparmi prefissati per ciascun anno del predetto periodo.

A tale proposito si aggiunge che i Ministeri affiancanti, sia per la valutazione ex ante sia per la valorizzazione delle manovre da operarsi nel triennio di programmazione, avevano predisposto un format di ausilio ad uso delle Regioni.

Si rappresenta che, a seguito delle valutazioni in ordine al disavanzo non coperto della regione Calabria per gli anni 2012 e precedenti opera nuovamente il blocco automatico del turn over fino al 31/12/2015 ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 s.m.i..

Si rappresenta in via ulteriore:

- **Pag. 125, primo capoverso:** si afferma che il costo del personale è ormai ricondotto anche oltre i limiti degli obiettivi di risparmio già fissato dal Piano di rientro. Sul punto si segnala che non risulta ancora trasmessa ai Ministeri affiancanti la tabella concernente il consuntivo del costo del personale per l'anno 2012 e pertanto non è ad oggi possibile confermare il rispetto dei limiti di spesa per il predetto esercizio;
- **Pag. 126:** con riferimento all'esclusione dal blocco del turnover delle assunzioni di personale appartenente a categorie protette occorre far presente che va accertato se l'obiettivo del contenimento della spesa del personale dipendente, che segnatamente per la regione Calabria oltre al blocco del turn-over ha determinato anche un intervento sull'assetto territoriale delle Aziende, ha comportato o comporterà una diversa organizzazione delle strutture aziendali con riflesso sulle attuali dotazioni organiche cui è legata la determinazione (nel caso rideterminazione) delle quote di riserva espressamente previste dalla normativa in questione.

Detta precisazione viene effettuata nel senso che l'art. 6 del d. lgs. 31 marzo 2001, n. 165, nel disciplinare l'organizzazione e la disciplina degli uffici e le dotazioni organiche delle Pubbliche Amministrazioni (ivi comprese le Aziende e Enti del Servizio Sanitario Nazionale), prevede, al comma 6, il divieto di assumere nuovo personale compreso quello appartenente alle categorie protette per gli enti che non provvedono agli adempimenti individuati dalla medesima disposizione;

Con riferimento, invece, alla proroga e/o stipula di nuovi contratti a tempo determinato, occorre aggiungere la frase "nei limiti dei vincoli finanziari e normativi";

- **pag 127, secondo capoverso:** la frase va integrata nel senso che la violazione del blocco del turnover costituisce motivo di decadenza oltre che grave inadempienza ai fini della conferma dei direttori generali;
- **tra gli obiettivi (pag. 127) si fa riferimento ad un percorso volto alla stabilizzazione**

di personale precario. Tale procedura non è più legittima e, pur essendo stata sostituita con l'indizione di procedure concorsuali, volte alla valorizzazione dell'esperienza professionale acquisita, ai sensi dell'art. 35 del d. lgs. 165/2001, come sopra riportato vige il blocco automatico del turn over del personale del SSR.

Azione 10.1.3.: programmazione risorse umane

Alla pag. 129 si fa riferimento a tabelle allegate al programma operativo non corrispondenti a quelle allegate alle linee guida per la redazione del documento in esame fornite dai Ministeri affiancanti.

Azione 10.1.5.: Ridefinizione delle unità operative semplici e complesse e delle posizioni organizzative e di coordinamento

Alla fine della pag 131 occorre far salva la necessità di un eventuale adeguamento degli standard regionali per l'individuazione delle posizioni organizzative e di coordinamento a quelli che saranno emanati dal Comitato LEA.

Azione 10.2.1: Monitoraggio trimestrale sull'andamento dell'occupazione e delle spese del personale delle aziende del SSR

Alla pag. 133 appare opportuno modificare il termine per la trasmissione della tabella A, pur in considerazione che trattasi di dati già acquisiti e validati in quanto contenuti nel Conto annuale.

Azione 10.2.3: Riduzione dei fondi della contrattazione integrativa

Pag. 135 - a) secondo capoverso: si prevede la costituzione di un gruppo di lavoro. Al riguardo va specificato che ai partecipanti non andranno erogati compensi e/o indennità; b) quinto capoverso: occorre sostituire le parole "costituirà inadempimento" con "costituirà grave inadempienza".

Azione 10.2.4: Contenimento della spesa per prestazioni aggiuntive (pag. 136)

La Regione si propone l'obiettivo di un progressivo abbattimento delle prestazioni aggiuntive nella misura del 30% da raggiungere entro il 2013.

Al riguardo si rappresenta la necessità di un'ulteriore progressiva riduzione dei costi relativi a tale voce per il successivo biennio (pari ad esempio al 50% per il 2014 e all'80% per il 2015) che porti ad un quasi totale abbattimento del ricorso a tale tipologia di prestazioni stante il loro carattere eccezionale e temporaneo.

Il raggiungimento di tale obiettivo da parte degli enti del SSR potrebbe essere adeguatamente supportato mediante l'emanazione di un apposito documento di indirizzo da parte della Regione.

Azione 10.2.7: contenimento dei costi degli apparati amministrativi (pag. 138)

Sarebbe opportuno specificare che per la partecipazione a Gruppi di studio o di lavoro, nuclei ed altri organismi che svolgono attività rientranti tra le competenze istituzionali degli enti non è prevedibile l'erogazione di indennità o compensi al di fuori di quelli espressamente previsti dai CCNL.

Azione 10.2.11: Progressiva stabilizzazione del personale precario delle aziende del SSR

Come già sopra segnalato, il quadro normativo vigente in tema di assunzioni nelle PA non consente la stabilizzazione di personale precario. Pertanto è necessario espungere tale obiettivo dal Programma operativo in quanto trattasi di un impegno politico contrario alle disposizioni vigenti.

Ciò con particolare riferimento a quanto rappresentato alla pag. 145, quarto e quinto capoverso, circa la promozione della graduale trasformazione a tempo indeterminato delle posizioni già ricoperte da personale precario dipendente del SSR, in deroga alla regola del concorso pubblico.

Al riguardo si ribadisce che l'unica modalità per valorizzare l'esperienza professionale maturata dal personale precario in questione è l'indizione di procedure di reclutamento mediante concorso pubblico ai sensi dell'art. 35, comma 3-bis, del d. lgs. 165/2001. In ogni

caso si ribadisce che, a seguito delle valutazioni in ordine al disavanzo non coperto della regione Calabria per gli anni 2012 e precedenti, opera nuovamente il blocco automatico del turn over fino al 31/12/2015.

7.2 Atti aziendali

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica dell'8 aprile 2013, avevano ritenuto necessario che la regione adottasse tempestivamente un documento di aggiornamento delle linee guida per l'adozione degli atti aziendali, recependo le osservazioni ministeriali, e che fosse coerente con l'atto complessivo di programmazione di tutte le reti assistenziali richiesto, anche al fine di poter permettere alle Aziende del SSR di adottare i relativi atti aziendali.

La struttura commissariale ha trasmesso i Decreti 59/13 (prot. 195_13 del 23.05.2013) e 73/13 (prot. 221_13 del 30.05.2013) relativi all'atto Aziendale dell'azienda Ospedaliera di Reggio Calabria. Esito parere: *Evidenziando, preliminarmente, che l'atto aziendale è stato adottato sulla base di linee guida non validate dai ministeri si resta in attesa del programma operativo 2013-2015 che dovrà prevedere l'aggiornamento delle linee guida regionali tenendo conto dei rilievi dei Ministeri.*

Tavolo e Comitato ribadiscono che l'atto aziendale è stato adottato sulla base di linee guida non validate dai Ministeri

Successivamente la struttura commissariale ha trasmesso il Decreto n. 97/13 (prot. 301_13 del 05.07.2013) che disciplina l'aggiornamento delle Linee guida per gli atti aziendali ex DPGR 54/11 e s.m.i.

Tavolo e Comitato, nel rinviare al parere da rendersi, ad un primo esame rilevano che l'aggiornamento delle Linee guida risponde parzialmente ai rilievi espressi dai Ministeri con i rispettivi pareri

7.3 Libera professione intramuraria

La Struttura commissariale ha trasmesso il Decreto 76/13 (prot. 260_13) che approva la Convezione e il relativo accordo di collaborazione tra Regione Calabria e Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (prot. 248_13) per "Adeguamento del portale Attività Libero-Professionale alle esigenze regionali". Esito parere: *Si prende atto della documentazione trasmessa*

7.4 Direttori generali delle aziende sanitarie

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica dell'8 aprile 2013, ribadivano la debolezza dell'impianto sanzionatorio e l'esigenza di ricevere la documentazione, sottoscritta dalla struttura commissariale nella sua interezza, riguardante le sanzioni per i Direttori generali per le assunzioni effettuate in contrasto con il piano di rientro e con la normativa vigente e la certificazione dell'avvenuta risoluzione per nullità dei rapporti di lavoro instaurati illegittimamente.

Non è pervenuta documentazione.

Nello schema di PO è prevista:

- l'adozione degli atti aziendali da parte di Asp e AO e l'esame di tali atti da parte della struttura commissariale. Mancano il dettagliato cronoprogramma di tali interventi e le attività di monitoraggio da parte della struttura commissariale;
- la definizione di un accordo con le rappresentanze sindacali sulle azioni per la rideterminazione dei fondi contrattuali, la redazione delle linee di indirizzo per la rideterminazione dei fondi integrativi aziendali, l'attivazione di una funzione di monitoraggio dell'effetto sui conti economici e la verifica dell'avvenuta

rideterminazione dei fondi contrattuali;

- il monitoraggio sui volumi di attività intramoenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale;
- la definizione del Bando per la nomina dei direttori Generali sulla base della normativa nazionale e regionale vigente, con la definizione della rispettiva Commissione e dell'organismo indipendente di valutazione delle performance dei Direttori Generali. Diversi interventi del programma operativo rientrano nella valutazione dei Direttori Generali.

Si rinvia al parere.

8. PREVENZIONE (Programmi 11-12 Linee di indirizzo)

8.1 Sanità pubblica (Programmi 11)

Come si evince dalla tabella sull'erogazione dei LEA, la regione presenta notevoli criticità nell'area della prevenzione con particolare riferimento all'adesione agli screening oncologici.

In materia la regione ha trasmesso il Decreto n. 70/13 (prot. 217_13 del 29.05.2013) che approva le linee guida regionali per lo screening spontaneo del carcinoma prostatico.

Con il Decreto 89/13 (prot. 257_13 del 21.06.2013) ha recepito l'Accordo Stato- Regioni per la malattia diabetica.

Nello schema di PO viene prevista l'adozione e la rispettiva attuazione del Piano della Prevenzione 2013, nonché diversi interventi di prevenzione (vaccinazione MPR, vaccinazione antiinfluenzale, screening cancro della cervice, cancro della mammella, cancro colon retto). E' previsto anche un programma per la prevenzione nei luoghi di lavoro con l'obiettivo di controllare il 5% delle unità locali con lavoratori dipendenti ed equiparati.

Si rinvia al parere

8.2 Sanità veterinaria e sicurezza alimentare (Programma 12)

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica dell'8 aprile 2013 avevano evidenziato come fossero stati compiuti molti progressi in merito all'attuazione delle attività di controllo ufficiale per il settore della sicurezza degli alimenti e la sanità pubblica veterinaria.

In materia di sanità veterinaria, la Regione ha inviato:

- Nota del sub commissario (prot. 143_13 del 28.03.2013) con la quale si comunica il ritardo da parte del Dipartimento Tutela della Salute ad attivare le procedure per l'individuazione sul territorio di una "*struttura idonea di un punto di sosta di emergenza*" in attuazione del regolamento sulla protezione degli animali durante il trasporto. **Esito parere: *Ritenendo di non entrare nel merito delle questioni organizzative segnalate si evidenzia la necessità del comportamento collaborativo tra struttura regionale, commissario e sub commissari***
- Decreto n. 62/13 (prot. 198_13 del 23.05.2013) avente ad oggetto: Recepimento accordo Stato Regioni e Province autonome su "*Linee guida per il funzionamento e miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, delle Regioni e Province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria*". **Esito parere: *Si esprime parere favorevole***
- Decreto n. 63/13 (prot. 199_13 del 23.05.2013) avente ad oggetto: "Attribuzione obiettivi strategici Servizi di Medicina Veterinaria del territorio della Regione Calabria". **Esito parere: *Si esprime parere favorevole***
- Decreto n. 64/13 (prot. 200_13 del 23.05.2013) avente ad oggetto: "*Recepimento procedure operative straordinarie per la prevenzione e la gestione del rischio contaminazione da aflatossine nella filiera lattierocasearia e nella produzione del mais destinato all'alimentazione umana e animale, a seguito di condizioni climatiche estreme*".

- Decreto n. 72/13 (prot. 219_13 del 29.05.2013) avente ad oggetto: "*Modifiche ed integrazioni al DPGR n. 6 del 29.01.2013. Linee Guida per l'abbattimento e la cattura selettiva e utilizzo delle carni di fauna selvatica - abbattimento selettivo del cinghiale*".
- Decreto n. 95/13 (prot. 269_13 del 03.07.2013) avente ad oggetto: "*DPGR n. 58 del 12 luglio 2011 recante: "Task force per la medicina veterinaria. Obiettivo SVET". Integrazione*".
- Relazione di chiarimenti (prot. 289_13 del 04.07.2013) in risposta ai pareri dei Ministeri (prot. 437_12, 09_13, 14_13) in riferimento all'esecuzione degli audit sulle Autorità competenti all'esecuzione dei controlli ufficiali finalizzati a verificarne la conformità in materia di alimenti, mangimi, salute e benessere degli animali.

La Regione ha realizzato, nel corso del 2013 un importante percorso formativo, relativo alla organizzazione dei controlli ufficiali in sanità veterinaria e sicurezza alimentare, che ha coinvolto una gran parte del personale addetto ai controlli ufficiali (oltre 200 sui 400 addetti presenti), sviluppando ed attuando i tre percorsi formativi ("base", "intermedio" per auditor su imprese alimentari, ed "avanzato" per auditor sulle autorità competenti) previsti dall'accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013, concernente il funzionamento e miglioramento delle autorità competenti.

L'attività di formazione ha consentito di sollecitare e vivificare la motivazione degli addetti, di affrontare in modo sistematico le principali attività del controllo ufficiale risultate problematiche (procedure documentate, esecuzione, monitoraggio, rendicontazione, gestione delle conseguenze dei controlli e verifica dell'efficacia), ed ha favorito la costruzione e l'individuazione di una "rete" di soggetti più attenti e sensibili, sul quale investire e fare perno per futuri progressi.

L'assegnazione di obiettivi strategici ai Direttori Generali delle ASL ha indubbiamente responsabilizzato e favorito il trend, in miglioramento, nella gestione degli adempimenti informativi.

Nonostante il lavoro fin qui svolto per portare il funzionamento delle strutture aziendali addette al controllo ufficiale (SIAN e Servizi veterinari) ad un livello soddisfacente, restano tuttavia ancora notevoli criticità operative, da affrontare nel contesto del Programma operativo 2013-2015, attualmente all'esame.

Nello schema di PO si prevede: la realizzazione di un sistema coordinato di attività di sicurezza alimentare (istituzione del nodo regionale e dell'osservatorio per l'epidemiologia e la sicurezza alimentare), la verifica della attività espletate sulla base del PNI, l'integrazione dell'attività SVET e SIAN, potenziamento delle capacità di analisi dei laboratori per i controlli ufficiali incrementando le prove accreditate, assegnazione ai direttori generali di obiettivi in merito al SIAN, implementazione delle attività di Audit e definizione dei relativi percorsi formativi sia per i servizi SVET che SIAN.

Si rinvia al parere.

8.3 Obiettivi del Piano sanitario nazionale

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica dell'8 aprile 2013, in riferimento all'attuazione dei progetti con le risorse vincolate degli obiettivi di Piano sanitario nazionale 2012, avevano sottolineato la necessità che i progetti fossero coerenti con quanto previsto dal Piano di rientro, dai successivi decreti attuativi e con le osservazioni dei Ministeri affiancanti.

La regione ha rassicurato i Ministeri (prot. 167_13 del 02.05.2013) relativamente alla trasmissione "*di una unica relazione, validata dall'organo competente per la Regione,*

attualmente sottoposta a piano di rientro, che illustri complessivamente i risultati raggiunti, con riferimento analitico a ciascuna linee progettuale dell'Accordo Stato- Regioni dell'8 luglio 2010 (rep. Atti n. 76/CSR recante "Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2010") e a ciascun progetto pluriennale, approvato con Delibera della Giunta Regionale n. 582 del 6 settembre 2010. Esito parere: Si resta in attesa della relazione richiesta

Tavolo e Comitato restano in attesa della relazione richiesta tramite il sistema documentale.

9. RETI ASSISTENZIALI (Programmi 13-14-15-16 Linee di indirizzo)

Nella riunione dell'8 aprile 2013 Tavolo e Comitato in riferimento alla riorganizzazione delle reti assistenziali avevano ribadito la richiesta, già formulata, di un atto complessivo di programmazione che tenesse conto delle indicazioni dei Ministeri e dei pareri espressi. Non è pervenuta documentazione

9.1 Rete assistenziali per intensità di cure (Programma 13)

Nella riunione dell'8 aprile 2013, Tavolo e Comitato, avevano ribadito la richiesta di ricevere informazioni sull'organizzazione della rete oncologica e richiedevano che la stessa fosse contemplata nel redigendo PO, insieme alle altre reti di specialità (es. rete del trauma, ictus, ecc.).

La struttura commissariale ha trasmesso una nota di chiarimenti (prot. 285_13 del 04.07.2013) comunicando l'istituzione di un gruppo di lavoro, finalizzato alla redazione di linee guida regionali sulla Riabilitazione, che definiscano le modalità per lo sviluppo delle attività e il raggiungimento degli obiettivi indicati nel "Piano di indirizzo" nazionale. Esito parere: Istruttoria

Tavolo e Comitato ribadendo la necessità che l'istituzione di gruppi di lavoro non comporti oneri aggiuntivi restano in attesa dell'adozione degli atti citati nella nota.

La proposta di PO prevede la definizione delle reti ospedaliere hub e spoke e delle reti tempo dipendenti. Per ogni rete è prevista la costituzione di un gruppo tecnico e di uno specifico documento costitutivo che espliciti criteri di qualità, indicatori di processo e struttura. Nel 2014 le Asp definiranno le reti e il gruppo tecnico monitorerà l'attuazione di tali reti. Nel 2015 è previsto l'aggiornamento del documento costitutivo di ogni rete. Le azioni appaiono molto generiche, non è prevista la specifica definizione dei PDTA (percorsi di cura terapeutico assistenziali), non sono previsti concreti strumenti di collegamento fra le varie strutture della rete (es. protocolli o accordi) e non sono indicate le attività di monitoraggio della concreta implementazione delle reti stesse.

In relazione al riferimento ai cd "nuovi ospedali" (pag. 163), si evidenzia che le azioni necessarie a ricondurre a coerenza quanto previsto nel Piano di rientro e quanto previsto negli ulteriori atti programmatici in materia di rete ospedaliera devono trovare collocazione all'interno dei Programmi operativi.

9.2 Rete ospedaliera (Programma 14)

Nella riunione dell'8 aprile 2013 Tavolo e Comitato rimanevano in attesa dell'atto-complessivo di programmazione già più volte richiesto.

In riferimento all'accorpamento in un unico spoke dei presidi ospedalieri di Castrovillari e Acri, che comporta una revisione della rete assistenziale, i Tavoli avevano chiesto che tale

accorpamento avvenisse, ferma restando l'esigenza di assicurare la riduzione e la razionalizzazione dei costi del personale, garantendo la presenza dei requisiti qualitativi e strutturali necessari per la qualità e la sicurezza delle attività.

Non è pervenuta documentazione

La regione ha trasmesso il Decreto n. 57/13 (prot. 172_13 del 09.05.2013) che assegna 20 PL di lungodegenza alla Casa di Cura Villa dei Gerani. Esito parere: ***Si resta in attesa dei chiarimenti di cui al parere e del redigendo programma operativo ribadendo l'esigenza di un atto complessivo di programmazione che affronti anche la riorganizzazione dell'assistenza riabilitativa sia ospedaliera che territoriale.***

Tavolo e Comitato rilevano:

- **la necessità di fornire una dettagliata relazione dalla quale si evincano le specifiche ragioni logistiche ed organizzative, per ogni presidio della ASP di riferimento, in relazione alle quali il Commissario Straordinario “non è nelle condizioni di poter attivare i 3 posti letto per post acuzie (Lungodegenza cod. 56) assegnati con il DPGR n.106/2012 all’ASP di Vibo Valentia”;**
- **la necessità di rassicurazioni sull’accreditamento della struttura;**
- **che la tabella allegata al decreto è diversa rispetto alla tabella allegata al decreto 106/11 di assegnazione dei posti letto.**

La struttura commissariale ha anche trasmesso la DGR n. 182/10 (prot. 244_13 del 13.06.2013 prot. 245_13 del 17.06.2013) di conferma della coerenza e compatibilità con la programmazione sanitaria regionale del riconoscimento dello status di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) alla Casa di cura "Istituto S. Anna di Crotona. Esito parere: ***Si chiedono chiarimenti come da parere.***

Tavolo e Comitato nel rilevare che la delibera non era stata trasmessa ai Ministeri affiancanti, evidenziano che:

- **nella delibera non vengono indicati il numero di posti letto della struttura e i posti letto riferiti alla disciplina per i quali si chiede il riconoscimento di IRCCS;**
- **sono necessarie rassicurazione sull’accreditamento della struttura.**

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Nella riunione dell'8 aprile 2013, in merito all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Tavolo e Comitato, che non avevano acquisito le valutazioni sul provvedimento da parte della struttura commissariale nel suo complesso, avevano valutato negativamente il Patto d'intesa.

Non è pervenuta documentazione.

In merito i Tavoli confermano la valutazione negativa e chiedono che le criticità evidenziate trovino una definitiva composizione all'interno dei PO.

Relativamente alla verifica adempimenti per il punto f) posti letto la Regione è inadempiente per l'anno 2011.

La proposta di PO prevede nel 2013 la cessazione completa di tutti i ricoveri presso i 12 ospedali riconvertiti e l'attivazione sperimentale dei CAPT (Chiaravalle, Siderno, San Marco Argentano). Nel 2014 la sostituzione dei PPI con punti ambulanza nei CAPT e l'attivazione graduale dei CAPT.

La Regione, inoltre, nella sezione del Piano dedicata all'analisi del contesto rendo noto il ritardo nell'attuazione delle riorganizzazioni delle rete.

Il numero dei posti disattivati è inferiore rispetto al numero di posti letto programmato.

Nonostante i rilievi dei Ministeri, nel PO si confermano criticità sulle seguenti strutture:

- vengono confermate attività di postacuzie ospedaliera nei CAPT;
- sono previsti gli accorpamenti di diversi presidi non previsti dal DPGR 18/10;
- non viene chiarita la situazione di Rogliano, che doveva diventare CAPT;
- in via generica si prevede che Trebisacce e Praia a Mare, che dovevano diventare CAPT, possano diventare ospedali di zona disagiata.

Rispetto alla rete privata, nonostante i rilievi dei Ministeri, non è chiarito il percorso seguito dalla regione per verificare l'avvenuto adeguamento delle strutture ai requisiti necessari per l'erogazione delle specifiche prestazioni per cui le strutture stesse sono accreditate; poiché, inoltre, si fa un generico riferimento ad un processo ancora in corso, è necessario che si preveda una specifica tempistica, con azioni di monitoraggio sull'attuazione di quanto previsto; viene riproposta la presenza di strutture con un numero esiguo di posti letto e viene riproposto l'intervento che prevede l'assegnazioni di PPI alle strutture private. E' ancora prevista la possibilità per le strutture private di acquisire prestazioni dalle strutture pubbliche "per collegamento con la rete ospedaliera". Rispetto alla rete post acuzie vengono definiti, in termini generali, diversi interventi (es. miglioramento dell'appropriatezza clinico-gestionale, costituzione del gruppo di lavoro per il Piano di indirizzo della riabilitazione e riorganizzazione rete territoriale).

9.3 Rete Territoriale (Programma 14)

Nella riunione dell'8 aprile 2013, Tavolo e Comitato avevano chiesto:

- riguardo alla tematica CAPT e Case della Salute (CdS) che fossero chiarite nel predisponendo programma operativo le funzioni e l'organizzazione;
- riguardo alla riabilitazione, valutando positivamente il lavoro svolto, di puntualizzare alcuni aspetti relativi ai criteri di accesso, alla prescrizione e al controllo delle prestazioni di riabilitazione e delle prestazioni residenziali;
- una ricognizione delle tipologie di strutture e di definire un piano di riorganizzazione della rete territoriale.

In riferimento alle criticità sulla tematica delle Case della Salute la Regione ha trasmesso una nota (prot. 144_13 del 28.03.2013). Esito parere: ***Ritenendo di non entrare nel merito delle questioni organizzative segnalate si evidenzia la necessità del comportamento collaborativo tra struttura regionale, commissario e sub commissari***

Successivamente ha trasmesso una relazione di chiarimenti (prot. 292_13 del 04.07.2013) nella quale chiarisce che: le Case della salute svolgono attività complementari ai CAPT, le attività svolte dalla Case della Salute, dettagliate all'interno della nota, non richiederanno personale aggiuntivo, le unità organizzative delle Case della Salute (c.d. AFO) non sono considerate UOC E UOS aggiuntive rispetto alle unità organizzative dei CAPT, la struttura di Mesoraca è una struttura già esistente che eroga prestazioni territoriali. Esito parere: ***In istruttoria.***

E' inoltre pervenuto il Decreto n. 51/13 che modifica lo Schema di Convenzione e Disciplinare degli Obblighi per la realizzazione delle Case della Salute. Esito parere: ***Si assume agli atti la nota e si resta in attesa del programma operativo 2013-2015 da inviarsi entro il 5 luglio 2013.***

Tavolo e Comitato prendono atto della documentazione trasmessa dalla struttura commissariale rinviando le valutazioni sulla tematica al parere complessivo sul Programma Operativo per verificare se quanto richiesto dai Ministeri affiancanti con i diversi pareri sia stato recepito.

In merito ai centri territoriali di riferimento per malati affetti dal morbo di Hansen la struttura commissariale ha trasmesso una nota di chiarimenti (prot. 275_13 del 04.07.2013) in risposta al parere dei Ministeri (prot. 27_139) dove evidenzia: che l'attivazione di tali centri non

comporterà oneri aggiuntivi, le prestazioni che i centri sono tenuti ad effettuare, le motivazioni relative alla distribuzione sul territorio dei centri e l'eventuale modifica dell'articolazione dei centri a seguito del monitoraggio effettuato sull'attività svolta.

Tavolo e Comitato restano in attesa dei risultati del monitoraggio delle attività svolte

Salute mentale

Nella riunione dell'8 aprile 2013, Tavolo e Comitato, in riferimento alla salute mentale, avevano evidenziato che i contenuti del documento inerenti l'organizzazione e la funzione dei servizi territoriali delle ASP si conformavano alle previsioni della normativa nazionale e ai diversi piani e linee guida nazionali di recente introduzione.

Tuttavia i Ministeri ritenevano necessario che la regione fornisse alcuni chiarimenti (una pianificazione temporale degli obiettivi del riassetto della rete; tabelle sulla attuale situazione della rete dei servizi territoriali; informazioni relativamente alla tutela della salute mentale dei detenuti e degli internati, ai rapporti con l'Università per le attività di ricerca; informazioni in tema di accreditamento e corretto utilizzo dei posti letto).

In riferimento al riassetto della rete territoriale per l'assistenza psichiatrica, la struttura ha inviato:

- una relazione (prot. 274_13 del 04.07.2013), in risposta ai rilievi dei Ministeri (prot. 190_13), che descrive lo stato di attuazione del riassetto della rete di assistenza psichiatrica, fornendo chiarimenti in merito: alla pianificazione temporale; allo stato della rete dei servizi; all'accreditamento e all'utilizzo dei PL; alla tutela della salute mentale dei detenuti; ai rapporti con l'università; alla tutela della salute mentale per l'età evolutiva.
- una nota di chiarimenti (prot. 272_13 del 04.07.2013), in risposta al parere dei Ministeri (prot. 178_13), relativa allo stato di attuazione del Piano Nazionale Salute Mentale. Nella nota viene precisato che tra gli obiettivi previsti dal Piano di Azione della Salute Mentale sono stati privilegiati quelli per i quali fosse possibile accedere ai fondi per la prevenzione e per gli obiettivi di Piano. Il documento evidenzia le azioni poste in essere per la tutela della salute mentale in età adulta e relativamente alla tutela della salute mentale in infanzia e in adolescenza. t

Relativamente alla verifica adempimenti per il punto s) ass. domiciliare e residenziale la Regione è inadempiente per l'anno 2011. La Regione ha inviato il prot. 282/13 .

In materia di riequilibrio ospedale territorio la proposta di PO prevede quanto segue. Sono presenti interventi articolati sui tre anni di vigenza del programma per la definizione della rete dei centri del dolore di primo e secondo livello, la definizione da parte delle ASP delle strutture territoriali (hospice) e domiciliari dedicate alla terapia del dolore, e l'istituzione delle UCPD (unità cure palliative domiciliari).

Inoltre è prevista la riorganizzazione dell'assistenza primaria attraverso la definizione dei distretti e la definizione del ruolo delle Dipartimento delle cure primarie. Nell'ambito del distretto (alle dipendenze del dipartimento cure primarie) operano le Unità di Cure Primarie, i CAPT e le CdS. E' prevista la definizione dell'accordo integrativo regionale dei MMG finalizzato anche alla rimodulazione delle forme di associazionismo.

Si rileva, rinviando al parere, che non sono previste le date di attuazione degli interventi e gli obiettivi definiti devono essere dettagliati in puntuali interventi. Andrà definito con maggior chiarezza il ruolo del distretto e quello delle UCP come soggetti erogatori del servizio. E' necessario inoltre che in relazione allo sviluppo delle UCP siano definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi e che sia fatta una valutazione sui costi.

In relazione alle liste di attesa sono previste generiche azioni di monitoraggio del sistema CUP.

E' necessario che tali interventi siano dettagliati e accompagnati da un indicatore di risultato, nonché che sia previsto un preciso cronoprogramma.

Nella proposta di PO è prevista la riqualificazione dei servizi pubblici e privati accreditati per la tutela delle dipendenze, con la realizzazione di un sistema informativo e di un osservatorio.

E' prevista anche la realizzazione di strutture di cura, recupero, riabilitazione rivolte ai minori e ai giovani adulti con problematiche psico-patologiche e cliniche d'urgenza e a soggetti con problematiche giudiziarie. **In merito si segnala la necessità di rendere coerente tale intervento con quanto programmato anche in merito alla rete ospedaliera.**

In relazione alla salute mentale è prevista l'adozione della rispettive linee guida per la salute mentale e la relativa adozione da parte della ASP. Si fa riferimento anche al raggiungimento degli standard assistenziali previsti dal Comitato LEA.

E' prevista anche la definizione di una apposita scheda per la valutazione del disabile, che sarà introdotta in via sperimentale a Reggio Calabria.

E' prevista per ogni distretto l'attivazione di un PUA, dell'UVM e l'introduzione e l'utilizzo della scheda di valutazione multidimensionale.

E' previsto, inoltre, il potenziamento della assistenza domiciliare integrata anche attraverso un atto formale che assegni ai Direttori generali obiettivi vincolanti in ambito di ADI anche al fine del raggiungimento dello standard nazionale. In materia di integrazione socio sanitaria sono, inoltre, previsti: interventi per informare la popolazione; azioni volte all'implementazione delle Linee guida sul sistema delle cure domiciliari e l'accesso ai servizi territoriali approvate con DPGR n. 12/11.

Rispetto alla Case della Salute in linea generale si dichiara che si procederà con la definizione delle Case della Salute negli otto siti individuati in attuazione del Piano.

In relazione alla continuità assistenziale si prevede la sperimentazione e la successiva costituzione per ogni ASP/Distretto di una centrale di continuità Ospedale/territorio. Per accedere ai servizi di tale centrale è istituito il numero unico di guardia medica.

In relazione alla complessiva organizzazione dell'assistenza territoriale sia per le Cure Domiciliari che per l'implementazione dell'assistenza semiresidenziale la regione dichiara che non risultano delibere di attuazione (vengono infatti nuovamente riportate le tabelle del DPGR 18/10).

Per l'assistenza residenziale extra-ospedaliera viene previsto che le ASP dovranno presentare la propria proposta per la riorganizzazione delle strutture pubbliche e private. Le proposte saranno poi validate dalle Asp. Successivamente sia le Asp che i distretti attueranno la programmazione validata dalla Regione. Solo nel 2015 verranno previsti i criteri per l'accesso alla residenzialità.

Nel rinviare al parere si evidenzia il grande ritardo con cui la regione sta riorganizzando la rete dell'assistenza territoriale, in relazione alla quale, peraltro, ancora non emerge una visione sistemica e integrata tra i vari settori interessati.

Prioritariamente si invita la regione a separare le azioni previste nei confronti dei malati cronici non autosufficienti, anche anziani, e quelle previste nei confronti delle persone disabili, così come è stato fatto per le persone con dipendenze patologiche, per i minori e per i pazienti psichiatrici. Secondariamente, è necessario che sia l'offerta delle strutture attualmente presenti sul territorio sia il fabbisogno stimato siano chiaramente articolati per intensità assistenziale. Solo a seguito della stima del fabbisogno per livello di intensità sarà possibile valutare se sia davvero necessario che il 50% dei p.l. delle RSA-M siano riservata a ricoveri temporanei con dimissione al domicilio. Si suggerisce di aggiornare le tabelle di pag. 237-238 con dati più recenti. Appare indispensabile che il P.O. traduca gli obiettivi generali individuati per l'area socio-sanitaria in azioni concrete, contestualizzate rispetto alle condizioni specifiche dei territori, e fornisca indicazioni chiare alle ASP su come realizzarle. Con riferimento all'assistenza domiciliare la regione dovrebbe integrare il programma con la definizione delle modalità di raccordo con i Comuni e loro associazioni per assicurare l'integrazione con i servizi sociali e illustrazione delle linee

programmatiche di utilizzo delle risorse provenienti dal Fondo Sviluppo e Coesione – Obiettivi di Servizio (delibera CIPE 79 dell’11 luglio 2012) e dal Piano d’azione coesione (delibera CIPE 96 del 3 agosto 2012).

10. RETE LABORATORISTICA (Programma 14 Linee di indirizzo)

Tavolo e Comitato nella riunione dell’8 aprile 2013 avevano ribadito la richiesta che la regione adottasse un piano di riorganizzazione dei laboratori pubblici e privati e che recepisce le linee guida nazionali in materia.

Non è pervenuto nulla.

Relativamente alla verifica adempimenti per il punto ak) riorganizzazione rete laboratoristica la Regione è inadempiente dall’anno 2007.

Nella proposta di PO non viene previsto un piano di riorganizzazione come richiesto dai Ministeri e come previsto dalla normativa vigente, anche se si prevedono genericamente accorpamenti e riorganizzazioni verso la produzione di un volume di prestazioni compreso tra le 200.000 e le 300.000 prestazioni e la rilevazione delle prestazioni specialistiche erogate.

E’ necessario integrare il programma con informazioni di dettaglio e tempistiche. – assistenza specialistica. Occorre specificare (pag. 193-194) la data entro la quale concludere le attività di recupero e la trasmissione delle ricette di specialistica al Sistema TS (entro il 31/12/2013).

11. RETE DELL’EMERGENZA-URGENZA (Programma 15)

Nella riunione dell’8 aprile 2013 Tavolo e Comitato avevano evidenziato che non erano ancora state risolte le criticità riguardanti:

- il non allineamento dei parametri relativi alle postazioni di continuità assistenziale del progetto relativo agli Obiettivi di PSN con gli obiettivi e il cronoprogramma del PdR;
- la necessità di avere assicurazioni sull’attuazione degli interventi previsti nel cronoprogramma della riorganizzazione delle rete.

La struttura commissariale ha trasmesso una relazione di chiarimenti (prot. 291_13 del 04.07.2013), in risposta al parere dei Ministeri (prot. 70_13), in riferimento alla riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza prevista dal cronoprogramma ex DPGR 94/12. Nella nota viene evidenziato che la tematica sarà trattata nel programma operativo

Relativamente alla verifica adempimenti la regione risulta inadempiente per l’anno 2011 sul punto av) acquisizione dati NSIS-EMUR e per il punto aag) emergenza-urgenza.

Nella proposta di PO viene richiamato il cronoprogramma approvato con DPGR 94/12 prevedendo l’adeguamento strutturale e tecnologico delle Centrali Operative, la riorganizzazione delle postazione di emergenza territoriale, la realizzazione della rete di radiofrequenza integrata con la Protezione civile, la rimodulazione della continuità assistenziale, la riorganizzazione delle basi di elisoccorso, la costruzione delle elisuperficie.

Si rileva la necessità di inserire lo stato dettagliato degli interventi già realizzati, nonché un cronoprogramma delle attività, prevedendo un responsabile e interventi di monitoraggio dello stato di realizzazione della rete nel corso del triennio. Non sono chiare le intenzioni della regione in relazione alla distribuzione dei PPI.

Tavolo e Comitato ribadiscono la necessità di portare a compimento tempestivamente l'attuazione della riorganizzazione dell'emergenza-urgenza.

12. SANITÀ PENITENZIARIA (Programma 16)

Nella riunione dell'8 aprile 2013, Tavolo e Comitato, in riferimento al "Protocollo d'Intesa" fra il Presidente della Giunta Regionale ed il Ministro della Giustizia per l'attivazione del Centro Diagnostico Terapeutico presso la Casa Circondariale di Siano, avevano chiesto elementi ulteriori che dimostrassero l'effettiva disponibilità delle risorse necessarie a fare fronte ai maggiori oneri conseguenti all'attivazione del Centro.

Relativamente alla verifica adempimenti per il punto ap) sanità penitenziaria la regione è inadempiente per l'anno 2011. La Regione ha inviato il prot. 280_13, in istruttoria.

Il sub commissario D'Elia ha trasmesso una nota di chiarimenti (prot. 273_13 del 04/07/2013) in relazione alla casa circondariale di Siano e in risposta al parere dei Ministeri 255/2013. Nella nota vengono forniti chiarimenti in relazione alla struttura, al personale, alla branche specialistiche operative.

La struttura commissariale ha anche trasmesso il Decreto n. 91/13 (prot. 258_13 del 21.06.2013) che disciplina le Linee di indirizzo per la presa in carico integrata dei minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria".

Nella proposta di programma operativo sono previsti diversi interventi: ricognizione definitiva dei soggetti calabresi ristretti in OPG, attivazione della tutela della salute mentale, completamento della presa in carico dei soggetti, identificazione del "luogo" ove ospitare i soggetti con misure di sicurezza in corso e la formazione degli operatori.

Si rinvia al parere.

13. FARMACEUTICA (Programma 17 Linee di indirizzo)

Tavolo e Comitato nella riunione dell'8 aprile 2013 avevano valutato che sul versante dell'organizzazione dell'assistenza farmaceutica regionale, la Regione Calabria avesse evidenziato dal 2011 un rilevante miglioramento della propria capacità di gestione. La regione evidenziava una riduzione della spesa farmaceutica rispetto al consuntivo 2011 e rispetto al valore programmatico. Questo andamento della spesa al termine del IV trimestre 2012, rispetto al 2011, era prevalentemente riconducibile al contenimento della farmaceutica convenzionata, seppur la riduzione di questo capitolo della spesa farmaceutica fosse stata inferiore rispetto a quella media nazionale. Il monitoraggio dei tetti della spesa farmaceutica regionale della Regione Calabria evidenziava un positivo andamento nel 2012 rispetto all'anno precedente.

La Regione in materia di assistenza farmaceutica ha inviato:

- Decreto n. 61/13 (prot. 197_13 del 23.05.2013) avente ad oggetto: "*Monitoraggio governo delle attività relative all'uso di farmaci e dispositivi medici del Settore Farmaceutico nelle Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere della Regione Calabria - Costituzione Gruppo di Lavoro*". Esito parere: **Si chiede di avere copia della DGR 342/2011 al fine di verificare l'invarianza della spesa e si resta in attesa di quanto richiesto con il parere 377p/2012 e del Programma Operativo 2013-2015 da inviarsi entro il 5 luglio 2013.**
- Relazione di chiarimenti (prot. 290_13 del 04.07.2013) in risposta al parere dei Ministeri (prot. 290_13) in riferimento alle disposizioni del Decreto 100/12, di centralizzazione del coordinamento e della gestione tramite un'unica Azienda capofila regionale, per la distribuzione per conto. Nella relazione vengono evidenziate le azioni poste in essere per l'implementazione della distribuzione per conto nel territorio Calabrese e il relativo impatto economico finanziario

In materia di appropriatezza prescrittiva, la Regione ha inviato:

- Decreto n. 43/13 (prot. 146_13 del 28.03.2013) che modifica il DPGR n. 35 dell'11 aprile 2012 "Misure di promozione dell'appropriatezza e razionalizzazione d'uso dei farmaci e relativo monitoraggio, a modifica e integrazione della DGR 377/2010 e dei DPGR 17/2010 e DPGR 33/2011. - Obiettivo G05.S13.07. Parziale rettifica".

La proposta di PO prevede diversi interventi: la revisione del prontuario, il monitoraggio dell'applicazione delle linee guida sulla prescrizione dell'ossigeno liquido, il monitoraggio dei farmaci soggetti a note AIFA, l'incremento nell'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto anche al fine di allineare il tendenziale della spesa media pro-capite, la costituzione del Comitato etico ex Dl.158/12, la costituzione del centro regionale farmaco vigilanza e il reclutamento del relativo personale, il budget per i PLS e MMG per il controllo del tetto per la spesa della farmaceutica territoriale.

Si rinvia al parere.

14. SICUREZZA E RISCHIO CLINICO (Programma 18 Linee di indirizzo)

14.1 Rischio clinico

Nella riunione dell'8 aprile 2013, Tavolo e Comitato avevano rilevato l'esigenza di un miglioramento della attività di gestione del rischio clinico e dell'analisi delle problematiche assicurative, anche alla luce dell'intesa Stato Regioni del 20 marzo 2008 e delle normativa vigente (es. D.L. 158/12 art. 3 e 4).

In merito sono pervenuti il Decreto n. 78/13 (prot. 250_13 del 18.06.2013) e il Decreto 94/13 (prot. 268_13 del 03.07.2013) che recepiscono la raccomandazione n. 12 del Ministero della Salute "per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci Look-Alike/Sound-Alike (LASA) e approvazione indirizzi sulla modalità della loro gestione" e la raccomandazione ministeriale n. 14 "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antiblastici e centralizzazione della loro preparazione".

La struttura commissariale ha trasmesso la nota di chiarimenti (prot. 288_13 del 04.07.2013), in risposta al parere dei Ministeri (prot. 207_13), relativa all'istituzione del Registro di Artroprotesi di Anca e di Ginocchio della Calabria (RIPOC - Registro di Implantologia Protesica della Calabria). La struttura commissariale comunica che sta procedendo ad aggiornare il DPGR di istituzione del registro sulla base delle indicazioni ministeriali (non oneri aggiuntivi e partecipazione a titolo gratuito al Comitato RIPOC)

Lo schema di programma operativo prevede diverse azioni volte alla progettazione ed implementazione di un modello regionale di gestione del rischio clinico, con obiettivo di migliorare il debito informativo con i Ministeri, relative all'adozione delle raccomandazione emanate dal Ministero, per la definizione di un piano formativo per il tutto il personale sanitario, per la costituzione di diversi database relativi al rischio clinico.

La sezione appare essere molto sintetica e non entra nel dettaglio delle azioni previste.

15. ALTRI PROVVEDIMENTI RILEVANTI

15.1 Fondazione Campanella

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica dell'8 aprile 2013 prendevano atto dell'approvazione della legge regionale n. 6 del 2013 che integrava la legge regionale 63/12 relativa alla Fondazione Campanella.

I Tavoli avevano chiesto che la struttura commissariale nella sua interezza assumesse una posizione univoca in relazione all'attuazione dello specifico intervento contenuto nel Piano di rientro per il riassetto della Fondazione.

Tavolo e Comitato avevano anche evidenziato che nel predisponendo Programma operativo 2013-2015 l'assetto giuridico della Fondazione Campanella trovasse definitiva soluzione e che la struttura operasse compatibilmente con la programmazione regionale tenendo conto delle osservazioni dei Ministeri.

La struttura commissariale ha trasmesso il Decreto n. 42/13 (prot. 145_13 del 28.03.2013) e il Decreto 56/13 (prot. 163_13 del 30.04.2013) che definiscono rispettivamente il budget per l'Anno 2012 e il budget per l'anno 2013 della Fondazione Tommaso Campanella Esito parere: Si esprime parere negativo richiedendo integrazioni e chiarimenti come da parere

Tavolo e Comitato, nel rinviare allo specifico parere, rilevano che è opportuno che i tetti vengano definiti in tempi compatibili con un'adeguata programmazione regionale e di non comprendere le motivazioni per cui la definizione del budget della Fondazione, erogatore privato, avvenga con una procedura differente da quella prevista per gli altri erogatori.

La regione ha trasmesso una nota (prot. 150_13 del 10.04.2013) relativa al percorso per l'attuazione di quanto previsto dall'art. 1 comma 4 della legge regionale 63/2012 recante "ridefinizione a regime dell'assetto giuridico della Fondazione Campanella".

La nota riporta diversi allegati in particolare: la lettera del Presidente della Fondazione Campanella dalla quale si evince che la Fondazione lamenta uno squilibrio economico negativo superiore a 25 milioni di euro; le osservazioni dei sub commissari rispetto L.R. 63/12 come modificata dalla L.R. 6/2013; lo schema di Intesa per il trasferimento delle unità operative della Fondazione Campanella proposto dal Commissario e le relative osservazione del Rettore; le osservazioni della commissione per l'accreditamento della struttura. Esito parere: Si rinvia a quanto richiesto nei pareri prott. nn. 46/p e 114/p del 2013. (prot. 236_13)

Tavolo e Comitato rilevano che la nota non supera i rilievi rappresentati nei precedenti pareri, sottolineano la necessità di garantire che le strutture eroganti prestazioni a carico del SSR siano in possesso dei requisiti specifici previsti dalla normativa e ricordano che eventuali disavanzi della Fondazione Campanella, struttura privata, non potranno gravare sul FSR.

Successivamente il Commissario ha trasmesso una nota (prot. 267_13) dove ribadisce l'efficacia della clausola di cedevolezza inserita nella legge sulla Fondazione Campanella. Il Commissario sostiene che il nuovo quadro normativo supera i rilievi dei Ministeri affidando al commissario specifiche competenze.

I Sub-commissari, invece, sostengono (270_13 del 03.07.2013) che nonostante l'approvazione della clausola di cedevolezza, è necessario anche dar seguito alle ulteriori criticità evidenziate dai Ministeri con il parere relativo alla L. 63/12.

Tavolo e Comitato ribadiscono di rimanere in attesa dei chiarimenti e delle modifiche richieste con il parere 114P/13. Evidenziano, infatti, che l'approvazione della clausola di cedevolezza risponde solo in parte ai rilievi di cui al parere 114P (il problema dell'accreditamento della Fondazione, la richiesta del Piano oncologico, la risoluzione delle problematiche inerenti l'offerta di servizi sanitari della sola città di Catanzaro, il problema del personale dipendente della fondazione).

Ulteriore documentazione

La struttura commissariale ha trasmesso, in risposta ai rilievi dei ministeri (prot. 514_12), una nota di chiarimenti (prot. 284_13 del 04.07.2013) relativa alle attività intraprese della struttura denominata Centro regionale sangue (programmazione autosufficienza sangue, gestione sistema informativo, attività di gestione del Plasma, attività formative, attività di audit presso le

strutture trasfusionali regionali, Piano di riordino delle rete trasfusionale calabrese) e al relativo finanziamento (L.219/2005, D.Lgs 207/2007, Dlgs. 208/2007).

Con il Decreto n. 69/13 (prot. 216_13 del 29.05.2013) la struttura commissariale recepisce l'Accordo, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul documento che riporta indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'erogazione sul territorio italiano dell'assistenza sanitaria alla popolazione straniera .

Tavolo e Comitato, comunque, fanno presente che il punto 1.1.1 del menzionato accordo (pag. 6) e che il punto 1.2.1 (pagg.20 e 21) prevedono rispettivamente l'iscrizione obbligatoria dei minori stranieri presenti sul territorio a prescindere dal permesso di soggiorno e l'individuazione del Ministero dell'Interno e della Regione come amministrazioni competenti per il rimborso delle prestazioni rese ai soggetti stranieri non in regola con il permesso di soggiorno (STP), ai sensi del disposto di cui all'art. 35 del Testo Unico in materia di immigrazione, di fatto confermando che dall'accordo non possono derivare maggiori oneri rispetto a quanto previsto dalla normativa vigente.

G. VERIFICA ADEMPIMENTI

A seguito dell'istruttoria della documentazione prodotta dalla Calabria per la verifica degli adempimenti relativi agli anni 2005, 2006, 2007, 2008 e 2009 risulta quanto segue:

Anno 2005

La regione risulta ancora inadempiente con rinvio al PDR alle lettere aa), e ag) in quanto legate nella valutazione all'equilibrio di bilancio.

Anno 2006

La regione risulta ancora inadempiente:

- alla lettera b) in quanto tale adempimento potrà ritenersi superato quando la regione avrà positivamente superato la verifica dell'adempimento b) per l'anno 2010;
- alla lettera ag) in quanto la valutazione legata all'equilibrio di bilancio.

Anno 2007

La regione risulta ancora inadempiente:

- alla lettera b) in quanto tale adempimento potrà ritenersi superato quando la regione avrà positivamente superato la verifica dell'adempimento b) per l'anno 2010;
- alle lettere c), e), m), ak);
- alle lettere l), aa) e ag) in quanto la valutazione legata all'equilibrio di bilancio.

Anno 2008

La regione risulta ancora inadempiente:

- alla lettera b) in quanto tale adempimento potrà ritenersi superato quando la regione avrà positivamente superato la verifica dell'adempimento b) per l'anno 2010;
- alle lettere c), d), e), m), ak).
- alle lettere l), aa) e ag) in quanto la valutazione legata all'equilibrio di bilancio.

Anno 2009

La regione risulta ancora inadempiente con rinvio al PDR per i punti: c), e), l), m), y), aa), af), ag) e ak).

In particolare sull'adempimento ag) "contenimento spesa per il personale 2009": manca la Tabella 2 relativa al consuntivo 2009.

Anno 2010

Per l'anno 2010 sono presenti le seguenti criticità:

Inadempiente con rinvio al PdR per le lettere:

- b) beni e servizi: si evidenzia che risulta ancora non inviato il provvedimento concernente le sanzioni in materia di acquisto di beni e servizi. Al riguardo si richiama l'attenzione della regione su quanto dettagliatamente riportato e richiesto nel parere 79-P del 16 marzo 2012.
- c) obblighi informativi
- e) mantenimento erogazione Lea
- l) ripiano superamento tetti farmaceutica:
Con riferimento al rispetto dell'adempimento in materia di spesa farmaceutica territoriale (tetto del 13,3%) la regione Calabria ha fatto registrare un livello di spesa pari al 13,97% del livello di finanziamento con uno scostamento dal tetto di 23,186 mln di euro. In ogni caso la regione è adempiente in quanto la quota di compartecipazione alla spesa farmaceutica, pari a 44,303 mln di euro, è superiore al 30% dello scostamento.
Con riferimento al rispetto dell'adempimento in materia di spesa farmaceutica ospedaliera (tetto del 2,4%), la regione CALABRIA risulta inadempiente in quanto il livello di spesa per l'anno 2010 è risultato pari al 5,5%. La valutazione di tale superamento è legata all'equilibrio di bilancio;
- m) conferimento dati al SIS
- y) lea aggiuntivi
- aa) vincolo di crescita del 2%: valutazione legata all'equilibrio di bilancio;
- ab) certificazioni trimestrali: non risultano pervenute le certificazioni delle aziende
 - o I trim: 109, 201, 202, 203, 205, 912, 913 e 915;
 - o II trim: 109, 201, 202, 203, 204, 205, 912, 913 e 915;
 - o III trim: 109, 201, 202, 203, 204, 205, 912, 913 e 915;
 - o IV trim: 109, 201, 202, 203, 204, 205, 912, 913, 915 e 916.
- ad) accantonamenti personale dipendente e convenzionato: si rinvia a quanto richiesto al paragrafo C del verbale della riunione del 4 aprile 2012: *Tavolo e Comitato chiedono alla regione e all'advisor chiarimenti in ordine agli accantonamenti contrattuali in caso di mancata erogazione e conseguente mancato inserimento a costo della relativa indennità di vacanza contrattuale in relazione sia al personale dipendente che al personale convenzionato alla luce delle riclassificazioni operate in sede di aggiornamento dei dati aziendali e riepilogativi regionali relativi al consuntivo 2010 avvenuto dopo la verifica effettuata nel mese di luglio 2011. Ad oggi non risulta pervenuta alcuna documentazione;*
- ae) accordi integrativi con i MMG/PLS: come riportato nel parere prot. 535P-2012, si resta in attesa di ricevere una relazione regionale sulle risultanze relative all'anno 2010, (*con nota n. 334371/SIAR (prot. 453) del 10/10/2012 la regione ha fatto presente di aver richiesto ai Direttori Generali delle ASP di verificare i dati del Sistema TS circa la percentuale di ricette informatizzate, prima della liquidazione della predetta indennità*);
- ag) contenimento spesa personale: permangono le criticità di cui al parere 423-P/2012;
- ak) riorganizzazione rete laboratori
- az) (attuazione art. 12 Intesa Stato-Regioni 3 dicembre 2009): manca documentazione;
- aaa) (certificazione in merito al blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non obbligatorie): manca documentazione.

Inadempiente per i punti:

- am) cartelle cliniche
- ar) consumi ospedalieri di medicinali.

Anno 2011

Relativamente alla verifica per l'anno 2011, sulla base della documentazione trasmessa e istruita, permangono le seguenti criticità:

Inadempiente con rinvio al piano di rientro:

- b) Acquisto di beni e servizi: si ribadiscono le criticità formulate per l'anno 2010 in ordine ai provvedimenti sanzionatori trasmessi dalla regione. L'analisi delle schede B è in corso.
- c) obblighi informativi;
- e) mantenimento erogazione Lea;
- f) posti letto;
- g) appropriatezza;
- m) conferimento dati al SIS;
- n) contabilità analitica;
- s) assistenza domiciliare e residenziale;
- y) LEA aggiuntivi;
- j), k) e ae) Tessera sanitaria:
 - o punto j): verifica piano di rientro:
 1. Qualità dei dati: criticità basso invio delle ricette di specialistica. Errori nella trasmissione delle ricette di specialistica (ticket e importo prestazioni).
 2. Utilizzo cruscotto TS: criticità In merito all'utilizzo da parte delle ASL dei dati TS ai fini del monitoraggio degli indicatori di farmaceutica (consumi, appropriatezza prescrittiva, indicatori AIFA) e di specialistica (verifica dei budget delle strutture private, appropriatezza prescrittiva, esenzioni da reddito) nel I semestre 2013 risulta un basso numero di accessi effettuati.
 3. Ricetta elettronica: in netto miglioramento, 84% di medici invianti al 30/06/2013. La regione ha sottoscritto con le associazioni di categoria dei medici di base convenzionati il piano di recupero per la trasmissione dei dati delle ricette (cfr. prot. 433/12) ed ha previsto, a partire dal 1/4/2013, l'avvio delle sanzioni previste dai vigenti accordi collettivi nazionali per i medici convenzionati (prot. 81/13).
Avviate le attività per la de-materializzazione della ricetta cartacea.
 - o punto ae): verifica piano di rientro: come da parere 535P-2012 si resta in attesa di ricevere una relazione regionale sulle risultanze relative all'anno 2011. *(Con nota n. 334371/SIAR (prot. 453) del 10/10/2012 la regione ha fatto presente di aver richiesto ai Direttori Generali delle ASP di verificare i dati del Sistema TS circa la percentuale di ricette informatizzate, prima della liquidazione della predetta indennità);*
- aa) vincolo di crescita del 2%: il rispetto è legato al raggiungimento dell'equilibrio economico complessivo;
- ab) certificazioni trimestrali di accompagnamento al conto economico:
 - o I trim: 2 su 10 attese. Non risultano pervenute le certificazioni delle aziende: 201, 202, 203, 204, 205, 912, 913 e 915;
 - o II trim: 2 su 10 attese. Non risultano pervenute le certificazioni delle aziende: 201, 202, 203, 204, 205, 912, 913 e 915;
 - o III trim: 2 su 10 attese. Non risultano pervenute le certificazioni delle aziende: 201, 202, 203, 204, 205, 912, 913 e 915;
 - o IV trim: 1 su 10 attese. Non risultano pervenute le certificazioni delle aziende: 201, 202, 203, 204, 205, 912, 913 e 915;
- ag) contenimento spesa personale dipendente: permangono le criticità di cui al parere 424-P/2012;
- ah) accreditamento;
- ak) riorganizzazione rete laboratori;

- az) attuazione art. 12 Intesa Stato- Regioni del 3 dicembre 2009: si rimanda alla lettera ag);
- aag) emergenza-urgenza;
- aaa) non risulta pervenuta documentazione.

Inadempiente:

- am) controllo cartelle cliniche;
- av) dati NSIS EMUR;
- aw) dati NSIS-SIAD;
- ax) dati NSIS-FAR;
- aab) dati NSIS - SISM;

La regione ha risolto il punto ap) sanità penitenziaria.

Anno 2012

Con riferimento all'anno 2012 l'istruttoria è in corso. Relativamente agli adempimenti di competenza MEF si fa presente che, ad oggi, risultano pervenute solo alcune certificazioni trimestrali di accompagnamento al conto economico.



CONCLUSIONI

Tavolo e Comitato, sulla base dell'istruttoria condotta in data odierna, valutano quanto segue:

- **in merito alla segnalazione dell'Autorità Garante della Concorrenza e del mercato inviata al Presidente della Giunta regionale della Calabria segnalano l'infondatezza del contenuto della predetta segnalazione in quanto quello della sanità non è vero e proprio mercato bensì un "quasi" mercato cui non si applicano le regole della concorrenza tout court ma il legislatore ha fortemente impresso dei vincoli alla libera concorrenza, essendo appunto un mercato atipico, ai fini della tutela delle prestazioni erogate e dei vincoli di finanza pubblica (si veda l'intero impianto normativo costruito per il SSN a partire dal d.lgs. 502/92);**
- **nel presupposto che le risorse FAS siano interamente disponibili nell'importo di 578 mln di euro di cui alla riunione del 23 luglio 2012, confermano che residua una esigenza di copertura per il debito al 31/12/2007 di 110 mln di euro;**
- **in merito al debito relativo all'anno 2008, prendono atto di quanto comunicato e restano in attesa della definitiva determinazione dei 15 mln di euro ancora oggetto di analisi. Ricordano che il risultato di gestione relativo all'anno 2008 evidenzia una perdita non coperta di 62,120 mln di euro mentre la valutazione del debito relativo a tale gestione evidenzia una esigenza di copertura massima di 140 mln di euro. Tali valori sono uno il doppio dell'altro. Pertanto Tavolo e Comitato chiedono alla regione e all'advisor un approfondimento in merito a tale discrepanza al fine di valutare definitivamente l'esigenza di copertura 2008;**
- **in merito agli adempimenti di cui al DL 35/2013 si rinvia alle attività in corso per le quali sarà redatto apposito verbale;**
- **la Regione Calabria a consuntivo 2012 presenta un disavanzo di 70,722 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture derivanti dal gettito delle aliquote fiscali massimizzare relative all'anno d'imposta 2013, che copre il 2012, stimato dal Dipartimento delle finanze in 114,220 mln di euro, il risultato di gestione evidenzia un avanzo di 43,498 mln di euro,**

- sulla base delle analisi condotte in relazione al debito 2007 non coperto, al disavanzo 2008 e 2009, al risultato di gestione 2011 e 2012, stimano il permanere di un debito non coperto di 198,940 mln di euro, scontando le risorse FAS per 578 mln di euro che al momento attuale non sono disponibili e sono vincolate alla riprogrammazione del “Piano Sud”, ancora non documentata.
Tavolo e Comitato evidenziano che i predetti 198,940 mln di euro sono inoltre al netto degli ulteriori oneri relativi agli ammortamenti non sterilizzati degli anni pregressi che sono oggetto della specifica ricognizione richiesta dal Tavolo e Comitato. Sono inoltre al netto del differenziale sul debito 2008 non coperto per il quale è stato chiesto specifico ulteriore approfondimento alla regione e all’advisor.
Infine Tavolo e Comitato fanno presente che il risultato non ingloba l’effetto della stima del gettito dell’ulteriore maggiorazione delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all’IRPEF per l’anno d’imposta 2013, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30, così come verificato nel verbale della riunione dell’8 aprile 2013, in attesa della relativa comunicazione da parte del competente Dipartimento delle finanze né la rideterminazione dei gettiti derivanti dalla massimizzazione delle aliquote;
- in merito allo Stato Patrimoniale della GSA e del consolidato regionale 2012 prendono ancora una volta atto del miglioramento della tenuta delle scritture contabili soprattutto da parte della regione. Prendono altresì atto della ricostruzione dei crediti e dei debiti verso la regione e chiedono alla struttura commissariale di conoscere i tempi per l’erogazione delle risorse al SSR. Ribadiscono ancora una volta che i fondi per l’attuazione della legge 210/92 non possono gravare sul FSR;
- in ordine all’andamento dei conti del I trimestre 2013 l’advisor stima di profilarsi di un disavanzo prima delle coperture di 68 mln di euro;
- in relazione allo schema di Programma operativo 2013-2015, rinviando al parere che sarà reso, evidenziano numerose criticità e mancanze e restano in attesa della trasmissione di un nuova bozza da inviarsi entro il 10 settembre 2013.
- in relazione alle azioni in materia di governance restano in attesa della più volte richiesta relazione generale;
- in materia di tetti di spesa restano in attesa dei chiarimenti richiesti con i rispettivi pareri rispetto alle procedure di definizioni degli stessi. Nello schema di PO, inoltre, mancano azioni, anche rilevanti, relative ad esempio alla definizione della remunerazione delle funzioni assistenziali e all’adeguamento alla normativa nazionale per la definizione della compartecipazione a carico dei comuni/utenti;
- in relazione alle tariffe per le prestazioni rese dalle strutture di assistenza territoriale extraospedaliera valutano negativamente lo schema di decreto trasmesso dalla struttura commissariale e chiedono di attivare la procedura di cui all’articolo 2, comma 80, della legge 191/200 per la abrogazione della normativa regionale in contrasto con la legislazione nazionale vigente e con il Piano di rientro;
- relativamente all’atto intesa tra Fondazione Campanella e AOU Mater Domini rappresentano che permangono diverse criticità (requisiti per l’accreditamento della Fondazione, posti letto di cardiocirurgia dell’AO di Reggio Calabria, finanziamento delle strutture, gestione dei servizi comuni, modifica statuto della Fondazione, personale). Inoltre rispetto alla Fondazione Campanella ribadiscono l’esigenza di ricevere gli atti conseguenti al parere 114/13 relativo alla legge regionale n. 63/12 che definisce l’assetto giuridico della Fondazione Campanella;

- in materia di personale rilevano che in relazione al disavanzo sanitario non coperto relativo agli anni 2012 e precedenti opera, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 174 della legge 311/2004 s.m.i. il blocco automatico del turn over del personale del SSr fino al 31/12/2015. Rilevano inoltre che la norma relativa alla stabilizzazione, l.r. 12/2013, risulta in contrasto con il Piano di rientro ed è stata impugnata davanti alla Corte Costituzionale. Per tale ragione chiedono di attivare la procedura di cui all'art 2 comma 80 della legge 191/09, nonché la rimozione dal documento programmatico definitivo;
- l'aggiornamento delle Linee guida per gli atti aziendali risponde parzialmente ai rilievi espressi dai Ministeri con i rispettivi pareri;
- rispetto alle reti assistenziali restano in attesa del richiesto atto complessivo di programmazione, anche in virtù del grave ritardo con cui la struttura commissariale sta operando in relazione alla riorganizzazione delle reti territoriale e della rete laboratoristica;
- rispetto alla tematica dell'emergenza urgenza ribadiscono la necessità di portare a compimento con la massima tempestività l'attuazione della riorganizzazione rete;
- valutano ancora non conclusa la verifica adempimenti per gli anni 2011 e precedenti. Rilevano il ritardo nella trasmissione della documentazione relativa alla verifica adempimenti 2012.

In considerazione delle numerose criticità inerenti gli atti regionali e le leggi in contrasto con il Piano di rientro e con i poteri commissariali, chiedono al Commissario di attivare la procedura per la rimozione delle stesse e segnalano che l'approvazione continua da parte del Consiglio regionale di provvedimenti in contrasto con il Piano di rientro e con i poteri commissariali sia indicativa di criticità nell'esercizio delle funzioni ordinarie proprie degli organi regionali

In merito al gravissimo ritardo riguardo agli interventi connessi all'erogazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza anche, al fine di evitare che si creino i presupposti di cui all'art. 2, comma 84, della legge 191/2009, invitano il Commissario ad attuare tempestivamente ogni utile azione necessaria per garantire l'erogazione dei LEA in maniera uniforme sul territorio regionale.

Dopo la pausa estiva si riservano di effettuare la verifica puntuale delle gravi criticità segnalate.