

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

Regione Lazio

Riunione del 30 luglio 2013

Oggetto della riunione:

- **Risultato di gestione anno 2012**
- **Analisi stato patrimoniale anno 2012**
- **Attuazione decreto legislativo n 118/2011**
- **Verifica 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), della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, del Dipartimento per gli Affari regionali il Turismo e lo Sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, del Coordinamento delle regioni per gli affari finanziari – Regione Lombardia, del Coordinamento delle regioni per la sanità – Regione Veneto, dell'ulteriore rappresentante della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome – Regione Toscana;
- 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), del Dipartimento per gli Affari regionali il Turismo e lo Sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, del rappresentante della Regione Puglia;
- il Sub commissario dott. Giorgi della Regione Lazio;
- l'advisor contabile.

Alla riunione ha partecipato l'Aifa.

OGGETTO DELLA RIUNIONE

Nella riunione del 17 aprile 2013 Tavolo e Comitato avevano valutato che a IV trimestre 2012 la Regione Lazio presentava, dopo le coperture fiscali e includendo i rischi, un avanzo di 147,818 mln di euro.

In merito a tale risultato, Tavolo e Comitato hanno ricordato che l'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011 prevede che resta fermo quanto previsto dall'articolo 1, comma 6, dell'Intesa Stato – Regioni del 3 dicembre 2009 per cui eventuali risparmi nella gestione del SSN effettuati dalle regioni rimangono nelle disponibilità delle regioni stesse. Hanno, quindi, precisato che gli eventuali risparmi nella gestione del SSR dovranno essere accertati da Tavolo e Comitato stessi con riferimento all'intera gestione sanitaria regionale sia da un punto di vista patrimoniale che economico; solo a seguito di tali analisi le regioni potranno effettivamente disporre di eventuali eccedenze.

Con riferimento alla documentazione trasmessa in attuazione del Piano di rientro e successivi Programmi operativi, Tavolo e Comitato valutavano, inoltre, il persistere di numerose criticità già riscontrate nelle precedenti riunioni di verifica.

In particolare le criticità riguardavano:

- i mancati trasferimenti di ingenti risorse preordinate per il SSR da parte del bilancio regionale;
- la bozza di Programma operativo 2013-2015 trasmessa dal precedente Commissario dott. Palumbo. Si chiedeva al nuovo Commissario di ricevere un documento formalmente condiviso da quest'ultimo entro il 10 maggio 2013 integrato con uno specifico intervento relativo al piano dei pagamenti dei fornitori e con uno specifico intervento volto all'erogazione delle risorse del SSR trattenute dal bilancio regionale.
- la definizione dei rapporti con tutti gli erogatori privati e la corretta applicazione del DL 95/2012 in materia di tetti di spesa;
- il rilevante contenzioso;
- il quadro di dettaglio dell'intera rete ospedaliera e territoriale, più volte modificata;
- il mancato rinnovo dei Protocolli d'Intesa con tutte le università statali e non statali;
- la corretta conclusione delle procedure riguardanti l'accreditamento;
- la definizione delle azioni riguardanti il personale, date le criticità riscontrate in merito al mancato rispetto del blocco del turn over in talune aziende sanitarie;
- l'applicazione del DL 95/2012 in materia di beni e servizi;
- persistenza di criticità con riferimento a Tessera sanitaria e alla verifica adempimenti.

Alla luce di quanto valutato, pur persistendo diverse criticità gestionali, in considerazione del risultato di gestione positivo dopo le coperture, e per non aggravare ulteriormente la situazione di cassa già pesantemente gravata dall'ingente somma destinata al SSR trattenuta dal bilancio regionale, in considerazione anche di quanto disposto dal Dl 35/2013, Tavolo e Comitato, valutavano possibile erogare alla regione le spettanze residue relative all'anno 2010 e precedenti, pari a 540 mln di euro.

...

La riunione odierna è convocata per la valutazione del risultato d'esercizio consuntivo dell'anno 2012 con riferimento alle risultanze del conto economico consolidato e dello stato patrimoniale.

Nel corso della riunione sarà aggiornato lo stato di attuazione del decreto legislativo 118/2011. Sarà condotta la verifica dello stato di attuazione del Piano di rientro ed esaminati gli ulteriori provvedimenti commissariali trasmessi entro e non oltre il 5 luglio 2013. Inoltre sarà aggiornata la

verifica adempimenti per gli anni 2011 e precedenti. Sarà verificata la trasmissione della documentazione propedeutica alla verifica adempimenti 2012.

A. RISULTATO D'ESERCIZIO ANNO 2012

La Regione ha inviato al Sistema Informativo Sanitario i dati relativi al consuntivo 2012 accompagnati da relazioni di dettaglio predisposte dall'advisor e dalla regione stessa.

Preliminarmente la regione e l'advisor precisano che sono in corso le seguenti attività regionali:

- approfondimento dei principali scostamenti rispetto al IV trimestre 2012 con particolare riferimento agli interessi passivi, accantonamenti e poste straordinarie, stato di contabilizzazione dei recuperi per controlli esterni 2010-2011 e relativo stato di incasso;
- approfondimento dei dati economico-patrimoniali sulla base delle informazioni richieste per l'approvazione del bilancio d'esercizio 2012 tra cui nota integrativa, relazione sulla gestione e verbale del collegio sindacale e ulteriori prospetti integrativi richiesti nella circolare sul bilancio d'esercizio 2012.

Si resta in attesa degli esiti degli approfondimenti indispensabili ai fini del consuntivo 2012. Si precisa che non sono stati trasmessi tutti i documenti richiesti con particolare riferimento alla nota integrativa, rendiconto finanziario e relazione sulla gestione della GSA e del consolidato regionale. La regione precisa che il bilancio della GSA non è stato ancora predisposto né approvato. Si evidenzia il grave ritardo.

La regione ha trasmesso le linee guida inviate alle aziende per la redazione del bilancio d'esercizio 2012.

Si rappresenta che le singole comunicazioni tra regione e aziende devono essere trasmesse ai Tavoli in forma riepilogativa dalla regione.

Si segnala che con riferimento ai bilanci d'esercizio delle aziende anno 2011 la regione precisa che l'istruttoria propedeutica alla loro approvazione è stata conclusa e che sono in corso le attività connesse alla presa d'atto dei predetti bilanci d'esercizio con l'individuazione di eventuali prescrizioni che non influenzano il consolidato regionale.

Tavolo e Comitato prendono atto e sottolineano il ritardo. Chiedono informazioni sullo stato di approvazione dei bilanci 2012.

Tavolo e Comitato nel ricordare alla struttura commissariale che i modelli CE e SP sono allegati del bilancio 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 ad attivarsi affinché tutte le aziende del SSR laziale adottino il più celermente possibile i bilanci di esercizio e invitino il responsabile della GSA a redigere il proprio bilancio. Il tutto al fine di poter redigere il bilancio consolidato regionale per l'anno 2012 che, ai sensi dell'articolo 32 del d.lgs. 118/2011 avrebbe dovuto essere redatto ed approvato dalla Giunta regionale entro il 30 giugno 2013.

Entrate

- alla voce AA0030 relativa ai contributi in conto esercizio per FSN indistinto risultano iscritti 9.737, 842 mln di euro. Tale dato è superiore al valore assegnato alla regione e inglobato nel riparto FSN indistinto per l'anno 2012 per 0,778 mln di euro.

Si invita la regione a iscrivere il dato corretto di cui si terrà conto nella determinazione del risultato di gestione.

In merito al riparto del Fondo sanitario indistinto è intervenuto il DCA n. 278 del 27 giugno 2013 che ha rideterminato le assegnazioni delle aziende Roma A, Roma D, Roma E, Roma F, ASL Latina e della GSA stabilendo nel contempo che il risultato d'esercizio della GSA è destinato integralmente alle coperture del disavanzo economico consolidato del SSR dell'esercizio 2012.

Con riferimento al nuovo finanziamento assegnato alla GSA si fa presente che non c'è coincidenza tra quanto riportato nel decreto commissariale 278/2013 e quanto effettivamente iscritto a CE. Si invita la regione a verificare il dato.

La regione parla di uno scostamento di 0,248 mln di euro in fase di approfondimento. Dalle prime evidenze sembrerebbe derivare in parte dall'errata contabilizzazione di un'azienda di un'azienda relativa alla rideterminazione del FSR 2011. La differenza sono state contabilizzate dallo GSA al fine di allineare il consolidato regionale. Il FSR 2011 è stato ripartito nuovamente con DCA 102 del 22 giugno 2012.

La regione ha inviato la documentazione di supporto attestante l'iscrizione delle somme nel bilancio regionale 2012 da cui si evince l'accertamento del Fondo sanitario indistinto e l'impegno del Fondo sanitario indistinto al netto della mobilità, iscritta in appositi capitoli di entrata e uscita. **Si invita la regione a verificare che le somme iscritte siano esattamente corrispondenti alle singole voci del riparto 2012;**

- la voce AA0040 relativa al finanziamento del FSN vincolato, è valorizzata per 189,386 mln di euro. Tale dato è inferiore rispetto al valore assegnato alla regione e inglobato nel riparto FSN indistinto per l'anno 2012 per 0,119 mln di euro.

Si invita la regione a iscrivere il dato corretto di cui si terrà conto nella determinazione del risultato di gestione.

L'advisor evidenzia che i contributi vincolati non sono stati assegnati alle aziende per 3,4 mln di euro accantonati dalla GSA. La GSA ha inoltre accantonato somme per 0,3 mln di euro relative al disallineamento rilevato tra le somme assegnate/comunicate dai Ministeri competenti e contabilizzate nel 999 e le somme assegnate/impegnate dalla regione alle aziende. La regione ha trasmesso le determinazioni di riparto delle risorse relative agli obiettivi di piano e ad alcune somme vincolate.

La GSA iscrive nella voce AA0040 una somma di 10,753 mln di euro e provvede ad accantonare per quote inutilizzate la somma di 3,7 mln di euro.

Si chiedono chiarimenti stante la dichiarazione di aver assegnato tutto alle aziende salvo i 3,7 mln di euro.

Da quanto appreso dall'advisor, la regione dovrebbe accantonare i restanti 7 mln di euro, in considerazione del loro mancato utilizzo. Si invita la regione ad effettuare tale scrittura.

Con riferimento alla documentazione di supporto attestante l'iscrizione delle somme vincolate nel bilancio regionale 2012 in entrata e in uscita verso il SSR si precisa che, come risultante dai capitoli di bilancio regionale, non tutte le somme relative alle vincolate sono state accertate e/o impegnate.

Si chiede alla regione di attenersi al dettato del d.lgs. 118/2011 che all'art. 20, comma 2 lettera a) prevede l'accertamento e l'impegno nel corso dell'esercizio dell'intero importo relativo al finanziamento sanitario vincolato o finalizzato. Pertanto si invita la regione a provvedere al primo bilancio utile. Si invita la regione a verificare che le somme iscritte siano esattamente corrispondenti alle singole voci del riparto 2012 nei termini comunicati dal Ministero della salute.

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;

- con riferimento alle voci AA0070 (60,661 mln di euro) e AA0100 (69781 mln di euro) relative a contributi regionali extra fondo vincolati e altro, la regione precisa che si rilevano degli scostamenti tra quanto contabilizzato dalle aziende e quanto comunicato dalla regione. Tali scostamenti sono in parte dovuti a quanto disposto circa l'iscrizione a ricavo 2012 di eventuali trasferimenti da soggetti pubblici o da privati di competenza anno 2011 e ante. Gli ulteriori disallineamenti sono in fase di approfondimento. Nelle more degli approfondimenti la GSA ha accantonato circa 16 mln di euro pari al 75% dei disallineamenti tra assegnato e contabilizzato dalle aziende (al netto GSA)

Si chiedono maggiori chiarimenti alla regione su tale voce e all'advisor anche con riferimento alla sufficienza degli accantonamenti.

Si evidenzia che la struttura commissariale non ha fornito il dettaglio della natura di tali trasferimenti regionali per i quali già erano state riscontrate criticità in occasione dell'esame dei conti relativi al IV trimestre 2012. Si evidenzia che la voce AA0070 a IV trimestre risultava valorizzata per 105 mln di euro, praticamente dimezzati in occasione della trasmissione dei dati di consuntivo.

Nella voce AA0160 relativa ai finanziamenti per la legge 210 risultano contabilizzati 22,027 mln di euro in aumento di 18 mln di euro rispetto a quanto contabilizzato a IV trimestre.

Si chiedono informazioni con riferimento ai capitoli di bilancio regionale che accolgono i contributi da regione;

- la voce AA0080 – Contributi da regione extra fondo risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA è valorizzata per 808,682 mln di euro ed è iscritta dalla GSA a titolo di risorse aggiuntive regionali preordinate a valere sulla leva fiscale dell'anno d'imposta 2013 per l'equilibrio del 2012. La regione precisa che nel bilancio regionale tali risorse sono state stanziare nei capitoli d'entrata 121505 e 121509 per una valore complessivo di 886,018 mln di euro di cui 799,018 impegnate sul capitolo d'uscita H31550 a favore della sanità e 90 mln di euro impegnate per il pagamento delle rate del mutuo inerente il piano di rimborso per la ricapitalizzazione delle aziende nel periodo ante 2004.
La regione precisa, infine, che il conguaglio relativo agli anni precedenti pari a 9,664 mln di euro, sarà stanziato in sede di assestamento del bilancio di previsione 2013.

La regione ha inviato i capitoli di bilancio regionale di entrata e di uscita che accolgono tali somme. **Si invita la regione a controllare che l'accertamento e l'impegno corrispondano all'intero importo destinato alla sanità;**

- la voce AA0090 – Contributi da regione extra fondo risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA- non risulta movimentata.
Con riferimento all'erogazione di prestazioni extra lea si segnala che sono stati chiesti chiarimenti alla regione in quanto sul bilancio regionale 2013 alla Missione 13 "Tutela della salute", Programma 02 "Servizio sanitario regionale – finanziamento aggiuntivo corrente per

livelli di assistenza superiori ai LEA” sono presenti iscrizioni di importi rilevanti. Si ricorda che la regione ha dichiarato di non erogare LEA aggiuntivi. **Si chiedono chiarimenti non essendo finora pervenuti.**

La regione precisa che non vengono erogate prestazioni extra lea e che potrebbe trattarsi di un errore di denominazione del bilancio regionale.

Si invita la regione a controllare e ad inviare una relazione di chiarimenti;

- con riferimento al saldo di mobilità il dato iscritto a CE (-118,948 mln di euro) non coincide con il dato del riparto 2012 per 0,031 mln di euro.

Tavolo e Comitato chiedono alla regione di apportare sul conto economico tale rettifica in modo da renderlo coerente con l’Intesa sul Riparto 2012 e con quanto disposto dal decreto legislativo 118/2011. Nelle more di tale rettifica ne tengono conto nella determinazione del risultato di gestione;

- le voci AA0250 – rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti da regione per quota FSR e AA260 – rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi sono rispettivamente valorizzate per -13,097 mln di euro e -1,130 mln di euro.

L’advisor precisa che tale valore tiene conto delle indicazioni regionali disposte dalla nota regionale prot. 90470 del 17 maggio 2013 in attuazione alle disposizioni ministeriali contenute nel verbale del 17 aprile 2013. La verifica di recepimento da parte delle aziende delle disposizioni in oggetto è in corso. La regione precisa che sulla base degli approfondimenti attualmente condotti non si rilevano elementi di attenzione.

Si ricorda che la regione, con nota prot. 217121 del 22.11.2012, ha imposto l’interruzione immediata di ogni investimento non finanziato e imputato su spesa corrente; inoltre ha chiesto la rendicontazione degli investimenti 2012 su spesa corrente e la richiesta finanziamenti 2013.

E’ in corso la ricognizione sulla base dei dati di bilancio d’esercizio consuntivi. Ad oggi la ricognizione effettuata sono emersi investimenti finanziati con risorse correnti 2012 per circa 80 mln di euro. Sono in corso ricognizioni sulla verifica della coerenza degli investimenti effettuati con i singoli Piani di investimento; verifica dell’esistenza degli atti formali di assegnazione dei contributi in c/capitale contabilizzati; riconciliazione con gli impegni risultati dal bilancio regionale in merito ai finanziamenti per investimenti.

Si chiedono maggiori informazioni sugli investimenti effettuati.

Al riguardo, Tavolo e Comitato chiedono alla regione i motivi in base ai quali la rettifica è pari ad un importo inferiore al 20% del valore dei cespiti finanziati con i contributi in c/esercizio.

La regione riferisce che sono in corso i dovuti approfondimenti.

Tavolo e Comitato invitano, pertanto, la regione a volersi adeguare a quanto già fatto presente nel corso della predetta riunione del 17 aprile 2013 in merito alla corretta applicazione del principio contabile di cui all’articolo 29, comma 1 lett.b) come modificato dall’articolo 1, comma 36 della legge 228/12 (legge di stabilità 2013) in materia di ammortamenti di cespiti finanziati con il contributo in c/esercizio.

Con riferimento al ricalcolo degli ammortamenti con applicazione delle nuove aliquote per il periodo 2011 e ante si precisa che si osserva una riduzione rispetto al 2011 e che è in corso un approfondimento. La regione ha fornito alle aziende le seguenti indicazioni contabili:

- in caso di ammortamenti sterilizzabili: correzione dei fondi ammortamento specifici per categoria di cespiti nella misura del differenziale derivante dal ricalcolo con in contropartita i conti relativi ai contributi in c/capitale;

- in caso di ammortamenti non sterilizzabili: correzione dei fondi ammortamento specifici per categoria di cespiti nella misura del differenziale derivante dal ricalcolo con in contropartita utili (perdite) portate a nuovo.

Infine è stato chiesto alle aziende di fornire ulteriori informazioni in merito nella nota integrativa. Dalle prime evidenze contenute nei dati forniti da 16 aziende su 22 il valore di incremento dei fondi di ammortamento al 31.12.2011 derivante dal ricalcolo delle aliquote è di circa 18 mln di euro. E' in corso un approfondimento;

- la voce AA0280 – utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi esercizi precedenti da regione per quota FS è valorizzata per 4 mln di euro. La regione precisa che 3,5 mln di euro sono stati rilevati dall'azienda PUI, mentre circa 0,5 mln di euro sono stati contabilizzati dall'AO San Camillo Forlanini. Gli importi sono inerenti ad attività svolte nel 2012 ed accantonati dalle aziende nel consuntivo 2011.

L'advisor precisava, nel corso della precedente riunione, che l'importo iscritto dal PUI era frutto di un errore dell'azienda in quanto inerente fondi vincolati dell'anno precedente che l'azienda non doveva iscrivere a ricavo nel 2012. **Tavolo e Comitato chiedono chiarimenti su tale posta alla regione e all'advisor.**

L'advisor precisa che per il PUI si tratta effettivamente di quote accantonate in esercizi precedenti ed utilizzate nel 2012.

La regione ha fornito indicazioni alle aziende circa il trattamento contabile dei risconti passivi al 31.12.2011 ed è in corso la verifica del recepimento da parte delle aziende. Tale verifica ad oggi non ha rilevato elementi di attenzione.

Tavolo e Comitato invitano la gestione commissariale ad assicurarsi che le aziende contabilizzino correttamente le quote inutilizzate di contributi vincolate;

- la voce AA0290 - utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi esercizi precedenti da altri soggetti pubblici è valorizzata per 9,453 mln di euro. **Si chiedono informazioni su tale iscrizione;**

- con riferimento alla voce AA0560 – ricavi per differenziale tariffe TUC la voce non è valorizzata e la regione dichiara che non è da rilevarsi alcun differenziale tra le tariffe regionali e le tariffe TUC.

Tavolo e Comitato rilevano che la regione non valorizza il differenziale TUC nel modello CE come previsto dalla casistica applicativa emanata con il decreto in materia di certificabilità dei bilanci sanitari del 17 settembre 2012. Tale casistica prevede, difatti, che la differenza tra la tariffa regionale e la tariffa TUC genera l'esigenza di rilevare nella contabilità della G.S.A. un costo o un ricavo per "delta tariffe".

La regione precisa che esistono dei differenziali di tariffa regionale rispetto alla TUC e che la mancata valorizzazione di tale voce è da imputarsi ad un errore.

Si invita la regione ad iscrivere il dato corretto;

- con riferimento alla voce AA0600, mobilità internazionale, sono iscritti 5,151 mln di euro . A tale proposito l'advisor dichiara che è in corso un approfondimento che tenga conto anche delle nuove disposizioni introdotte dalla legge 222/2012, art. 1 comma 82 e 83. L'advisor fa inoltre presente che è in corso una ricognizione circa gli effetti prodotti dal recente accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni il 20.12.12 (atto rep.255/CSR) in materia di assistenza sanitaria alla popolazione straniera. In particolare, per i minori irregolari per i quali, in base a detto accordo, è prevista l'iscrizione obbligatoria al SSN con conseguente onere a carico del FSN. Tale aspetto assume una rilevanza particolare per la regione Lazio in considerazione del fatto che sul proprio territorio insiste una struttura pediatrica come quella dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

Tavolo e Comitato restano in attesa degli esiti dell'approfondimento.

Tavolo e Comitato, comunque, fanno presente che il punto 1.1.1 del menzionato accordo (pag. 6) 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;

- la voce AA0980 è valorizzata per 142,560 mln di euro ed è principalmente composta da:
 - o AA0990 per 8,213 mln di euro;
 - o AA1000 per 101,334 mln di euro;
 - o AA1020 per 5,134 mln di euro;
 - o AA1040 per 27,769 mln di euro

Si chiedono alla regione e all'advisor maggiori informazioni su tali voci e sulla corretta applicazione di quanto prescritto dal d.lgs. 118/2011, in materia di sterilizzazione delle sole quote di ammortamento dei cespiti acquistati in finanziamenti in c/capitale.

L'advisor precisa che potrebbero esserci degli errori di contabilizzazione, dal momento che la voce AA1000 "*Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti da Regione*" dovrebbe avere una valorizzazione di gran lunga inferiore rispetto alla voce AA0990 "*Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti dallo Stato*".

Si invita la regione a verificare e ad iscrivere i dati corretti nelle apposite voci.

Costi

- il costo del personale dipendente a tempo determinato e indeterminato risulta pari a 2.816 mln di euro in diminuzione rispetto al consuntivo 2011 di circa 115 mln di euro.

La tabella B IV trimestre evidenzia fuoriuscite nette per circa 1.566 unità di personale. Si chiede di conoscere se il dato è confermato nella tabella B del consuntivo. In ogni caso l'advisor specifica che la tabella B ha rilevato per alcune aziende scostamenti significativi rispetto al CE del IV trimestre 2012 e sono in corso approfondimenti.

L'advisor precisa che la regione ha inviato con ritardo le tabelle di monitoraggio del personale relative al consuntivo 2012 che risulterebbero in linea con il IV trimestre 2012. Ci sarebbero dei disallineamenti per il PUI in corso di approfondimento.

Con riferimento al personale dipendente si evidenzia che la riduzione osservata nei dati CE IV trimestre 2012 rispetto al consuntivo 2011 di circa 76 mln di euro, per 25 mln di euro è imputabile alla riclassifica operata dal PUI per i costi ex art. 31 DPR 761/79 che dal 2012 ha rilevato tali costi nell'indennità di vacanza contrattuale e non sanitaria. Per l'ASL RM C si rileva una riclassifica di conto di circa 15 mln di euro. Tale postafino al IV trimestre 2012 veniva contabilizzata dall'Asl nel conto CE BA1820 (lavoro interinale-area non sanitaria) mentre al consuntivo è stata rilevata nel conto CE BA1740 (altri servizi sanitari da privato). **Si chiedono chiarimenti.**

Relativamente all'indennità di vacanza contrattuale del personale dipendente si specifica che le aziende sanitarie, come da direttive regionali, hanno proceduto a contabilizzare la stessa nei conti di costo di competenza. La stessa risulta essere stata pagata ai dipendenti;

- il costo del personale non dipendente è pari a 120,611 mln di euro in aumento di circa 10 mln di euro rispetto al consuntivo 2011;

- il costo delle consulenze sanitarie pari a 55,6 mln di euro diminuisce di circa 4 mln di euro rispetto al consuntivo 2011. Il costo delle consulenze non sanitarie pari a 12,5 mln di euro diminuisce di 3,6 mln di euro rispetto al consuntivo 2011.

Considerando il complessivo costo del personale (dipendente e non, ivi ricomprendendo gli specialisti convenzionati interni e le consulenze e le altre forme di ricorso al fattore lavoro) rendicontato dalle aziende, il costo è pari a 3.347 mln di euro incluso accantonamenti e IRAP e diminuisce di circa 119 mln di euro rispetto al consuntivo 2011.

La regione precisa che effettua un monitoraggio costante del personale non dipendente e delle consulenze.

La regione precisa, inoltre, si aver aderito al progetto NOI PA per trasferire la gestione amministrativa del personale tramite la piattaforma Mef. Nel 2014 tale progetto riguarderà 7 aziende a sarà a regime nel 2015;

- con riferimento ai prodotti farmaceutici ed emoderivati la spesa complessiva rilevata nel 2012 è pari a 758 mln di euro in aumento rispetto al consuntivo 2011 di 20,6 mln di euro. Rilevano l'aumento per la Roma A (+5 mln di euro), la riclassifica di conto per RM D precedentemente rilevato nell'assistenza integrativa e protesica, l'incremento per Latina (+4 mln di euro), per il PUI (+3,6 mln di euro), per RM C (+3 mln di euro).

La regione ha prodotto uno schema riepilogativo al fine di illustrare le modalità di raccordo tra le voci CE 2012 e le corrispondenti voci CE 2011 e i corrispondenti importi economici.

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;

- con riferimento alla spesa farmaceutica convenzionata si rileva un valore contabilizzato a CE di 976 mln di euro in diminuzione rispetto al 2011 di 158 mln di euro da imputarsi principalmente a: sconto per attuazione art. 15, comma 2 della l. 135/2012 a carico dei farmacisti; riclassifica di circa 24 mln di euro della spesa per il servizio di distribuzione dei farmaci dal 2012 riclassificata nella voce "distribuzione farmaci e File F da privato"; effetto della messa a regime dei farmaci distribuiti in DPC da parte di RM A; all'appropriatezza prescrittiva; alla genericazione dei farmaci.

Si segnala che l'analisi degli scostamenti delle singole aziende effettuata dall'advisor fa riferimento ai dati di IV trimestre e non di consuntivo 2012.

Da evidenziare che il costo della spesa farmaceutica a dicembre 2012 (fonte gestionale DCR) è pari a 973 mln di euro a fronte dei 976 mln di euro rilevati dalle aziende. Il differenziale di 2,7 mln di euro è imputabile all'azienda RM E e potrebbe essere inerente al servizio di distribuzione

dei farmaci in DPC contabilizzato nei costi di farmaceutica convenzionata e non nel conto specifico. E' in corso un approfondimento.

Il dato rilevato tramite le DCR e il valore di Tessera sanitaria presentano uno scostamento di circa 6 mln di euro. Lo stesso scostamento era presente a IV trimestre ed era in via di risoluzione. **Si chiedono aggiornamenti;**

- con riferimento alla voce relativa a "altri beni e servizi" la spesa rilevata dalle aziende presenta un valore di 2.112 mln di euro in aumento di 22,6 mln di euro rispetto al consuntivo 2011 e un aumento di 18 mln di euro rispetto al IV trimestre 2012.

In particolare si rileva un incremento di 44,6 mln di euro per altri servizi di cui 22 mln di euro rilevati dalla GSA per contributi Arpa.

Si rilevano diverse riclassificazioni dei conti ministeriali adottate dalle aziende non quantificabili.

Si registra un decremento della spesa rilevato nei premi assicurativi di circa 15 mln di euro da imputarsi alle aziende che dal 2012 ricorrono alla copertura diretta dei rischi. E' in corso un approfondimento.

Tavolo e Comitato chiedono chiarimenti con particolare attenzione all'applicazione del DL 95/2012.

Tavolo e Comitato, poi, 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;

- con riferimento alla voce per medicina di base si registra un costo di 615 mln di euro con un aumento di 2 mln di euro rispetto al consuntivo 2011 e di 0,805 mln di euro rispetto al IV trimestre 2012;
- con riferimento alle prestazioni da privato risultano sottoscritti i contratti per il 2012. Con riferimento alla Fondazione S. Lucia, unica che non aveva sottoscritto il contratto, la regione fa presente che in data 29 aprile 2013 la struttura si è resa disponibile alla firma. Per il contratto stipulato con detta struttura si rinvia al paragrafo E. L'advisor precisa che per la struttura S.Lucia l'Asl RM C ha provveduto ad accantonare la stima per il codice 75 e sono in corso approfondimenti per gli eventuali accantonamenti operati dalle ASL verso le strutture del gruppo INI.

L'importo dei tetti di spesa per le prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale è stato rideterminato con i decreti nn. 348 e 349 del 2012.

Si segnala che nel 2013 sono stati rideterminati alcuni tetti di spesa per l'anno 2012 e per l'anno 2011 e precedenti.

Si ricorda, come più volte sottolineato anche dai Ministeri affiancanti, che la continua rideterminazione dei budget anche riferiti ad annualità passate non sia indice di una corretta programmazione del fabbisogno assistenziale né di una corretta gestione delle risorse economiche a disposizione.

Si segnala l'estrema difficoltà nel seguire il rispetto della programmazione da parte della regione che provvede a definire in una miriade di provvedimenti diversi e spesso discordi tra loro i rapporti con gli erogatori privati.

In particolare:

- o per l'ospedaliera il valore iscritto a CE è pari a 1.262 mln di euro. L'advisor precisa che applicando i dati di produzione a consuntivo 2012 i decreti vigenti al mese di aprile 2012 per

i contratti sottoscritti comprensivi delle integrazioni intervenute il valore che ipotizza iscrivibile a CE è pari a 1.264 mln di euro. Non si comprende la dicitura di ipotesi di valore da iscrivere a CE. Si ricorda che il CE in questione è un consuntivo che non ha ipotesi di valori ma valori certi che hanno portato alla sua compilazione.

Sempre dalla relazione dell'advisor si evince un valore di budget complessivo e comprensivo delle funzioni di 1.316 mln di euro e include quanto decretato con i DCA 349/2012, 498/2012, 11/2013, 14/2013 e 139/2013.

A questo importo si aggiungono 6,7 mln di euro di accantonamenti di budget 2012 ancora in istruttoria fino ad un valore di 1.323 mln di euro. Si segnala che il valore massimo dei tetti di spesa stimato secondo i criteri del DCA 349/2012 risulta pari a 1.328 mln di euro prima dell'applicazione dell'effetto dei controlli di appropriatezza e sulle cartelle cliniche.

L'advisor segnala che per la lungodegenza lo scostamento tra valore di produzione a consuntivo osservato per alcune strutture evidenzia l'esigenza di verificare se i dati di produzione consentono di rendicontare i volumi di produzione di competenza dell'anno in essere al fine di evitare sopravvenienze passive.

Si segnala che tale fattispecie costituisce un possibile rischio sui conti della regione e si invita a relazionare in merito.

Si specifica che tale stima tiene conto solo degli abbattimenti APPRO, APA Farmed, Femori, ricoveri ripetuti e sulle cartelle cliniche e non dei controlli esterni di congruità e appropriatezza. **Nel prot. 325 la struttura commissariale parla di un valore dei controlli esterni pari a 60 mln di euro. L'advisor parla di un effetto Appro e controlli automatici di 38,688.**

Si chiedono chiarimenti sulle motivazioni per cui non sono stati ancora effettuati i controlli esterni di congruità e appropriatezza stante che, come specificava l'advisor nella scorsa riunione, tali dati sono disponibili in occasione del consuntivo. La regione precisa in una nota che sono in corso di elaborazione.

La regione precisa che i controlli esterni vengono effettuati con un anno di ritardo e che l'effetto di tali controlli potrebbe non essere già scontato nei conti.

Si invita la regione a verificare e iscrivere il dato corretto. Si invita anche la regione a richiedere le relative note di credito.

Con riferimento ai controlli esterni e al controllo dell'appropriatezza si invita la regione a costruire meglio il fabbisogno e i relativi budget in quanto il dato relativo ai controlli esterni pari a 60 mln è indicativo di una non adeguata e appropriata erogazione dei LEA. Si invita la regione a tener conto di tale dato nella definizione dei budget e a rivedere anche il sistema dei controlli in modo da non incentivare l'inappropriatezza.

L'advisor parlava a IV trimestre di un possibile overbudget da monitorare di circa 75 mln di euro già al netto delle somme accantonate. **Si chiedono aggiornamenti.**

Si chiede il pieno rispetto di quanto segnalato dai Ministeri affiancanti con riferimento all'applicazione del DL 95/2012 nella costruzione dei budget;

- per la specialistica ambulatoriale il valore iscritto a CE è pari a 372 mln di euro. L'advisor precisa che applicando i dati di produzione a consuntivo 2012 i decreti vigenti al mese di aprile 2012 per i contratti sottoscritti unitamente alle integrazioni previste dai decreti 496/2012, 499/2012, 501/2012, 11/2013, 14/2013 la stima del valore della produzione

iscrivibile a CE è pari a 373 mln di euro a fronte di un importo dei budget decretati di 385 mln di euro.

I budget sono stati attribuiti con i decreti 348/2012 e corretti con i decreti 496/2012, 499/2012, 501/2012, 11/2013, 14/2013 e 201/2013 per un importo totale di 385 mln di euro. A questo importo si aggiungono ulteriori 3 mln di euro per i budget 2012 ancora in istruttoria fino ad un valore di 388 mln di euro. L'advisor segnala che il valore massimo dei tetti stimato secondo i criteri del decreto 348/2012 risulta pari a 395 mln di euro. Il dato sulla dialisi include anche l'accantonamento registrato a costo per la struttura Villa Sandra.

Tavolo e Comitato evidenziano che i budget 2012 sono stati più volte modificati. Si chiede di programmare meglio il fabbisogno e di non apportare correttivi nel corso dell'anno;

- per l'altra assistenza si registra un valore complessivo, compresa la riabilitazione extra-ospedaliera, di 788 mln di euro, superiore di circa 42 mln di euro rispetto al consuntivo 2011. In particolare, si registra un incremento della spesa per trasporti sanitari di circa 7,4 mln di euro imputabile principalmente ad ARES.

Con riferimento alla distribuzione di farmaci e File F da privato il CE rileva un dato di 107,4 mln di euro di cui 79,8 mln di euro attribuibili al File F. L'incremento rispetto al 2011 è da imputarsi prevalentemente alla riclassifica operata dal 2012 della spesa per il servizio di distribuzione della DPC di circa 30 mln di euro. A tal proposito l'advisor evidenzia che i dati di consuntivo 2012 presentano uno scostamento di circa 2,7 mln di euro rispetto al valore desumibile dai flussi gestionali. Tale differenza potrebbe essere imputabile all'Asl RM E in quanto potrebbe avere rilevato il servizio di distribuzione dei farmaci in DPC nei costi di farmaceutica convenzionata. E' in corso un approfondimento.

Con riferimento alle prestazioni socio-sanitarie da privato si rileva un incremento di 20,7 mln di euro.

Accantonamenti

Il totale gli accantonamenti dell'esercizio iscritti a CE consuntivo 2012 è pari a 374 mln di euro.

Gli accantonamenti per rischi effettuati dalla GSA sono pari a circa 44 mln di euro e si riferiscono a:

- prestazioni da privato – ospedaliera per 14,4 mln di euro;
- prestazioni da privato – specialistica ambulatoriale per 4,8 mln di euro;
- prestazioni da privato – riabilitazione extra ospedaliera per 7,5 mln di euro;
- prestazioni socio sanitarie da privato per 9,4 mln di euro (RSA);
- prestazioni socio sanitarie da privato per 8,2 mln di euro (Hospice).

Il valore contabilizzato dalle aziende è pari a 332 mln di euro circa.

Le aziende che presentano il valore più alto degli accantonamenti per rischi sono l'Asl RM A per 23 mln di euro di cui circa 20 a titolo di rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato a seguito del contenzioso promosso dalle strutture private accreditate con riferimento alla produzione di anni precedenti la sottoscrizione del Piano di rientro e il commissariamento; la RM D per 20 mln di euro connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato; l'Asl RM E per 64 mln di euro di cui prevalentemente per cause civili ed oneri processuali; l'Asl di Frosinone per 25 mln di euro di cui la maggior parte per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato con particolare riferimento a rischi diversi verso il S. Raffaele; il PUI per 29 mln di euro di cui 20,7 mln di euro relativi ad un accantonamento prudenziale per i ricavi contabilizzati dall'azienda a titolo di rimborso sul costo sostenuto dalla stessa per la mancata sostituzione del personale universitario cessato e 4 mln di euro per passività potenziali relative alla richiesta di rimborso dei costi sostenuti per l'anno 2012

dalla università per il personale “ex-prefettato”; 7 mln di euro iscritti dall’azienda RM C quasi tutti connessi a prestazioni sanitarie da privati in particolare per accantonamento cod. 75 S. Lucia il 70% dell’eccedenza del fatturato.

Tavolo e Comitato chiedono chiarimenti con riferimento ai rischi accantonati per prestazioni da privato, ai rischi iscritti dall’Asl RM E per cause civili (per la quale è stata trasmessa la medesima documentazione inviata in occasione dell’esame dei conti del IV trimestre e ai rapporti del PUI con l’Università La Sapienza.

La regione precisa in una nota che è in corso un’istruttoria a fronte del contenzioso generatosi a seguito dell’applicazione delle determinate regionali per il pagamento degli ospedali classificati dal 2004 al 2011.).

Si segnala che il valore degli accantonamenti per rischi relativi alle prestazioni da privato rappresenta l’iscrizione più alta dell’intero SSN e rappresenta il 60% del valore contabilizzato a consuntivo 2012 dall’intero SSN. Tale iscrizione è indicativa di un mancato governo del settore del privato accreditato.

Con riferimento agli altri accantonamenti il valore iscritto a CE è pari a 53,952 mln di euro. La regione ha inviato il dettaglio per azienda.

Nella voce altri accantonamenti la GSA ha provveduto ad accantonare, come precedentemente riportato, quota parte del differenziale rilevato (16 mln di euro) nei contributi regionali extrafondo tra il dato contabilizzato dalle aziende e quanto comunicato dalla regione in sede di bilancio con nota prot. 71329 del 18.4.2013. I principali disallineamenti si rilevano nell’azienda San Camillo e PUI.

L’advisor precisa che sono in corso le attività di riconciliazione degli accantonamenti della GSA con quanto rilevato nel bilancio regionale. Risulta da avviare un monitoraggio degli accadimenti in relazione ai quali è stato effettuato l’accantonamento negli anni dalla GSA.

Relativamente agli accantonamenti si precisa che sono in corso le seguenti attività regionali:

- approfondimento dei fondi rischi e oneri costituiti dalle aziende e GSA al 31.12.2012 e verifica della coerenza del relativo rischio di soccombenza. Si ipotizza che tale attività potrà concludersi per il bilancio d’esercizio 2013;
- approfondimento degli eventuali impatti economico-finanziari che potranno scaturire dalla sentenza del Consiglio di Stato 2470/2013. A tal proposito sulla base delle informazioni disponibili si ipotizza che gli esiti della sentenza potranno attenuare il rischio di soccombenza degli accantonamenti operati dalla GSA e dalle aziende.

Con riferimento alle indennità di vacanza contrattuale per il personale convenzionato la regione precisa che le aziende hanno provveduto ad accantonare un valore pari allo 0,75% del costo di competenza 2010 per l’assenza dei rinnovi da convenzione come da indicazioni regionali. In realtà il dato iscritto a CE è inferiore di 0,062 mln di euro rispetto al dato atteso.

Nelle more dell’adeguamento regionale, Tavolo e Comitato tengono conto di tale minore accantonamento nella determinazione del risultato di gestione.

Rimanenze

Con riferimento alla variazione delle rimanenze rilevata tra il consuntivo 2012 e il consuntivo 2011 di + 28,8 mln di euro si precisa che in parte tale variazione è da imputarsi al PTV a seguito del correttivo applicato nel consuntivo 2011 (6 mln di euro); all’azienda Rm A (17,7 mln di euro per differenziali delle rimanenze rilevate tra i due esercizi per i farmaci distribuiti in DPC).

Gestione finanziaria

Il saldo della gestione finanziaria è pari a -110,441 mln di euro. L'advisor precisa che gli interessi passivi riconosciuti nel 2012 a seguito di accordi transattivi regionali sono pari a circa 44 mln di euro.

Relativamente agli interessi impliciti di Sanim contabilizzati e sterilizzati dalle aziende (ricavi da regione extrafondo) si precisa che l'importo rilevato a CE consuntivo 2012 è pari a 59 mln di euro.

L'advisor consigliava un approfondimento degli eventuali impatti contabili che potranno manifestarsi con le transazioni commerciali dal 1° gennaio 2013 a seguito delle recenti disposizioni introdotte dal d.lgs. n. 192/2012 a seguito del recepimento della direttiva europea riguardante i tempi di pagamento (pagamento a 60 gg). **Si chiedono aggiornamenti.**

Gestione straordinaria

Il saldo della gestione straordinaria è pari a -21 mln di euro.

Si evidenzia prioritariamente che è in corso un'istruttoria regionale relativa alle componenti straordinarie contabilizzate dalle aziende in quanto si rileva una significativa variazione dei dati tra IV trimestre e consuntivo 2012.

Con riferimento ai proventi straordinari pari a 201,9 mln di euro, in aumento di 94 mln di euro rispetto al IV trimestre, gli importi maggiori sono relativi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato il cui importo aumenta di 40 mln di euro rispetto al IV trimestre 2012 (in particolare si segnala l'azienda RM E per 30 mln di euro, l'azienda Roma A per 19 mln di euro, l'azienda di Frosinone per 17 mln di euro). Si segnala sempre per la RM E un valore di 28 mln di euro di altre insussistenze v/altri non meglio dettagliate.

La regione precisa che sono in corso approfondimenti sulle sopravvenienze attive verso ospedali accreditati iscritte da RM A; RM D; RM E; RM H e Frosinone.

E' in corso anche una ricognizione sulle sopravvenienze ed insussistenze attive per beni e servizi o verso terzi.

In merito ai proventi intercompany si specifica che, sulla base di indicazioni regionali, le aziende hanno provveduto a contabilizzare nelle voci relative a tali proventi l'eventuale sopravvenienza attiva derivante dall'applicazione del DCA 102/2012 avente ad oggetto l'aggiornamento e l'integrazione della ripartizione del FSR 2011 per un saldo totale di 9,8 mln di euro rilevati nel contempo nella GSA a sopravvenienza passiva intercompany in quanto già rilevati nell'esercizio 2011 a ricavo e non accantonati.

Tavolo e Comitato chiedono alla regione di rendicontare sull'incremento delle sopravvenienze attive e all'advisor se tutte le poste iscritte possono essere ritenute assentibili ovvero se sussistono elementi di rischio.

Si evidenzia che i proventi straordinari rappresentano il valore assoluto più alto in Italia e rappresentano il 22% del totale dei proventi straordinari contabilizzati dal SSN a consuntivo 2012. Al loro interno i proventi straordinari per le prestazioni da privato accreditato rappresentano , anche in questo caso, il valore in assoluto più alto in Italia e il 57% del totale dei proventi straordinari per prestazioni da privato accreditato contabilizzati a consuntivo 2012 dal SSN.

Si segnala che tali poste sono alla base del miglioramento che si registra sui conti e che, dalle informazioni fornite, l'iscrizione di tali poste necessita ancora di approfondimenti da parte della regione.

La GSA non ha iscritto proventi straordinari. A IV trimestre la GSA contabilizzava insussistenze attive per circa 6 mln di euro per rettificare il debito verso l'INRCA. La regione ora specifica che è stata conclusa l'istruttoria regionale che ha portato all'emissione del mandato di pagamento nei confronti della struttura. Tuttavia tenuto conto che tale posta non è rientrata nel perimetro di consolidamento dei dati patrimoniali 999 seppur coperti finanziariamente a conto economico negli anni precedenti si è proceduto ad apportare il correttivo nello SP 000 tra gli utili (perdite) portate della regione al 31.12.2012.

Con riguardo all'INRCA è pervenuta una nota della regione in cui si specifica che con determina B02557 del 19 giugno 2013 la regione ha impegnato l'importo di 15,5 mln di euro sul capitolo H31550 del bilancio di previsione 2013 destinato al pagamento dei crediti vantati dalla struttura nei confronti della regione a chiusura tombale di tutte le posizioni debitorie e creditorie tra le parti così come disposto dall'accordo sottoscritto in data 20.12.2012.

Si chiede conferma alla regione dell'effettivo pagamento.

Con riferimento agli oneri straordinari pari a 180,814 mln di euro, in aumento di 50 mln di euro rispetto al IV trimestre, si precisa che l'importo maggiore è contabilizzato dall'azienda RM D per 44,3 mln di euro di cui 34 mln di euro quali altre insussistenze passive v/terzi per giroconto quota parte di note di credito da ricevere non più da ricevere a vario titolo. La Asl RM E iscrive un totale di sopravvenienze passive di 44,8 mln di euro di cui 14,3 mln di euro relative all'acquisto di prestazioni sanitarie da privati. L'Asl di Frosinone iscrive un importo totale di 24,6 mln di euro di cui 13 mln di euro verso terzi e non dettagliate. L'Asl RM B iscrive 8,5 mln di euro per fatture di competenza anni precedenti.

La regione precisa che con riferimento alla RM D è in corso di approfondimento sullo storno operato su note di credito contabilizzate negli anni 2005 e ante per circa 35 mln di euro.

Sono anche in fase di analisi le sopravvenienze passive relative all'acquisto di beni e servizi, le sopravvenienze passive verso personale; quelle rilevate dalla Asl RM E e dalla Asl di Frosinone.

In merito agli oneri intercompany le aziende hanno provveduto a contabilizzare nelle voci relative a tali oneri l'eventuale sopravvenienza passiva derivante dall'applicazione del DCA 102/2011 per un totale di 9,8 mln di euro iscritto dalla GSA quale sopravvenienza passiva verso aziende.

Anche in questo caso si segnala che gli oneri straordinari rappresentano il valore più alto contabilizzato e il 18% delle contabilizzazione dell'intero SSN.

Procedure di consolidamento

Il confronto tra la somma dei risultati di gestione dei singoli enti, ivi ricomprendendo il risultato della GSA, e il risultato di gestione del consolidato regionale evidenzia un disallineamento di 1,073 mln di euro sulla base di quanto riportato nella seguente tabella.

	Risultato di gestione 000 (1)	Somma risultati delle aziende in utile o pareggio (2)	Somma risultati delle aziende in perdita (3)	Valore atteso (4)=(1)+(2)+(3)	999 (5)	Differenza valore atteso - 999 (6)=(4)-(5)
Lazio	980.788	8.866	-728.061	261.593	260.520	1.073

Tavolo e Comitato chiedono chiarimenti.

Le voci R risultano consolidate per 2.610,561 mln di euro nelle entrate, per 2.608,647 mln di euro nei costi, per 15,384 mln di euro nelle sopravvenienze attive e per 16,221 mln di euro nelle

sopravvenienze passive. **Pertanto il consolidamento non è a pareggio ed evidenzia un differenziale pari a quanto sopra riportato con riferimento ai risultati di gestione.**

La regione precisa che con riferimento alle partite infragruppo regionali si evidenziano degli scostamenti per circa 1 mln di euro che sono state contabilizzate nel consolidato regionale.

Si precisa che nel corso dell'anno 2013 potrà essere istituito un tavolo di conciliazione regionale che potrà generare effetti contabili nell'esercizio 2013. Per tali poste in ogni caso è in corso un approfondimento.

Tavolo e Comitato rilevano che il consolidamento delle voci R ha comportato un miglioramento del risultato di gestione e invitano la regione ad evitare il ripetersi di tale circostanza in quanto non devono esserci differenze di consolidamento.

Risultato di gestione

Tavolo e Comitato, sulla base di quanto sopra rappresentato, stante il fatto che la maggior parte delle poste risulta essere in approfondimento e pertanto non è certa la loro corretta contabilizzazione; stante i diversi errori di iscrizione effettuati sul modello CE; tenuto conto della circostanza che il miglioramento a consuntivo 2012 di circa 100 mln di euro rispetto al IV trimestre 2012 è da imputarsi alle poste straordinarie attive sulla cui bontà di iscrizione sussistono ragionevoli dubbi essendo, peraltro, soggette ad approfondimenti da parte della regione, ritengono non possibile procedere alla determinazione del risultato di gestione.

Evidenziano la preoccupante e grave carenza di controllo amministrativo - contabile da parte della regione e della struttura commissariale nella sua interezza.

Si invita la regione e la struttura commissariale a fornire entro il 10 settembre 2013 i dati di consuntivo 2012 affidabili al fine di rendere possibile da parte di Tavolo e Comitato il relativo esame.

Tavolo e Comitato ribadiscono alla gestione commissariale la necessità che tutti gli enti del SSR laziale garantiscano il rispetto di quanto previsto dagli articoli 26 e 32 del decreto legislativo 118/2011 in materia di adozione dei bilanci di esercizio nei tempi e secondo le modalità ivi previste.

B. ESAME STATO PATRIMONIALE CONSUNTIVO ANNO 2012 E ATTUAZIONE D.LGS. 118/2011

La regione ha inviato in data 24 luglio 2013 il modello SP 999 e il modello SP 000. Si ricorda che la scadenza per l'invio al NSIS delle risultanze aziendali era prevista per il 30 maggio 2013 e per le risultanze consolidate regionali per il 30 giugno 2013. Inoltre la regione doveva inviare ai Tavoli tecnici entro il 5 luglio 2013 l'analisi delle singole voci di dettaglio richieste.

Tavolo e Comitato, nel sottolineare il grave ritardo con cui la regione e la struttura commissariale hanno provveduto alla trasmissione del modello SP, rinviando l'analisi alla prima riunione utile che si terrà nel mese di settembre.

La regione precisa che il bilancio d'esercizio, compresa la nota integrativa, il rendiconto finanziario e la relazione sulla gestione della GSA e del consolidato regionale sono in fase di predisposizione.

Tavolo e Comitato sottolineano il ritardo.

Nella relazione dell'advisor si precisa che la regione, in assenza di un sistema informativo adeguato a supporto delle attività di riconciliazione con le risultanze del bilancio finanziario, ha ricostruito extracontabilmente i valori di debiti verso le aziende a partire dai residui rilevati nel bilancio regionale.

Inoltre le attività regionali di verifica di allineamento dei saldi contabili delle aziende e della GSA rispetto ai valori dei residui del bilancio regionale sono in corso anche ai fini della predisposizione dei modelli SP 999 e 000.

Con riferimento ai ripiani perdite l'advisor precisa che sono in corso le attività di ricognizione degli atti formali di assegnazione dei contributi alle aziende; riconciliazione tra accertamenti e impegni risultanti dal bilancio regionale in merito al ripiano dei disavanzi e gli importi rilevati in bilancio dalle aziende e dalla GSA in corrispondenza dei contributi per ripiano perdite e degli utili / perdite portati a nuovo.

E' in corso di approfondimento regionale il valore negativo rilevato nello SP delle aziende del SSR in corrispondenza del Fondo di dotazione.

Con riferimento alla GSA l'advisor precisa che è in corso la ridefinizione della perimetrazione dei capitoli per l'annualità 2013 anche mediante l'approfondimento della completezza dei capitoli regionali extrafondo destinati alle aziende del SSR rispetto a quanto riportato nel DCA 427/2012. E' in corso un approfondimento in merito ai capitoli di entrata e spesa relativi al finanziamento degli IZS e compresi nella perimetrazione del 2012.

E' in corso un approfondimento delle eventuali attività di verifica e riconciliazione svolte da parte del terzo certificatore.

Tavolo e Comitato, al riguardo, invitano la regione a voler completare la ricognizione dei capitoli del bilancio regionale da far rientrare nella "perimetrazione" così come previsto dall'articolo 20 del decreto leg.vo 118/11, anche al fine di consentire al terzo certificatore di assolvere ai compiti a lui affidati sulla base dell'articolo 22, lettera d) del citato decreto legislativo 118/11.

Sulla base delle informazioni disponibili risultano essere state attivate le rilevazioni economico-patrimoniali della GSA relative all'esercizio 2013.

Per quanto riguarda l'anno 2012 l'assenza di un sistema informativo adeguato a supporto delle attività di rilevazione in contabilità economico patrimoniale ha comportato ritardi nella predisposizione dello Stato patrimoniale di apertura, nella riconciliazione con le risultanze del bilancio finanziario e conseguentemente nella predisposizione del bilancio d'esercizio della GSA al 31.12.2012.

Nell'esercizio 2012 non sono state effettuate le attività di riconciliazione trimestrale delle giacenze presenti presso il c/c di tesoreria intestato alla sanità con le risultanze dell'istituto tesoriere.

Sono in corso le attività di riconciliazione delle attività tra i crediti/debiti delle aziende e i capitoli di bilancio regionale.

L'advisor precisa che è in corso la predisposizione dello SP 000 di apertura 2012. La regione sta valutando l'ipotesi di procedere direttamente alla predisposizione dello SP 000 al 31.12.2012.

Riguardo le partite infragruppo nei bilanci delle aziende si riscontrano degli scostamenti, oggetto di approfondimento, rispetto a quanto previsto dalle matrici costi-ricavi e crediti-debiti. La regione ha previsto la possibilità di istituire un tavolo di conciliazione regionale che potrà generare effetti contabili nel 2013.

Per lo stato patrimoniale l'attività di analisi delle partite intercompany è in corso così come l'attività di riconciliazione con il bilancio regionale per il modello 999.

La regione ha adottato il PAC con DCA 292 del 2 luglio 2013.

Tavolo e Comitato non possono che sottolineare i gravi ritardi con cui la regione sta ottemperando a quanto previsto dal d.lgs. 118/2011 nonché il ritardo con cui ha provveduto all'invio del modello di stato patrimoniale 2012 con riferimento allo 000 e al 999.

Si raccomanda alla struttura commissariale, con il supporto degli uffici regionali e dell'advisor, di adottare tempestivamente tutte le iniziative volte a recuperare il ritardo accumulato e a far sì che quanto osservato in occasione della riunione odierna non si ripeta più in futuro. Si raccomanda altresì di potenziare la struttura di controllo e monitoraggio regionale.

Tavolo e Comitato ricordano che con riferimento alla rilevazione delle risultanze pregresse dal 2001 al 2011 è stata inviata alla regione, sulla base di quanto definito nelle riunioni tecniche del 22, 29 maggio e 6 giugno 2013, una scheda di rilevazione che la regione stessa provvederà a restituire compilata entro il 10 settembre 2013. A seguito della ricezione di tale scheda sarà effettuata un'analisi definitiva delle risultanze pregresse al 31.12.2011 anche ai fini di quanto disposto dal dl 35/2013.

C. ATTUAZIONE ARTICOLO 3 DEL DL 35/2013 E ARTICOLO 1 DEL DL 72/2013.

In merito al DL 35/2013 si ricorda che in data 8 luglio 2013 il Tavolo per la verifica degli adempimenti ha verificato positivamente gli adempimenti regionali di cui all'articolo 3, comma 5, del decreto-legge 35/2013, ai fini della sottoscrivibilità del contratto di cui al medesimo articolo 3, per l'importo assegnato alla Regione, e comunque, per quanto di competenza del Dipartimento del Tesoro, nel limite della somma erogabile a fronte della disponibilità finanziaria di 70 mln di euro per il 2014 e di 55 milioni di euro dal 2015.

La regione ha inviato, come prescritto, il piano dei pagamenti che elenca fatture/ricieste equivalenti di pagamento per l'importo complessivo di 832,066 mln di euro. Si ricorda che ai sensi dell'articolo 3, comma 6 del dl 35/2013 la regione:

- all'atto dell'erogazione delle somme deve immediatamente provvedere ai pagamenti;
- dell'avvenuto pagamento e dell'effettuazione delle relative registrazioni contabili dovrà fornire al Tavolo formale certificazione rilasciata dal Responsabile della gestione sanitaria accentrata;
- quanto previsto dal comma 6 costituisce adempimento regionale ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 191/2009.

Il Tavolo inoltre ha rappresentato che laddove si dovessero realizzare definitive economie su talune fatture/ricieste equivalenti di pagamento indicate nel piano, la Regione impiegherà comunque l'intero importo assegnato per ulteriori pagamenti di debiti certi, liquidi ed esigibili, individuati nel rispetto delle prescrizioni di cui al decreto-legge 35/2013, dandone conto all'atto della certificazione dei pagamenti richiamata.

Successivamente in data 11 luglio 2013 è stato sottoscritto il contratto tra la Regione Lazio e il Mef per un importo di 832,052 mln di euro così come risultante dall'assegnazione alla Regione Lazio a seguito dei decreti direttoriali di riparto del Ministero dell'economia e delle finanze del 16 aprile 2013 e del 2 luglio 2013 in attuazione dei decreti – legge 35/2013 e 72/2013.

D. ANDAMENTO DEL I TRIMESTRE 2013

La regione e l'advisor hanno trasmesso una relazione in ordine all'andamento dei dati di I trimestre 2013.

Sulla base dei dati di I trimestre 2013, l'advisor effettuata una stima a chiudere pari -692,5 mln di euro. Nel programma operativo 2013-2015 non si evince un valore programmato di chiusura per il 2013. Il tendenziale T3 riporta una stima a chiudere per il 2013 di -707 mln di euro.

Tavolo e Comitato evidenziano che la stima a chiudere per l'anno 2013 vede un peggioramento rispetto al IV trimestre 2012 di 40 mln di euro. Tale andamento risulta in controtendenza rispetto al trend di decrescita del disavanzo registrato negli ultimi anni.

Rilevano che il governo del Piano di rientro della regione Lazio evidenzia un grave ritardo che si sta ripercuotendo sugli equilibri programmati effettivamente perseguibili sui quali la struttura commissariale nella sua interezza è chiamata ad intervenire con urgenza.

Si rappresenta che la stima del gettito da aliquote fiscali massimizzate per l'anno d'imposta 2014, che copre il disavanzo 2013, è pari a 868,031 (913,031-45).

Si chiede conferma che il bilancio regionale abbia accertato e impegnato tali somme come prescritto dal d.lgs. 118/2011.

E. VERIFICA DEL PIANO DI RIENTRO/PROGRAMMA OPERATIVO

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 Lazio													
Livelli di assistenza		2009*		2010*		2011*		2012****		**Atto progr.		Valori di rif.	Fonte
		Valore	Tasso	Valore	Tasso	Valore	Tasso	Valore	Tasso	Valore	Tasso		
Assistenza Ospedaliera													
Valore annuale													
Totale dimissioni		1.095.741	(191,3)	1.046.734	(180,6)	973.381	(166,2)	1.025.263	(178,9)			160 *1.000 ab.	L. n. 135 del 7 agosto 2012
N. di dimissioni in DO		734.118	(127,3)	710.835	(121,7)	660.009	(111,8)	698.499	(121,9)				
N. di dimissioni in DH		361.623	(64,0)	335.899	(58,8)	313.372	(54,5)	326.764	(57,0)				
Incidenza dimissioni in DH sul totale dimessi		33%		32%		32%		32%				25%	
POSTI LETTO***													
Totale n. PL		25.248	(4,50)	24.197	(4,22)	22.869	(4,16)	22.088	(3,86)	22.243	(3,90)	3,7 *1.000 ab.	L. n. 135 del 7 agosto 2012
N. PL acuti		19.536	(3,50)	19.329	(3,37)	18.735	(3,41)	18.204	(3,18)	18.304	(3,20)	3,0 *1.000 ab.	
N. PL post acuzie		5.712	(1,00)	4.868	(0,85)	4.134	(0,75)	3.884	(0,68)	3.939	(0,70)	0,7 *1.000 ab.	
INAPPROPRIATEZZA													
Tasso ospedalizzazione 108 DRG (Patto per la salute 2010-2012)		29,20		27,00		22,92		21,43				≤ 23	Griglia LEA
T.O. over 75 anni per 1.000 ab. Anziani		225.625	(431,6)	223.376	(413,8)	207.369	(372,9)	217.187	(400,9)			392,90 (anno 2011)	V.N. Rapp. SDO
Degenza media pre-operatoria		2,49		2,51		2,43		2,25				1,85	
Assistenza Territoriale													
Assistenza domiciliare													
% anziani assistiti in ADI		4,02		4,63		4,98		3,93				≥ 4%	
Assistenza residenziale e semiresidenziale													
N. PL in RSA (N. PL in RSA per 1.000 ab. Anziani)		4.810	(4,3)	4.924	(4,4)	4.971	(4,4)	4.791	(4,3)			≥ 10	Griglia LEA
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.)		4.786	(0,9)	4.861	(0,9)	4.981	(0,9)	4.956	(0,9)			≥ 0,6	
N. Posti letto Hospice (sul totale deceduti per tumore per 100)		232	(1,5)	267	(1,7)	379	(2,4)	314	(2,0)			≥ 1	
N. PL residenziali per pazienti di Salute Mentale (N. PL residenziali per pazienti di Salute Mentale per 10.000 ab.)		1.357	(2,4)	1.415	(2,5)	1.328	(2,3)	1.293	(2,4)			3,6	Mon. Sistema Valore mediano Italia
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)		2		2		3		3				Scostamenti ≥9 Normale 7-8 Minimo 5-6 Rilevante ma in miglioramento 0-4 Non accettabile	Griglia LEA
Griglia LEA													
Punto e) Erogazione dei LEA		114		132		152						≥160 Adempiente	Griglia LEA

Banca dati nazionale del Ministero della Salute (SIS)

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

**Decreto commissariale n. 80/2010

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

****Dati provvisori, mancano i dati di una struttura pubblica

Dalla lettura del prospetto si evince un decremento dell'ospedalizzazione totale a partire dal 2009 che, pur mostrando margini di riduzione ed un lieve incremento nell'ultimo biennio, si accompagna ad un decremento del tasso di dimissione della popolazione anziana e del ricorso a 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 segnali di decremento nel tempo si mantiene, nel 2012 al di sopra del valore medio nazionale. La dotazione totale di posti letto, in diminuzione a partire dal 2009, risulta comunque ancora superiore al 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, per effetto, soprattutto, di un eccesso di posti letto per le acuzie rispetto al parametro di riferimento.

Per quanto riguarda la situazione relativa all'erogazione di assistenza territoriale, si evidenzia una dotazione ancora inadeguata di posti letto presso strutture residenziali per anziani non autosufficienti e di posti letto per l'assistenza residenziale psichiatrica, senza mostrare segnali di incremento.

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.

Nell'ultima valutazione la Regione risultava dall'anno 2010 inadempiente relativamente al punto e) erogazione dei LEA; si è evidenziato un notevole miglioramento soprattutto relativamente agli indicatori sul tasso di ospedalizzazione e sul costo percentuale dell'assistenza farmaceutica ed il punteggio della cosiddetta Griglia LEA è passato da 132 nel 2010 a 152 (punteggio di adempimento > 160) nel 2011.

Alla luce di quanto sopra può ritenersi superata l'inadempienza dell'anno 2010.

Per l'anno 2011 si attende il concretizzarsi delle azioni volte a superare le criticità per gli indicatori sulle coperture vaccinali e gli screening.

ADOZIONE DEI PROGRAMMI OPERATIVI 2013-2015

Nelle riunioni del 17 aprile 2013 Tavolo e Comitato avevano preso atto della Proposta di Programma Operativo 2013-2015.

Ad un primo esame la proposta di PO 2013-2015, pur coerente a grandi linee con gli indirizzi forniti dai Ministeri affiancanti, non presentava tutti gli allegati richiesti.

Inoltre, Tavolo e Comitato avevano evidenziato la necessità di integrare il documento con il riferimento alle aree di erogazione dei LEA nelle quali sono presenti criticità, nonché con le osservazioni espresse dai Tavoli e dai Ministeri affiancanti sulle varie aree. Nel rinviare al parere da rendersi, restavano in attesa di ricevere la versione definitiva dell'atto programmatico, formalmente condivisa dal Commissario ad acta, entro il 10 maggio 2013.

Successivamente la Struttura Commissariale ha trasmesso il Decreto n. 314/13 (prot. 333_13 del 05.07.2013) che adotta la Proposta di Programmi Operativi 2013- 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio.

Il Decreto:

- adotta la proposta di Programmi Operativi (di seguito PO) già inviata in preventiva approvazione con prot. 82/2013 e integrata con un'appendice relativa alla gestione del debito

sanitario con monitoraggio successivo dei tempi di pagamento; rinvia l'approvazione definitiva del PO al 30 settembre 2013, al fine di tener conto di ulteriori approfondimenti e dei rilievi dei Tavoli Tecnici;

- prevede un eventuale e generica riserva di modifica del quadro programmatico del PO da parte della Gestione Commissariale fatti salvi “*gli obiettivi di contenimento della spesa sanitaria*”.

Successivamente i Ministeri affiancanti hanno richiesto (prot. 349/13) che venisse chiarito “*se il documento inviato debba considerarsi solo una versione provvisoria considerando che il termine è scaduto lo scorso 5 luglio e che detto Programma Operativo interessa anche l'anno 2013 del quale è trascorsa la prima metà dell'anno*”.

A riscontro il Commissario ad acta ed il Sub commissario, nella giornata odierna, trasmettono a sistema documentale una nota nella quale “*ritengono di procedere ad una revisione della rete ospedaliera e territoriale, anche alla luce dei rilievi che verranno formulati dal Tavolo di verifica, ed eventualmente, alla revisione della programmazione sanitaria contenuta nella proposta dei Programmi Operativi, al solo fine di dare coerenza all'intero documento, fermo restando l'impegno di contenimento della spesa sanitaria*” (prot. 366 del 30 luglio 2013).

Prioritariamente si sottolinea la non correttezza della struttura commissariale che ha adottato, peraltro con riserva, un documento che richiedeva aggiornamenti già segnalati dai Ministeri affiancanti. Il documento, al netto dell'appendice relativa all'attuazione del DI 35/2013, è stato, infatti, adottato e trasmesso così com'era in occasione della trasmissione di marzo 2013, senza neanche essere aggiornato con quanto nel frattempo modificato dalla regione stessa (per esempio la soppressione di ASP). Tale comportamento è indicativo di una non corretta gestione dei rapporti con i Ministeri affiancanti e con i Tavoli di verifica che si trovano di fronte, di nuovo, un documento le cui criticità erano state già segnalate.

Da una prima valutazione è possibile evidenziare alcune considerazioni che sono riportate di seguito e di cui si invita la struttura commissariale a tener conto

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 struttura commissariale 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);**
- **non compaiono nel documento i riferimenti alle criticità già evidenziate dai Tavoli, con l'indicazione delle specifiche azioni volte a superarle;**
- **è necessario aggiornare l'intervento relativo alla ASP Lazio Sanità alla luce della normativa regionale adottata e l'intervento relativo alla risoluzione delle criticità relative alla verifica adempimenti essendo intervenuta la certificazione per l'anno 2011 del Comitato LEA;**
- **non sono state trasmesse le tabelle di cui alle linee guida del PO e mancano i modelli CE ed LA estesi.**

Prioritariamente si osserva che:

- i tendenziali sono costruiti sulla base di specifiche aggregazioni regionali e non seguono il modello predisposto dai Ministeri competenti.

Ciò rileva, in particolare per la valutazione delle analisi relative al personale (gli aggregati regionali ricomprendono anche co.co.co e lavoro interinale), per le altre prestazioni da privato (gli aggregati regionali includono anche gli acquisti da altri soggetti pubblici della regione) e per la presenza di una voce “saldo per quote inutilizzate di contributi vincolati” che non consente di valutare separatamente il riporto a nuovo di fondi vincolati di anni precedenti e gli accantonamenti per risorse vincolate dell’esercizio in corso non impiegate nell’esercizio di riferimento;

- il PO allo stato attuale riporta tre diversi scenari tendenziali, denominati T1, T2 e T3 mentre non sono illustrati i valori programmatici contenenti l’impatto delle manovre regionali sui diversi aggregati;
- non risultano trasmessi dalla regione i CE tendenziali e programmatici di dettaglio e i modelli LA per gli anni 2013-2015.

RICAVI:

La quantificazione del **FSN indistinto** a livello nazionale non è correttamente valutato, in quanto non sembrerebbero conteggiate le risorse per la gestione degli ospedali psichiatrici e le risorse stanziare nell’ambito delle procedure di emersione degli immigrati. Inoltre la quota di accesso impiegata (9.2%) non sembra quella risultante dal riparto (la quota di accesso del 2012 ammonta difatti a circa il 9,4%). In ogni caso, le differenze appaiono trascurabili e possono essere considerati come un elemento di prudenzialità.

Le **risorse per Obiettivi di Piano e vincolate** sono poste pari al livello dell’anno 2012.

Il **saldo di mobilità** è posto pari al livello del 2012, con la stima di un peggioramento dello stesso (a carattere prudenziale) basato sul trend degli ultimi anni.

Si evidenzia che il valore riportato in tabella a pagina 24 per l’anno 2012 è pari a -111,721 mln di euro, in quanto viene scontata in tale voce anche gli importi relativi alla mobilità internazionale che non dovrebbero essere poste in tale voce ma fra le altre entrate proprie (non trattandosi di mobilità compensata fra le regioni). Si rappresenta che valore registrato effettivamente sul CE consuntivo 2012 è pari a -118,965 e non coincide con quello inglobato nel Riparto per l’anno 2012, pari a -118,979.

Anche in questo caso si segnala la difficoltà di valutazione connessa all’impiego di aggregazioni specifiche adottate dalla regione.

ticket: il PO sconta maggiori entrate derivanti dalle ulteriori misure di compartecipazione introdotte dal DL 98/2011 (per un importo pari a 184 mln di euro) che tuttavia sono state dichiarate incostituzionali dalla sentenza 187/2012 della Corte Costituzionale. In ogni caso, il mancato introito dovrà essere compensato da un incremento del FSN di pari importo, risultando pertanto neutrale in termini di risultato di esercizio.

Si evidenzia l’esigenza di rimodulare il ticket di 10 euro in relazione al mancato introito dei risparmi previsti sulla base del decreto 26 luglio 2011.

payback: non sono valorizzate le entrate da payback derivanti dalla ridefinizione dei tetti per la farmaceutica ospedaliera, ai sensi del DL 95/2012.

rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimento: la voce è valorizzata a zero, i relativi importi sono scontati nell'aggregato "ammortamenti e costi capitalizzati". Tale modalità di rappresentazione non è coerente con le previsioni del d.lgs 118/2011 e le indicazioni fornite in occasione della riunione del 17 aprile 2013 con riferimento alle contabilizzazioni connesse all'applicazione dell'articolo 2, comma 36 della legge di stabilità per l'anno 2013.

La relazione non consente di valutare le modalità di calcolo per l'anno 2015 (la tabella e la nota in calce sono tagliate).

rettifica per quote inutilizzate contributi vincolati

La voce è relativa al saldo fra gli accantonamenti per quota non utilizzate dell'anno e le risorse riportate a nuovo nell'anno precedente.

Prioritariamente si fa presente come tale modalità di rappresentazione non consente di valutare la quota di risorse derivante da esercizi precedenti riportata a nuovo sull'esercizio e gli accantonamenti derivanti dal mancato utilizzo delle risorse dell'anno. Pertanto è necessario fornire il relativo dettaglio che deve, in ogni caso, essere valorizzato nel modello CE sia tendenziale che programmato.

COSTI

personale: il costo è posto pari al valore del IV trimestre. Si evidenzia come risulta non valorizzato in accantonamento il costo relativo alla IVC per l'anno 2015, pari a 0.5077% (tasso di riferimento per il primo anno) e quantificabile in circa 15 mln di euro.

Con riferimento alle valorizzazioni dei risparmi sul personale sono necessari elementi valutativi.

Non risulterebbero valorizzati i risparmi conseguenti alla rideterminazione dei fondi contrattuali integrativi in proporzione al personale cessato.

beni e servizi: l'aggregato è fatto crescere a un tasso del 3% (indice dei prezzi al consumo 2012) che risulta coerente con il tasso medio di crescita della voce nel periodo 2008-2012 (pari al 2%).

Con riferimento alle manovre sui beni e servizi ex DL 95, si prevede una manovra pari a 57 mln di euro a decorrere dall'anno 2013, derivante dalla riduzione del 10% del valore dei contratti in essere. Tale importo appare inferiore a quello (valutabile in circa 170 mln di euro) rilevabile sulla base di un valore di beni e servizi (al netto dei prodotti farmaceutici e dei dispositivi medici) pari a circa 1,7 mld di euro. Al riguardo si chiedono chiarimenti alla regione.

prestazioni da privato

Con riferimento alla **ospedaliera** e alla **specialistica** i tendenziali incorporano gli effetti economici del DL 95/2012, che prevede una riduzione della spesa in misura pari all'1% nel 2013 e del 2% a decorrere dall'anno 2014 .

Al riguardo, sulla base di un dato per l'acquisto di prestazioni di ospedaliera da privato pari per l'anno 2011 a 1,273 mld di euro (comprensivo della mobilità attiva) la manovra ex DL 95 2012 è pari a circa 12 mln di euro per l'anno 2013 e 25 a decorrere dal 2014.

I risparmi evidenziati dalla tabella a pagina 10 del PO riportano risparmi connessi all'applicazione del DL 95/2012 pari a 17.5 mln di euro per l'anno 2013 e 30 mln di euro a decorrere dall'anno 2014.

Al riguardo, è necessario che la regione fornisca i parametri di valutazione dei predetti risparmi, al fine di verificarne la consistenza rispetto a quelli attesi.

Con riferimento alla specialistica da privato, sulla base di un dato di spesa consuntivato nell'anno 2011 pari a 382 mln di euro, la manovra ex DL95/2012 è pari a circa 3.8 mln di euro per l'anno 2013 e a circa 7.6 a decorrere dal 2014.

I risparmi evidenziati dalla tabella a pagina 10 del PO riportano risparmi connessi all'applicazione del DL 95/2012 pari a 4.6 mln di euro per l'anno 2013 e 7.7 a decorrere dall'anno 2014.

In relazione ai predetti importi relativi alle riconversioni inclusi nei i tendenziali della specialistica e della ospedaliera da privato (allocati in accantonamento a IV trimestre 2012) deve rilevarsi come gli importi scontati nel PO (12.9 mln di euro per l'ospedaliera e 4,7 mln di euro per la specialistica) non coincidono con i valori riportati nel verbale del 17 aprile 2013, pagina 16, pari, rispettivamente a 13.6 mln di euro e 4.9 mln di euro.

Nei tendenziali non sono scontati gli effetti delle riconversioni per gli anni 2013 e 2014, che sono inglobati nella valutazione complessiva degli interventi relativi ai rapporti con gli erogatori privati (Azione 7.1).

Al riguardo, la valorizzazione dei costi emergenti connessi alla riconversione delle strutture non è supportata da elementi quantitativi che consentano la valutazione circa la congruità dei costi previsti.

Con riferimento alle **altre prestazioni da privato**, la voce viene fatta crescere ad un tasso pari al 3% (indice dei prezzi al consumo 2012), con esclusione delle voci File F, Psichiatrica e altre prestazioni da privato. Tale tasso non appare coerente con la crescita media annua osservata dall'aggregato nel periodo 2008-2012 (pari a circa il 5%; 4,5% nel periodo 2008-2011 a parità di modello di rilevazione).

accantonamenti

E' necessario acquisire i modelli CE analitici tendenziali e programmati al fine di operare valutazioni.

ammortamenti

Preliminarmente, si segnala come la tabella risulti tagliata e non consenta di valutare i valori riportati per l'anno 2015.

Il tendenziale della voce è stato costruito tenendo conto del completamento dell'ammortamento degli investimenti preesistenti al 2011, con abbattimento del 15% per il 2013, del 30% nel 2014 e del 60% nel 2015.

Al riguardo, appare necessario che la regione fornisca elementi di valutazione della vita media residua degli investimenti in corso di ammortizzazione, al fine di verificarne la coerenza con le percentuali di abbattimento ipotizzate.

La voce è poi alimentata dalla valutazione degli ammortamenti relativi ai beni acquistati con contributi in c/esercizio, con riferimento alla quale si rinvia anche a quanto precedentemente detto.

altre manovre regionali

Rapporti con gli erogatori privati – costi emergenti relativi alla riconversione delle strutture (azione 7.1)

Si evidenziano nel PO costi associati ai programmi di riconversione delle strutture private eroganti assistenza ospedaliera, ambulatoriale e territoriale.

Si rileva come la previsione di costi per l'ospedaliera e la specialistica riportati nella sezione di valorizzazione degli interventi relativi ai rapporti con gli operatori privati (pagina 72) non risulta supportata dai dati di riferimento sui quali è stata effettuata la relativa valorizzazione. Appare necessario che la regione provveda a integrare il PO con tali informazioni.

Con riferimento alla assistenza territoriale, risultano riportati i soli costi emergenti relativi all'anno 2013 peraltro senza alcuna esplicitazione dei parametri sulla base dei quali è stata operata la valorizzazione (i costi relativi agli anni 2014 e 2015 sono, invece, ricompresi fra gli interventi relativi alle riconversioni – programma 14). Appare necessario che la regione provveda a integrare il PO con i dati di supporto delle quantificazioni operate. Si ritiene opportuno, peraltro, che i costi relativi alle riconversioni 2014 e 2015 interessanti erogatori privati vengano valorizzati all'interno del relativo programma (programma n.7).

Si evidenzia la presenza di una stima di un maggior costo indotto sull'attività assistenziale dalle funzioni di didattica e ricerca dei Policlinici pubblici per circa 38 mln di euro.

Ospedale-territorio intervento 14.2 Riconversione-attivazione

La tabella di sintesi delle manovre (pagina 10) riporta costi emergenti per 60 mln nel 2013, 70 mln nel 2014 e 80 mln nel 2015 relativi all'intervento 14.2 relativo, sulla base del PO, alle cure palliative e terapia del dolore.

Si tratta, probabilmente, di una errata associazione fra intervento e effetti economici; l'impatto economico valorizzato dovrebbe essere relativo all'insieme degli interventi ricompresi nel *programma 14- riequilibrio ospedale-territorio*. Pertanto sono necessari chiarimenti su tale aspetto.

Deve rilevarsi, peraltro, come il PO non fornisce i dati di base sulla base dei quali sono stati valutati i costi emergenti previsti. La sezione dedicata alla valorizzazione degli interventi in esame riporta unicamente l'impatto economico dell'intervento *14.4 Assistenza territoriale*, pari a 9 mln nel 2013, 39 nel 2014 e 66 nel 2015.

Appare necessario che la regione fornisca le informazioni necessarie alla valutazione della valorizzazione dei costi associati ai processi di riconversione. Inoltre, appare opportuno che da tale valutazione siano scorporati, relativamente agli anni 2014 e 2015, i costi di riconversione delle strutture private e la loro contabilizzazione nella valutazione economica del Programma 7 "rapporti con gli operatori privati.

SCENARIO REGIONALE

Lo schema di PO prevede un capitolo dedicato a delineare il contesto demografico e una sintesi dei risultati conseguiti negli anni di vigenza del Piano di rientro.

Si rileva positivamente la descrizione dei principali indicatori demografici che influiscono sui bisogni di salute, con particolare riferimento alle dinamiche temporali della consistenza demografica, della natalità e della mortalità. La sezione necessita tuttavia di un'analisi più dettagliata, a livello provinciale, degli indicatori di struttura della popolazione (vecchiaia, dipendenza strutturale, dipendenza degli anziani).

Si rileva l'assenza di un quadro di riferimento epidemiologico derivabile dalle principali cause di morte e di ricovero ospedaliero, nonché il profilo regionale della morbosità (quest'ultimo quantificabile anche attraverso fonti campionarie): una descrizione, ancorché sintetica, di tali dimensioni, preferibilmente con dettaglio provinciale, completerebbe la caratterizzazione del contesto, raccordandosi in modo diretto con i bisogni di salute della popolazione e permettendo così di valutarne la congruenza con le linee programmatiche relative all'area dei Livelli Essenziali di Assistenza (sanità pubblica, reti assistenziali, riequilibrio ospedale-territorio,...).

ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

1. GOVERNO DEL SISTEMA (Programma 1 Linee di indirizzo)

1.1 Governance del PO (Programma 1)

Il Commissario ha trasmesso una Nota (prot. 288_13 del 04.07.2013) con la quale delega i Sub Commissari Dott. Gianni Giorgi e Dott. Giuseppe Antonino Spata alla trasmissione della documentazione relativa all'attuazione del piano di rientro.

Esito parere: *Si prende atto della comunicazione. Resta inteso che ogni documento, benché trasmesso dal sub commissario competente per materia attraverso una nota di accompagnamento, deve essere preliminarmente condiviso dalla gestione commissariale nella sua interezza.*

1.2 ASP

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 17 aprile 2013 avevano evidenziato criticità in merito ad alcune attività svolte dalla Agenzia di Sanità Pubblica, soprattutto relativamente agli aspetti dei sistemi informativi di supporto alle attività di governance della Regione. Tavolo e Comitato avevano chiesto di conoscere le iniziative assunte. Il Commissario aveva precisato che nel disegno di legge collegato alla legge finanziaria regionale per il 2013 era stata prevista la soppressione dell'ASP e che le attività svolte da ASP sarebbero state internalizzate a partire dal 1° ottobre 2013.

Il Commissario ha trasmesso la legge regionale n. 4 del 28 giugno 2013 (prot. 306_13 del 04.07.2013) con cui, all'articolo 35, si provvede a:

- trasferire le competenze istituzionali attribuite ad Asp alla Giunta regionale e al dipartimento di epidemiologia della Asl RM E a partire dal 1° dicembre 2013;
- definire le competenze attribuite alla direzione regionale competente in materia di politiche sanitarie e le competenze attribuite al dipartimento di epidemiologia della Asl RM E;
- trasferire il personale a tempo indeterminato nei rispettivi ruoli di inquadramento della Giunta regionale e del dipartimento di epidemiologia della Asl RM E;
- trasferire la titolarità dei contratti a tempo determinato, prorogati fino al 31.12.2013, alla regione e alla Asl RM E. Gli incarichi di collaborazione, invece, proseguono fino alla naturale scadenza;
- disporre la nomina da parte del Presidente della regione di un commissario liquidatore che può essere scelto anche tra i Sub commissari.

Tavolo e Comitato rilevano che su tale aspetto il PO 2013-2015 non è aggiornato. Si chiede di acquisire una dettagliata relazione con riferimento alle tipologie e alle unità di personale che verranno trasferite all'azienda Roma E.

Tavolo e Comitato prendono atto di quanto previsto nell'art. 35 della l.r. 4/2013 e restano in attesa di conoscere le iniziative adottate dalla struttura commissariale finalizzate all'attuazione di quanto previsto.

Nello schema di PO 2013-2015 sono previsti diversi interventi.

- L'istituzione di un Ufficio del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro quale struttura in staff alla gestione commissariale con definizione delle rispettive funzione.
- Un intervento relativo all'ASP Lazio Sanità
E' necessario un aggiornamento di tale intervento alla luce della L.R 4/2013
- Una riduzione della ASL da 12 a 8 entro gennaio il 2014 e una riduzione di AO e IRCSS pubblici da 6 a 4 entro gennaio il 2014. Una riduzione delle Aziende Sanitarie da 22 a 16 entro gennaio 2014.
Poiché vi sono incoerenze nei numeri indicati dalla Regione si chiede di integrare i prospetti con l'indicazione del nominativo delle aziende interessate;
- Un intervento volto al superamento delle criticità relativi agli adempimenti regionali certificati da Tavolo Adempimenti e Comitato LEA
E' necessario aggiornare tale obiettivo con le risultanze della verifica degli adempimenti del 2011;
- Attivazione di un Coordinamento dell'attività relativa al contenzioso (sistema informativo di monitoraggio marzo 2013, specifico supporto nella fase di redazione degli atti, avvio di riunioni di coordinamento per l'attività di difesa entro il 30 Aprile 2013)
Si rinvia al parere.

1.3 Certificabilità bilanci - D.Lgs. 118/11

La struttura commissariale ha inviato:

- Decreto n. 292/13 (prot. 283_13 del 02.07.2013) avente ad oggetto: "Piano Attuativo di Certificabilità (PAC) e Relazione di accompagnamento al Piano Attuativo di Certificabilità: definizione ed adozione. Individuazione del responsabile del coordinamento per assicurare la corretta e completa attuazione del PAC".

Certificabilità dei bilanci

Il PO prevede diversi interventi finalizzati:

- alla riconciliazione tra le poste iscritte e contabilizzate in termini di contabilità economico patrimoniale con quelle iscritte in termini di contabilità finanziaria;
- all'individuazione dei soggetti responsabili dei nuovi adempimenti previsti, delle procedure amministrative da implementare (Linee guida per le modalità di rilevazione contabile degli eventi della GSA);
- alla definizione di un sistema di procedure per il controllo interno.

Tali interventi sono connessi alla definizione del percorso di certificabilità dei Bilanci. Nei PO è prevista anche l'individuazione della struttura responsabile della definizione e attuazione del PAC.

Si rinvia al parere

1.4 Contabilità analitica (Programma 6)

La Regione Lazio con DGR 203/2005 ha adottato le Linee Guida per il controllo di gestione delle Aziende Sanitarie con l'obiettivo tra l'altro di avviare la contabilità analitica delle Aziende del SSR, descrivendone i principi e le procedure di rilevazione. Al fine di consentire ad alcune Aziende Sanitarie di superare le criticità riscontrate nella predisposizione dei flussi trimestrali di contabilità analitica va attivato un progetto condiviso a cui devono partecipare funzionari regionali e rappresentanti delle Aziende del SSR.

Il PO prevede le seguenti fasi di implementazione dei principi e delle procedure di contabilità analitica con particolare riferimento:

- 1) Al sistema di ribaltamento dai centri di costo comuni ed intermedi ai centri di costo finali;
- 2) Ai driver di attribuzione;
- 3) All'utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA.

Inoltre prevede che prima di definire le successive fasi di implementazione di un sistema informativo di contabilità analitica a livello regionale si debba procedere alla verifica della coerenza:

- del piano dei centri di costo con l'atto aziendale di ogni singola Azienda Sanitaria;
 - del piano dei centri di costo con il nuovo piano dei conti
- oltre ad una verifica di allineamento delle contabilità sezionali delle Aziende sanitarie con le indicazioni guida regionali.

Si rinvia al parere.

La Regione è inadempiente relativamente all'anno 2011 sul punto n) contabilità analitica.

2. FLUSSI INFORMATIVI (Programma 4 Linee di indirizzo)

2.1 Compartecipazione e ticket (Programma 4)

Il PO riporta elenco dei ticket e delle compartecipazioni vigenti in Regione Lazio anche in ottemperanza alla normativa nazionale.

Si rinvia al parere.

2.2 Tessera sanitaria (Programma 4)

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 17 aprile 2013, restavano in attesa del superamento delle criticità emerse.

In risposta la struttura commissariale ha inviato:

Nota di chiarimenti (prot. 287_13 del 04.07.2013) in risposta alle evidenze emerse nella riunione di verifica del 17.04.2013, in riferimento alla ricetta elettronica. La regione fa presente che sta predisponendo uno specifico atto per ribadire ai medici l'obbligatorietà della trasmissione del codice diagnosi, indicando le modalità operative della relativa applicazione. Inoltre, precisa che procede alla verifica delle criticità segnalate mensilmente da Sogei. Al riguardo, si prende atto dell'iniziativa regionale e si resta in attesa di tale provvedimento, verificando nel concreto la relativa efficacia.

Con l'occasione, con riferimento alla situazione di luglio 2013 (alla data del 21/7/2013):

- risulta stabile la percentuale dei medici convenzionati (MMG e PLS) invianti i dati direttamente al Sistema TS, per un totale di 75% (circa 4.273 medici) del totale dei medici. I medici invianti delle ASL Viterbo e Latina risultano inferiori alla media regionale (circa 65-67%).
Le relative ricette trasmesse nel mese di giugno sono pari a circa 4,8 mln (specialistica e farmaceutica), ovvero una media di circa 1.100 ricette/medico inviante.
Circa la qualità delle ricette trasmesse, permangono le seguenti criticità:
 - il 95% non riporta il codice diagnosi;
 - il 5% non riporta il codice della prestazione prescritta dal medico;
- in merito ai medici specialisti dipendenti, risulta un numero inferiore di medici invianti tramite il Sistema regionale (SAR) circa 1.500 medici, per un totale di circa 85.000 ricette (ovvero una media di circa 56 ricette/medico inviante) nel mese di giugno.

Con l'occasione, con riferimento alla de-materializzazione delle ricette cartacee (DM 2/11/2011), non risulta pervenuto il piano di diffusione delle attività, aggiornato sulla base delle osservazioni formulate.

Si resta in attesa delle iniziative regionali per la risoluzione delle criticità.

In riferimento agli adempimenti LEA lett. ae) per l'anno 2011, la Regione ha inviato:

- una nota di chiarimenti (prot. 293_13 del 04.07.2013) in riferimento all'adempimento LEA per l'anno 2011 lett. ae) in merito alla tessera sanitaria. In particolare, la regione fa presente che per l'anno 2011 le ASL hanno effettuato le verifiche presso gli studi medici delle apparecchiature informatiche esistenti e, la metà delle ASL, ha utilizzato anche i dati del Sistema TS per la verifica del rispetto della soglia del 70% della stampa prevalente delle ricette. In tali termini, si prende atto della relazione regionale.

La Regione risulta inadempiente per l'anno 2011 al punto c) obblighi informativi (economici).

Lo schema di PO prevede:

- di adottare un decreto commissariale entro il 30 giugno 2013 per un coordinamento dei flussi coinvolgendo Direzione regionali, ASP Lazio Sanità, Lait SPA il Dipartimento

epidemiologico della Asl Roma E.

- uno specifico intervento per il flusso SIND
- un intervento relativo a tessera Sanitaria e alla dematerializzazione della ricetta elettronica (entro dicembre 2013 si prevede di dematerializzare il 60% delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche)

Si rileva che a pag. 20: Intervento 4.2 – tessera sanitaria: corretta gestione dei flussi esistenti ed implementazione ricetta elettronica occorre integrare il testo, al fine di prevedere anche le altre attività inerenti la Tessera Sanitaria: la gestione/mantenimento dei flussi esistenti (dati delle ricette TS trasmesse dal medico e dagli erogatori), verifiche di appropriatezza e analisi prescritto-erogato, controllo delle esenzioni da reddito (DM 11/12/2009).

3. ACCREDITAMENTO (Programma 5 Linee di indirizzo)

3.1 Definizione del fabbisogno (Programma 5)

Tavolo e Comitato ribadiscono la necessità di procedere tempestivamente all'aggiornamento del fabbisogno previsto dal DCA 17/2010.

3.2 Requisiti autorizzativi (Programma 5)

Il commissario competente ha trasmesso una relazione regionale di chiarimenti (prot. 290_13 del 04.07.2013) in risposta al parere dei Ministeri (prot. 147_13) in riferimento al decreto 434/12 che disciplina i requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale. La nota riporta i chiarimenti in relazione agli standard dimensionali, agli standard organizzativi, al nucleo residenziale di riabilitazione intensiva per le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione a persone con disabilità.

In relazione alla nota inviata Tavolo e Comitato prendono atto dei chiarimenti e rinviando al parere per i dettagli.

La struttura commissariale ha trasmesso una Nota (prot. 284_13 del 02.07.2013) in risposta al parere dei Ministeri (prot. 223_13) in riferimento alle strutture con posti di residenza già realizzate in possesso di parere favorevole alla realizzazione rilasciato ai sensi sia della normativa vigente (L.R. n. 4/2003) e ai sensi della normativa precedente all'entrata in vigore della L.R. 4/2003 (annulla il prot. 267_13).

In relazione alla nota inviata Tavolo e Comitato prendono atto dei chiarimenti e rinviando al parere per i dettagli e restano in attesa di un aggiornamento sulla conclusione delle procedure

3.3 Accredito definitivo (Programma 5)

Tavolo e Comitato nella riunione del 17 aprile 2013, restavano in attesa di ricevere un aggiornamento sullo stato di attuazione delle procedure di autorizzazione e di accredito definitivo. Avevano rappresentato, inoltre, la necessità che si cogliesse l'occasione del Programma operativo per concludere il processo di accredito istituzionale entro e non oltre l'anno 2013. Avevano ribadito la richiesta di procedere senza indugio a definire il fabbisogno secondo le indicazioni delle normative vigenti. Avevano chiesto inoltre di ricevere rassicurazioni sul processo di verifica in loco dei requisiti dichiarati.

Autorizzazioni all'esercizio

La struttura commissariale ha trasmesso il Decreto n. 97/13 (prot. 163_13 del 10.04.2013 Esito parere: Si prende atto) successivamente modificato dal Decreto n. 261/13 (prot. 270_13 del 26.06.2013) che approva l'elenco delle strutture che hanno completato la procedura prevista per la conferma dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria e socio sanitaria, snellisce le procedure per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, adotta le liste e lo schema di conformità per i sopralluoghi di accertamento del possesso dei requisiti.

Inoltre il Sub commissario ha trasmesso la nota regionale di chiarimenti (prot. 291_13 del 04.07.2013) in risposta al parere dei Ministeri (prot. 36_13) in riferimento alle modalità ed ai termini per la presentazione della domanda di conferma dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie. I ministeri avevano, infatti, ribadito le perplessità rispetto alla scelta di prorogare i termini relativi alle procedure di autorizzazione. La nota riporta anche lo stato di attuazione delle procedura.

Tavolo e Comitato chiedono di chiarire quali siano le specifiche ragioni per le quali non tutti i soggetti sono riusciti ad effettuare la preregistrazione necessaria per ottenere la conferma dell'autorizzazione nei tempi previsti (nonostante anche le proroghe intervenute) e quali siano state le "iniziative del caso" attivate dalla regione per ovviare ai problemi riscontrati. Sollecitano la struttura commissariale alla conclusione delle procedure di conferma di autorizzazione all'esercizio, con le relative verifiche in loco, rilevando che la modifica continua dei provvedimenti che disciplinano la procedura è indice di carenze nella governance del settore.

La struttura commissariale ha anche trasmesso il Decreto n. 140/13 (prot. 189_13 del 07.05.2013) avente ad oggetto: "Modalità e termini per la presentazione alla Regione Lazio della domanda volta alla conferma o al rilascio di nuova autorizzazione all'esercizio di attività di procreazione medicalmente assistita, ai sensi della Legge Regionale n. 4/2003 e successive modifiche e integrazioni".

Autorizzazione e accreditamento

La struttura commissariale ha anche trasmesso la nota di chiarimenti (prot. 289_13 del 04.07.2013) in risposta alle evidenze emerse nella riunione del 17.04.2013, e ai pareri dei Ministeri (prot. 36_13, 54_13 e 233_13), relativamente a:

- San Raffaele Montecompatri (viene richiamata l'attività del gruppo di lavoro);
- Villa Maraini (rispetto all'autorizzazione, all'accreditamento, sperimentazione distribuzione metadone);
- rete laboratoristica (vengono illustrati gli obiettivi del Piano di riorganizzazione ripresi anche nello schema di PPOO).

Tavolo e Comitato:

- **chiedono di chiarire la situazione dei procedimenti definiti in "stand by" nella tabella relativa agli accreditamenti. Inoltre si chiede di chiarire il motivo per cui il numero "totale" delle strutture sottoposte alla procedura di accreditamento definitivo veniva dichiarato 873 nel prot. 112 del 2013, mentre nella nota in oggetto si fa riferimento ad un "totale di strutture interessate" pari a 855;**
- **rilevano che la nota non risponde alle osservazioni per la struttura di Montecompatri ma si limita a certificare l'avvenuta verifica in loco dei requisiti. Non è chiaro, inoltre, il riferimento alla richiesta di "proroga (...) per la conclusione dei lavori" da parte del gruppo di lavoro;**
- **ritengono che il contenuto della nota confermi il grave ritardo con cui la Regione Lazio sta procedendo nell'attuazione di quanto previsto nel DCA 54/10 e sollecitano l'attuazione della riorganizzazione delle rete privata dei laboratori.**

Tavolo e Comitato, relativamente alla sperimentazione della Maraini ONLUS, avevano valutato che i chiarimenti richiesti nella riunione precedente e forniti dalla Regione, non avessero chiarito l'attuale rapporto con la Fondazione, essendo la sperimentazione scaduta in data 31/12/2011, né avessero risposto alla richiesta di informazioni riguardanti l'emanazione del regolamento da parte della ASL RM-D territorialmente competente e l'attivazione dei flussi informativi con le varie aziende regionali.

Relativamente alla struttura Villa Maraini la nota, laddove riferisce che la “somministrazione di metadone, la stessa attività è stata unicamente autorizzata” sembra introdurre una deroga a quanto previsto dal d.lsg. 502/92, che prevede che possano essere acquistate prestazioni da privati solo se le stesse siano preventivamente accreditate e oggetto di specifico accordo con cui si individuano volumi e condizioni di erogazione. Tanto più nel caso di erogazione di un trattamento che dovrebbe essere inserito in uno specifico piano terapeutico.

La struttura commissariale ha trasmesso una nota di chiarimenti (prot. 313_13 del 04.07.2013) in riferimento alla richiesta di informazioni sull'avvenuto trasferimento della proprietà della struttura Regina Apostolorum.

Nella nota la struttura commissariale dichiara che per l'ospedale Regina Apostolorum è stata avviata una procedura di acquisizione da parte del Gruppo IHG. Il Gruppo è stato diffidato a procedere all'acquisizione della gestione della struttura previa autorizzazione alla voltura da parte di Regione Lazio. Il legale rappresentante della società ha pertanto iniziato l'iter previsto dalla L.R. 4/03, con la richiesta di voltura e fornendo la debita documentazione alla ASL di competenza in data 13.05.2013.

Tavolo e Comitato prendono atto della nota trasmessa e restano in attesa di informazioni rispetto all'esito della procedura.

La Regione risulta inadempiente per gli anni 2010 e 2011 al punto ah) accreditamento istituzionale.

Accreditamento

Negli schemi di PO sono previsti diversi interventi. La revisione del fabbisogno entro 31 dicembre 2013.

La verifica della corrispondenza fra offerta presente e stimata del fabbisogno da concludere entro il 2015.

Definizione del testo unico sui requisiti minimi autorizzativi da concludersi entro il 2015.

L'Informatizzazione delle procedure per l'autorizzazione all'esercizio e quindi la modifica dell'attuale normativa (L. R. 2/2007). Tali interventi dovrà concludersi entro il 2015.

La conclusione delle procedure di accreditamento definitivo sulla base del fabbisogno delineato dal Decreto 17/10 entro il 31 dicembre 2013.

Diversi interventi sono previsti anche per le attività di procreazione medicalmente assistita (recepimento Accordo Stato- Regioni, conclusione delle procedure di verifica di possesso dei requisiti grazie anche alla definizione di un Accordo con il Centro nazionale trapianti).

Ad un primo esame si rileva che l'intervento relativo ai requisiti minimi è ripetuto due volte. Nessun riferimento nei PO viene riportato rispetto ai rilievi avanzati dai Ministeri sulle procedure che dovevano trovare definitiva soluzione nei PO. I PO prevedono un generico riferimento alla definizione di un testo unico in materia. Sono necessari inoltre chiarimenti sulla piattaforma informatica da utilizzare per il rinnovo delle autorizzazioni.

E' necessario che nel P.O. trovi definitiva soluzione la questione delle strutture “a gestione atipica” (rif. prot. 112_13 del 14.03.2013 e prot. 142_13 del 15.03.2013), ovvero dei “soggetti privati erogatori di attività sanitarie non accreditati” che operano in virtù di convenzioni con la Aziende sanitarie. Si chiedono rassicurazioni sul fatto che le strutture di cui trattasi posseggano i requisiti necessari a garantire la qualità e la sicurezza delle cure erogate.

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

4.1 Rapporti con gli erogatori privati (Programma 7)

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 17 aprile 2013, in riferimento ai rapporti con gli erogatori privati, avevano ribadito il mancato invio di una relazione unitaria che desse riscontro alle complessive osservazioni rese dai Ministeri.

In merito alla comparazione dei budget per gli anni 2011 e 2012 per le prestazioni ospedaliere per acuti, riabilitazione e lungodegenza, specialistica ambulatoriale, RSA, ex art. 26 e neuropsichiatria, Tavolo e Comitato avevano evidenziato la persistenza di alcune questioni irrisolte (i budget relativi all'assistenza specialistica erano al lordo della sola quota ricetta e non di tutte le compartecipazioni previste; la mancata indicazione dei criteri di calcolo delle funzioni e la mancanza di dettaglio sul calcolo dell'ipotesi di budget 2013. Inoltre sull'individuazione delle funzione si ricordava che il provvedimento relativo all'individuazione della remunerazione per le funzioni era stato valutato negativamente dai Ministeri affiancanti in quanto individuava un livello di finanziamento maggiore di quello individuato nel 2011 ed erano previste funzioni che non trovavano corrispondenza in quelle evidenziate dal d.lgs. 502/92; la determinazione dei budget che prescindeva dagli abbattimenti conseguenti ai controlli di appropriatezza; la necessità che i budget del 2012 e delle successive annualità assumessero come riferimento il consuntivo 2011; la continua revisione dei budget in corso d'anno e per anni precedenti, indice di una non corretta programmazione regionale e di una non corretta gestione delle risorse a disposizione; la riattribuzione di budget per acuti a strutture oggetto di riconversione).

Tavolo e Comitato avevano chiesto un prospetto che riepilogasse la spesa complessiva derivante dai budget 2012 e richiama la necessità che venisse data puntuale applicazione delle disposizioni di cui alla L. n. 135/2012. Per l'anno 2013, in ogni caso, si ricordava che la decurtazione dei budget prevista dalla L. 135/2012 è pari all'1% rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011.

Tavolo e Comitato restavano in attesa di conoscere la situazione relativa alla presa in carico dei pazienti provenienti da CEM-CRI e della conseguente sopravvenuta modifica dell'assetto erogativo delle strutture ex art. 26. Inoltre, avevano chiesto alla struttura commissariale di ricevere aggiornamenti sullo stato relativo alla sospensione dell'accreditamento dell'IRCCS Santa Lucia ed ogni eventuale informazione necessaria a comprendere la possibile collocazione dei pazienti attualmente ospitati nella struttura.

La struttura commissariale ha trasmesso una relazione di chiarimenti (prot. 327/13) in risposta alle evidenze emerse nella riunione del 17.04.2013, e ai pareri dei Ministeri (prot. 268_13 e 277_13) sull'applicazione delle disposizioni della L. 135/12 per i tetti afferenti alle prestazioni di ospedaliera e specialistica ambulatoriale.

In merito alla comparazione dei budget per gli anni 2012-2013, la struttura commissariale ha inoltre predisposto una relazione (prot. 325_13 del 05.07.2013) in merito alla comparazione dei budget in riferimento alle prestazioni: ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza; specialistica ambulatoriale; RSA, ex articolo 26; Hospice; neuropsichiatria. Nella nota viene anche presentato il confronto degli stessi con gli obiettivi tendenziali e programmatici.

Tavolo e Comitato, ribadendo le considerazioni di cui al verbale precedente e rinviando al parere 277/13 in relazione al prot. 327/13 rilevano:

- **che la determinazione dei tetti per l'ospedaliera e la specialistica per l'anno 2012 e per**

- l'anno 2013 non ha seguito le indicazioni dei Ministeri (Pronto Soccorso, Dialisi);**
- **nella determinazione dei budget sono stati considerati anche rischi e rideterminazioni;**
 - **la regione precisa che, visto l'imponente contenzioso sui controlli esterni, questi ultimi non possano ritenersi verificati**
 - **la tabella relativa all'attività ospedaliera riporta una formula errata rispetto al valore "Totale lordo controlli al netto del neonato sano" ;**
 - **che non sia condivisibile la metodologia con la quale si determina il valore del consuntivo 2011, nel quale vengono ricompresi anche circa 60 mln relativi ad abbattimenti. Tale procedimento, oltre a non essere in linea con il dettato normativo, non è neanche condivisibile dal punto di vista della corretta definizione dell'offerta, poiché a fronte di elevati volumi di abbattimenti ci si attenderebbero dalla Regione Lazio provvedimenti di natura programmatica tendenti a trasferire l'offerta stessa verso setting assistenziali più appropriati, valorizzando anche le strutture maggiormente virtuose (che erogano prestazioni appropriate); inoltre, laddove si raffronta la cd "ipotesi Ministeri" con il procedimento regionale, contrariamente a quanto sostenuto precedentemente ("visto che il contenzioso riconducibile ad una parte significativa dei controlli esterni ne impedisce di considerarli verificatesi, si è ritenuto di non considerare l'impatto globale dei controlli ai fini dell'applicazione della legge") si portano a detrazione del valore complessivo della remunerazione prevista proprio le somme corrispondenti al valore complessivo degli abbattimenti;**
 - **ribadiscono che l'applicazione del D.L. 95/12 deve avere come base di calcolo per l'applicazione delle percentuali di riduzione il valore CE del 2011 - ribadiscono la necessità che i budget sia definiti al lordo delle compartecipazioni**

In relazione al prot. 325/12 rinviano alla sezione relativa agli hospice per ulteriore chiarimenti.

La struttura commissariale ha trasmesso anche una relazione di chiarimenti (prot. 330_13 del 05.07.2013) in risposta alle evidenze emerse nella riunione del 17.04.2013, in merito alla ripartizione del F.S.R. 2012 per le funzioni assistenziali ospedaliere e di didattica e di ricerca connesse ad attività assistenziali.

Tavolo e Comitato, nel rinviare alla specifico parere, rilevano preliminarmente che il provvedimento è carente di un elemento determinante. Trattandosi, infatti, di un sistema di finanziamento da definirsi in base all'analisi dei costi standard, il DCA dovrebbe contenere i modelli teorici di calcolo dei costi industriali utilizzati al fine della valorizzazione delle singole funzioni. Tale elemento continua a non essere esplicitato. Inoltre, nel dettaglio:

- **la nota non chiarisce le motivazioni per cui sono valorizzate per un importo identico le funzioni elencate nella tabella 5 "... Centri Regionali..." che risultano essere assolutamente differenti fra loro (a livello di dotazione di personale necessaria, di numero di accessi di pazienti, di strumentazione, di logistica, di ricavi; ecc);**
- **il finanziamento a funzione relativo alla tabella n. 7 (maggiori costi connessi all'erogazione di prestazioni sanitarie erogate da strutture ospedaliere caratterizzate da elevata complessità organizzativa) non rientra fra le attività riconosciute dall'art. 8 sexies del D.lgs. 502/1992 ed è estremamente generica;**
- **con riferimento alla tabella n. 10, si evidenzia che il D.lgs. 517/1999 riconosce i maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca, detraffa la quota correlata ai minori costi derivanti dall'apporto di personale universitario solo alle Aziende ospedaliere di cui all'art. 2, commi 1 e 2, del suddetto decreto. Si ribadisce la necessità di esplicitare sulla tabella la corretta dicitura di cui al D.lgs. 517/99;**

- rispetto alla tabella 10, inoltre, si richiama quanto disposto dal comma 7 del D.P.C.M. 24 maggio 2001 che affida ai protocolli d'intesa con l'università la disciplina dei corsi relativi alle professioni sanitarie, disponendo anche la specifica utilizzazione di altre strutture pubbliche ed eventualmente private, ove non siano disponibili specifiche strutture nell'Azienda di riferimento. E' necessario, pertanto, che tali elementi siano preventivamente individuati, unitamente alle questioni relative al finanziamento, nell'ambito di tali protocolli;
- chiedono anche un aggiornamento rispetto a quanto riportato dalla regione con prot. 155 del 15/03/2012 in relazione ai contenziosi in essere con le strutture Santa Lucia e San Raffaele;
- che sia necessario trasmettere il prospetto riepilogativo di tutti i tetti fissati per le varie tipologie di assistenza e di erogatore, comprensivo dei costi connessi alle funzioni assistenziali.

In riferimento alla definizione della funzioni per l'anno 2013, la struttura commissariale ha trasmesso il Decreto n. 291/13 (prot. 279_13 del 28.06.2013) di definizione provvisoria del finanziamento per l'esercizio 2013, prevedendo un abbattimento del 20%, delle funzioni assistenziali ospedaliere, ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e, delle funzioni di didattica e di ricerca connesse ad attività assistenziali di cui all'art. 7 comma 2 del D.Lgs. 517/99".

Tavolo e Comitato rilevano che il decreto di finanziamento delle funzioni assistenziali non tiene conto delle osservazioni dei Ministeri affiancanti formulate rispetto all'analogo provvedimento adottato per l'anno 2012. I Tavoli restano in attesa delle modifiche ed integrazione al decreto e di una relazione tecnica dalla quale si evincano gli elementi richiesti.

Budget 2013

La struttura commissariale ha trasmesso il Decreto n. 98/13 (prot. 154_13 del 10.04.2013) che definisce i budget 2013 delle strutture private erogatrici di prestazioni di specialistica ambulatoriale ; il Decreto n. 100/13 (prot. 156_13 del 10.04.2013) che definisce i budget 2013 delle strutture private erogatrici di prestazioni ospedaliere. Esito parere: *Si rinvia al parere e si resta in attesa delle conseguenti modifiche. Si chiede di produrre apposita relazione tecnica corredata della documentazione di supporto citata nelle premesse e nel dispositivo di ciascuno dei decreti. Tale relazione dovrà inoltre attestare la coerenza dei provvedimenti con quanto disposto con i programmi operativi 2013-2015 per i quali si ha a disposizione una bozza ancora in attesa della condivisione da parte del commissario ad acta.*

Tavolo e Comitato segnalando il mancato rispetto della normativa in materia rimangono in attesa delle modifiche ai DCA citati.

Si segnala che la maggior parte dei contratti per l'anno 2013 non sono stati sottoscritti.

La struttura commissariale ha trasmesso i seguenti budget 2013:

- il Decreto n. 99/13 per le prestazioni di assistenza riabilitativa ex art. 26 (prot. 155_13 del 10.04.2013);
- il Decreto n. 101/13 (prot. 157_13 del 10.04.2013) per le prestazioni in RSA. Esito parere: *Si prende atto del provvedimento. Si resta in attesa di conoscere lo stato dell'arte delle procedure di accreditamento. Si resta in attesa di una relazione tecnica attestante la compatibilità del provvedimento con il PO 2013-2015;*
- il Decreto n. 102/13 per le prestazioni neuropsichiatriche (prot. 158_13 del 10.04.2013) Esito

parere: *Si resta in attesa di conoscere la data entro la quale il processo di accreditamento sarà definitivamente completato;*

- il Decreto n. 103/13 (prot. 168_13 del 18.04.2013) per le prestazioni erogate negli Hospice.

Rispetto al tetto per le prestazioni ex. art. 26 Tavolo e Comitato rilevano che la regione debba modificare la normativa in materia di compartecipazione e sollecitano la conclusione delle riconversioni e delle procedure di accreditamento.

In relazione ai tetti per RSA (prot. 157/13) e neuropsichiatria (prot. 158/13) Tavolo e Comitato rinviando ai pareri resi.

Rispetto al tetto per le prestazioni di Hospice Tavolo e Comitato, nel rinviare allo specifico parere, prendono atto del provvedimento e restano in attesa delle rassicurazioni più volte richieste rispetto alle riconversioni previste dal DCA 80/10 e rispetto al Gruppo San Raffaele.

La struttura commissariale ha trasmesso anche il Decreto n. 183/13 (prot. 203_13 del 10.05.2013) che approva lo schema tipo di contratto/accordo per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti erogatori di tutte le prestazioni sanitarie.

Tavolo e Comitato rispetto allo schema di contratto, rinviando al parere, rilevano che:

- riguardo alla previsione dell'art. 4 comma 3, secondo capoverso " □...□ le Parti si danno atto che l'Erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il bisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno...", evidenziano che l'onere di qualificare il bisogno assistenziale, e conseguentemente definire l'offerta di sistema, è esclusivamente in capo alla regione e non può essere delegato agli erogatori. Si suggerisce, eventualmente, al fine di garantire l'omogeneità temporale dell'offerta, di inserire una frase assimilabile alla presente "le Parti convengono che nulla spetterà all'erogatore né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie che l'erogatore medesimo abbia reso superando il seguente limite percentuale indicato in corrispondenza al relativo riferimento temporale;
- il ...% (per cento) del Tetto Massimo Annuo alla data del 20.. ;
- il 100% (cento per cento) del Tetto Massimo Annuo alla data del 31.12.20..." ;
- all'art. 4 – Valorizzazione di prestazioni erogabili e corrispettivo massimo, si parla di valori economici e non di volumi di prestazioni, né viene evidenziato che il budget deve essere definito al lordo di ticket e quota ricetta;
- all'art. 4, laddove si parla di assistenza specialistica, non si comprende per quale motivo venga specificato esclusivamente per la lettera d1) - Ospedali classificati, IRCCS privati e Policlinici Universitari non statali che il budget sia comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti in altra regione, ai cittadini stranieri e sia comprensivo della compartecipazione aggiuntiva (quota fissa). Tale previsione dovrebbe essere inserita anche per le strutture di cui alle lettere d2), e) ed f);
- all'art. 8 – Modalità di fatturazione, liquidazione e termini di pagamento, si evidenzia che le previsioni ivi inserite appaiono troppo generiche, in quanto rimandano "a modalità e tempi di volta in volta in uso presso la Regione". E' necessario che vengano inserite previsioni relative alle modalità di quantificazione degli acconti periodici e dei saldi, nonché riferimenti alle attività di controllo;
- all'art. 12, punto 2, si suggerisce di rivedere la formulazione laddove, al fine di intendere risolto il contratto, si prevede che l'avveramento di una o più delle ipotesi elencate debba determinare anche un grave inadempimento dell'erogatore, poiché tra le cause elencate ve ne sono alcune che appaiono già sufficientemente rilevanti da poter giustificare una risoluzione del contratto. L'introduzione dell'ulteriore elemento della dimostrazione del

grave inadempimento potrebbe causare un aggravio procedimentale qualora si valutasse di dover risolvere il contratto;

- **in relazione art. 1, punto d, dello schema di contratto, che richiama la dichiarazione del possesso dei requisiti per l'accreditamento da parte dell'erogatore, si rileva che tale possesso, a prescindere dall'autocertificazione, deve essere verificato dalla Regione prima di procedere alla stipula del contratto. Laddove, inoltre, si prevede la risoluzione ipso iure del contratto in caso di dichiarazione false (art. 12), fra le stesse dovrebbe essere prevista anche la lettera d) dell'art. 1.**

Rapporti con gli erogatori pubblici e privati riguardo alla remunerazione degli anni pregressi

Tavolo e Comitato, nell'evidenziare come le continue modifiche dei budget degli anni precedenti intervenute successivamente all'entrata in vigore dei DCA 348 e 349 rendessero non chiaro il percorso di attuazione del DL 95/2012, avevano ribadito la necessità che la struttura commissariale rispondesse nel dettaglio alle osservazioni avanzate nella riunione del 17 aprile 2013, con specifico riferimento al pagamento di prestazioni relative ad annualità pregresse.

La Regione ha inviato documentazione relativamente alle seguenti tematiche:

Budget 2010-2011-2012

La Struttura commissariale ha trasmesso anche il Decreto n. 202/13 (prot. 218_13 del 23.05.2013) che determina i budget per l'anno 2011 per le strutture eroganti prestazioni di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

I Tavoli chiedono chiarimenti in merito al fatto che per la struttura San Raffaele Pisana siano considerati i ricoveri in essere al 21.03.2011 (invece che al 31.12.2010), ricordando che la norma regionale introduce un'eccezione alla remunerazione delle strutture limitata al periodo 1° gennaio–31 marzo 2011

La struttura commissariale ha trasmesso la nota di chiarimenti (prot. 329_13 del 05.07.2013) alle evidenze della riunione di verifica del 17.04.2013, e in risposta ai pareri dei Ministeri (prot. 209_13) in merito ai rapporti con gli erogatori pubblici e privati riguardo alla remunerazione degli anni pregressi. In particolare per il Laboratorio Centrale della Croce Rossa Italiana per gli anni 2010-2011-2012; per le prestazioni ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza medica post acuzie e per il Laboratorio Analisi Zaffino s.r.l. relativamente al budget attività specialistica ambulatoriale anni 2010-2011-2012.

Tavolo e Comitato nel rinviare al parere da rendere valutano non sufficienti i chiarimenti trasmessi.

Tavolo e Comitato:

- **rispetto a CRI rilevano che la nota riporta come motivazione della mancata sottoscrizione dell'accordo per il sovra indicato triennio, gli avvicendamenti a livello direzionale che hanno interessato la ASL e la stessa regione; tale motivazione spiega ma non giustifica quanto accaduto;**
- **rispetto alle strutture Marry House e San Feliciano evidenziano che sono necessari chiarimenti in ordine alla modifica delle procedure di riconversione previste dal Decreto 80/10;**
- **rilevano che i budget 2012 attribuiti non sono al lordo di tutte le partecipazioni.**

La struttura commissariale ha trasmesso:

- il Decreto n. 139/13 (prot. 187_13 del 03.05.2013) di integrazioni e rettifica dei precedenti decreti di assegnazione del budget 2012 di riabilitazione post-acuzie delle Case di Cura Medicus Hotel Monteripoli, Villa Dante, INI Grottaferrata e INI Città Bianca

Si rinvia al parere

- il Decreto n. 201/13 (prot. 217_13 del 23.05.2013) di integrazioni e rettifica dei precedenti decreti di assegnazione dei budget delle strutture Meta Medica e MR 300 per gli anni 2011, 2012 e 2013

In relazione alla rideterminazione dei budget per le strutture META Medica e MR 3000, erogatrici con onere SSR di prestazioni di specialistica ambulatoriale, del Gruppo SAN RAFFAELE S.p.A., i Tavoli evidenziano preliminarmente che il DCA 62/2011 non è stato approvato in virtù di una serie di osservazioni alle quali si rinvia (da ultimo cf. prot. 13_13 P). Peraltro, la valorizzazione dei budget riformulati per la struttura Meta Medica non appare coerente con le somme riportate nei DCA di riferimento. Inoltre, si richiama l'uso inappropriato della terminologia di cui al DCA 62/11 "valorizzazione riconversione", laddove le strutture in oggetto non hanno riconvertito attività ospedaliere in attività territoriali.

La gestione commissariale ha trasmesso la nota di chiarimenti (prot. 320_13 del 05.07.2013) in risposta alle evidenze emerse nella riunione di verifica del 17.04.2013 e al parere dei Ministeri (prot. 244_13 e 39_13) in riferimento alla remunerazione delle prestazioni Hospice come da intesa di riconversione della struttura Italian Hospital Group S.p.A. (IHG) e della struttura Nuova Clinica Annunziatella.

Tavolo e Comitato rilevano incongruenze relativamente al numero di posti letto di residenzialità e al relativo fabbisogno. Nella nota vengono citati 297 posti letto attivi mentre nei programmi operativi risultano attivi 242 posti letto (pag. 193). La tabella del PO, inoltre, non è di agevole comprensione, in quanto sommando i posti attivi con i posti derivanti da riconversione si otterrebbe un numero superiore al fabbisogno. Si chiede quindi di riformularla.

La nota riporta come motivazione dell'aumento dei budget la previsione "dell'acquisto di prestazioni pari al 100 % di quanto contrattualizzato" in virtù del fatto che il numero di posti pari 297 risulterebbe inferiore al fabbisogno. Tuttavia, non è chiaro il criterio con cui venivano determinati precedentemente i budget, anche perché l'aumento non riguarda in modo proporzionale tutte le strutture ma solo alcune. I valori riportati nella nota non sono coerenti con la relazione di cui al prot. 325/2012, nella quale è dichiarato che il budget è rimasto invariato dal 2011 al 2012, mentre nel prot. 320 si evidenzia una differenza di 10 milioni circa fra i due anni.

Tavolo e Comitato sollecitano la struttura commissariale all'attuazione della riorganizzazione della rete cure palliative, anche in virtù dei finanziamenti Ministeriali.

La Gestione Commissariale ha trasmesso la nota di chiarimenti (prot. 321_13 del 05.07.2013) in risposta alle evidenze emerse nel verbale del 05.07.2013, e al parere dei Ministeri (prot. 150_13), in riferimento al Decreto 11/13 di definizione dei budget delle strutture oggetto di riconversione per gli anni 2011 e 2012 relativamente a: attività ambulatoriale fisioterapica; RNM; Specialistica; APA e PAC; Dialisi; Hospice; Acuti; R1; RSA; ex Art. 26.

Si rinvia al parere.

La gestione Commissariale ha anche trasmesso una relazione di chiarimenti (prot. 326_13 del 05.07.2013) al parere dei Ministeri (prot. 38_13) con la quale si fornisce un quadro di riepilogo dei budget assegnati e della relativa quota liquidata per prestazioni di assistenza riabilitativa ex art. 26.

Tavolo e Comitato restano in attesa dei dati definitivi, rilevano la gravità della circostanza che a luglio del 2013 la regione non abbia ancora a disposizione dati relativi alle somme liquidate relative alla produzione 2011.

Erogatori Privati

La struttura commissariale ha trasmesso una relazione di aggiornamento (prot. 318_13 del 05.07.2013) in risposta alle richieste da verbale del 14.11.2012, e al parere dei Ministeri (prot. 227_13) in riferimento alla sottoscrizione degli accordi per gli anni 2011, 2012 e 2013 da parte di case di cura, policlinici privati, IRCCS e Istituti Classificati. Per l'anno 2011 si precisa la mancata sottoscrizione dell'accordo con il Policlinico Gemelli, al quale è stato notificato il Decreto 87/12 che assegna il finanziamento complessivo per il 2011. Per l'anno 2012 si segnala che la sola struttura CEM-CRI non ha sottoscritto l'accordo rinunciando all'accreditamento, ed è pertanto in corso la presa in carico dei pazienti da parte della ASL RM/D..

Tavolo e Comitato sollecitano la sottoscrizione di tutti i contratti con le strutture private. Nel rinviare al parere chiedono chiarimenti in merito alla situazione del centro CEM – CRI in virtù delle notizie stampa dalle quale si è appreso della sottoscrizione di un protocolli d'intesa del quale si chiede la trasmissione.

Istituto Dermopatico dell'Immacolata

Tavolo e Comitato, relativamente alla tematica riguardante il Gruppo IDI, restavano in attesa di ricevere aggiornamenti in merito alla situazione del Gruppo, e alle correlate iniziative regionali, atteso che, da notizie provenienti dalla stampa, si era venuti a conoscenza anche dei problemi legati alla sospensione dell'attività dell'Ospedale San Carlo.

I Tavoli chiedevano una dettagliata relazione informativa sull'Ospedale San Carlo di Nancy e sulla tipologia delle verifiche effettuate dalla ASL territorialmente competente.

In merito la struttura commissariale ha trasmesso il Decreto n. 142/13 (prot. 202_13 del 10.05.2013) che dispone l'Erogazione di importi relativi alle prestazioni rese dalle Strutture IDI - IRCCS e Ospedale San Carlo di Nancy gestite dalla Provincia Italiana della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione fino al 30 settembre 2013.

Tavolo e Comitato prendono atto del decreto trasmesso e restano in attesa di ricevere aggiornamenti relativi alla situazione del gruppo IDI.

Gruppo San Raffaele

Nella riunione del 17 aprile 2013, Tavolo e Comitato avevano ribadito che la struttura di Montecompatri non risultava essere accreditata provvisoriamente. Per ciò che concerne il relativo trasferimento dei posti letto, il TAR Lazio, con sentenza n. 4940 del 31/05/2012, aveva disposto "l'annullamento, nei limiti dell'interesse" del DCA 62/2011, adducendo quale motivazione "che nell'impugnato decreto non si fa alcun cenno all'analisi dell'impatto del disposto trasferimento dei posti letto da un distretto all'altro". Contro tale pronuncia la Regione aveva dichiarato di aver presentato ricorso, perciò si attende di conoscere gli esiti del contenzioso.

Inoltre, poiché il DCA 90/2012 attribuiva all'allora operante struttura "Villa dei Fiori" € 4.445.898,68 per la remunerazione delle prestazioni neuropsichiatriche, come correttamente riportato nelle premesse del presente decreto, non era chiaro il motivo per cui la regione procedesse a scorporare dal budget residuo € 246.131,00 per la remunerazione dei 30 p.l. di RSA.

Con l'occasione, si chiedeva se i budget fossero stati calcolati al lordo o al netto della quota di compartecipazione a carico del cittadino-utente.

Tavolo e Comitato restavano in attesa di ricevere riscontro alle richieste di chiarimenti di cui ai precedenti verbali, con particolare riguardo all'avvenuto accertamento del possesso dei requisiti minimi per l'accreditamento della struttura.

In riferimento alla struttura di Cassino, Tavolo e Comitato, avevano chiesto notizie circa l'impugnativa della sentenza da parte dell'Avvocatura Generale dello Stato e della contestuale istanza di sospensione dell'esecutività del suddetto decreto. Avevano chiesto, inoltre, che venissero forniti opportuni chiarimenti rispetto al processo di riconversione della struttura di Cassino, per la quale i posti letto dedicati alla riabilitazione sembrerebbero aumentare anziché diminuire.

In riferimento al Gruppo San Raffaele, è pervenuta - oltre alla citata nota di chiarimenti su Montecompatri (prot. 289_13) - una nota di chiarimenti (prot. 319_13 del 05.07.2013) in risposta alle evidenze emerse nella riunione del 17.04.2013, e al parere dei Ministeri (prot. 188_13), in riferimento alla determinazione del finanziamento per la casa di cura San Raffaele di Cassino per l'anno 2011 di: Hospice, ex Art. 26 e Specialistica; e per il 2012 i tetti per: Hospice, ex Art. 26, Specialistica, R1 e Codice 75 allegando l'ordinanza di sospensione.

Tavolo e Comitato rilevano che la nota non è esaustiva e, in relazione alla “riconversione”, a seguito della quale si registra un incremento di posti letto per attività ospedaliere, oltre a quanto già osservato nei precedenti verbali, si riporta quanto previsto dal DCA 80/10, che sta alla base del processo di riorganizzazione della rete: “di disporre che le strutture private di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie possano proporre alla Direzione Regionale competente la riconversione dei posti letto soppressi ai sensi del presente provvedimento in posti letto territoriali e altre attività rientranti nel fabbisogno regionale”.

Pertanto le indicate “riconversioni” non appaiono aderenti a quanto originariamente programmato. Poiché l'attuale configurazione dei PL non appare, allo stato, corrispondente alle previsioni del citato DCA 80/10 e poiché la struttura commissariale ha più volte ribadito che “è in corso da parte della regione la complessiva revisione delle reti”, si chiede nuovamente la trasmissione di un atto complessivo che descriva la nuova configurazione della rete dando evidenza della compatibilità con i fabbisogni assistenziali, nonché del raggiungimento degli standard del DL 95/12.

La struttura commissariale non ha fornito riscontro in merito alla richiesta chiarimenti inviata con prot. 348-P -2013 in merito all'accreditamento della struttura San Raffaele Termini.

Fondazione Santa Lucia

Tavolo e Comitato, in merito alla Fondazione Santa Lucia, erano rimasti in attesa di ricevere aggiornamenti sullo stato del contenzioso, nonché di conoscere gli esiti del procedimento relativo alla sospensione dell'accreditamento ed ogni eventuale informazione necessaria a comprendere la possibile collocazione dei pazienti attualmente ospitati nella struttura.

E' pervenuta una nota di chiarimenti (prot. 316_13 del 04.07.2013) in risposta al parere dei Ministeri (prot. 199_13) sullo stato di attuazione della sottoscrizione dell'accordo con l'IRCCS Fondazione Santa Lucia.

Tavolo e Comitato rilevano:

- **la regione elimina la clausola “v” in virtù di 2 pronunce emesse in sede cautelare. Tuttavia le pronunce non sono state emesse tra la regione e la Santa Lucia, ma tra la regione e la Merry House, per cui l'efficacia di tali ordinanze è limitata alle parti in causa;**

- laddove nella nota si riporta che la clausola “pertanto avrebbe imposto alla struttura una rinuncia alla tutela giurisprudenziale già ottenuta” è necessario che la regione chiarisca a cosa si riferisca;
- il nuovo schema di contratto (anno 2013) prevede all’art. 14 una nuova clausola di salvaguardia. Non è chiaro il motivo per cui la regione nel predisporre il contratto 2012 della Santa Lucia, laddove ha eliminato l’originaria formulazione della clausola “v”, non abbia almeno inteso sostituirla con la nuova versione.

Ospedale Israelitico

Tavolo e Comitato nella riunione del 17 aprile 2013, avevano ribadito la richiesta di chiarimenti in relazione alla sussistenza dei requisiti di accreditamento rispetto alla prevista destinazione dei posti letto e restavano in attesa di ricevere gli esiti dei controlli.

La struttura commissariale non ha trasmesso documentazione entro la data prevista del 5 luglio 2013.

Policlinico Gemelli

Tavolo e Comitato prendevano atto di quanto dichiarato dalla struttura commissariale, ovvero che l’accordo per l’anno 2012 ai sensi dei DCA nn. 88/12, 89/12 e 94/12, è conforme alla normativa vigente, tuttavia evidenziavano che i citati DCA, non sono stati validati dai Ministeri e non risultava essere pervenuto alcun riscontro alle osservazioni contenute nel parere 376-P/2012.

Si chiedevano chiarimenti, inoltre, in merito all’extrabudget che si evidenziava sulla struttura in riferimento all’anno 2012.

La struttura commissariale non ha trasmesso documentazione.

Casa di Cura Città di Aprilia

Tavolo e Comitato, avevano preso atto della proposta di Decreto trasmesso dalla struttura commissariale che, in applicazione delle disposizioni del TAR, riesaminava l’attività della struttura e l’attività del Pronto Soccorso (bassa incidenza degli accessi seguiti da ricovero), addivenendo alla conclusione di dover riconfermare il budget 2010 e, perciò, le disposizioni del DCA n. 72/2010.

In merito la struttura commissariale ha trasmesso:

- il Decreto n. 138/13 (prot. 186_13 del 03.05.2013) di rettifica Decreto del Commissario ad Acta n. U0039 del 31 maggio 2010 che definiva le remunerazioni delle prestazioni ospedaliere per acuti dell’anno 2010. Esito parere (prot. 226 del 31.05.2013): ***Si prende atto del decreto e si resta in attesa di ricevere un aggiornamento sul contenzioso relativo al budget 2011. Si resta in attesa di un documento relativo alla riorganizzazione della rete ospedaliera che, per il caso oggetto del presente parere, tenga conto delle risultanze dell’istruttoria condotta.***
- Una relazione di chiarimenti (prot. 317_13 del 05.07.2013) in risposta alle evidenze emerse nella riunione di verifica del 17.04.2013, e al parere dei Ministeri (prot. 226_13) in riferimento al contenzioso relativo al budget 2011 della Casa di Cura Città di Aprilia.

Tavolo e Comitato prendono atto della nota trasmessa, che riproduce pedissequamente i contenuti del DCA oggetto di osservazioni. Per tale ragione, riportano di seguito le osservazioni del citato parere, che appaiono tutt’ora prive di riscontro, e restano in attesa di un aggiornamento sullo stato del contenzioso relativo al budget dell’anno 2011:

“nel merito, prendendo atto del decreto trasmesso, si ritiene che codesta struttura commissariale debba promuovere, attraverso gli uffici regionali competenti, lo svolgimento di audit mirati alla verifica della qualità e della sicurezza delle prestazioni rese della citata Casa di Cura, nonché della

relativa appropriatezza clinica e organizzativa, in ragione delle risultanze emerse dall'istruttoria condotta.

Inoltre, è opportuno che si tenga conto delle risultanze della predetta istruttoria nella ridefinizione della rete dell'emergenza (ex DCA n.73/2010), secondo la quale nella Casa di Cura, afferente alla Macroarea 3, è presente un Pronto Soccorso”.

Casa di Cura Addominale EUR

Tavolo e Comitato, in riferimento alla rideterminazione per i budget 2005-2006 e, successivamente, 2007-2008, con la Casa di Cura Addominale EUR, avevano chiesto di conoscere l'impatto di tale rideterminazione dopo i controlli, nonché l'effetto economico-finanziario della stessa sull'esercizio corrente.

In merito la struttura commissariale ha trasmesso una relazione di chiarimenti (prot. 317_13 del 05.07.2013) in risposta alle evidenze emerse nella riunione di verifica del 17.04.2013, e al parere dei Ministeri (prot. 176_13) in riferimento all'accordo con la Casa di Cura Chirurgia Addominale all'EUR per l'attività ospedaliera per acuti anni 2007 e 2008.

Tavolo e Comitato rinviando al parere.

Campus Bio Medico

Tavolo e Comitato, riguardo alla rideterminazione del budget dell'anno 2008 per il Campus Biomedico, avevano evidenziato che non poteva essere previsto un trasferimento di risorse da un'area all'altra dell'attività, salvo che tale spostamento non fosse giustificato da una modifica del fabbisogno, cui era correlato un cambiamento nel setting assistenziale di prestazioni precedentemente erogate in regime di degenza ordinaria.

La struttura commissariale non ha trasmesso documentazione in merito.

4.2 Tariffe (Programma 7)

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 17 aprile 2013, avevano richiesto alla Regione l'invio del nuovo nomenclatore tariffario previsto per il 31 marzo 2013.

La Struttura Commissariale ha trasmesso il Decreto n. 310/13 (prot. 309_13 del 04.07.2013) e il Decreto n. 313/13 (prot. 310_13 del 04.07.2013) di adozione delle tariffe di cui al D.M. 18.10.2012, per le prestazioni di acuzie e post-acuzie e di specialistica ambulatoriale

Con il decreto 310/2013 il Commissario adotta le tariffe ex DM 18.10.2012 relative alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, con decorrenza dalla pubblicazione del decreto stesso, fatte salve le tariffe delle prestazioni oggetto di deospedalizzazione, da accorpamenti di prestazioni APA e PAC e confermando l'esclusione delle prestazioni già eliminate dal tariffario. La relazione che accompagna la proposta di decreto precisa che il provvedimento non era stato sinora proposto in quanto risultano pendenti ricorsi di associazioni di categoria con il DM 18.10.2012.

Al riguardo si rappresenta quanto segue.

Si rileva il ritardo con cui la Regione Lazio recepisce il DM 18.10.2012, pubblicato il 28.01.2013.

Si chiede alla regione di precisare se la decorrenza di adozione delle tariffe dalla data di pubblicazione del decreto sia compatibile con i tempi necessari per l'adeguamento dei sistemi informativi degli erogatori sia pubblici che privati accreditati.

La previgente normativa regionale prevedeva che i "PAC" fossero remunerati con una tariffa pari alla somma delle tariffe previste dal nomenclatore regionale per le singole prestazioni effettuate. Si chiede alla regione di precisare se tale norma è confermata ovvero come sia modificata con il decreto in oggetto.

Con il decreto 313/2013 il Commissario recepisce le tariffe ex DM 18.10.2012 relative ai ricoveri per acuti, di riabilitazione e lungodegenza, con decorrenza dalla pubblicazione del decreto stesso, prevedendo:

- per i parti, per contenere e ridurre la quota di cesarei nella Regione, è prevista una detrazione tariffaria per le strutture nel caso in cui ciascuna struttura superi il “valore regionale di riferimento”;
- per i ricoveri di riabilitazione in regime diurno le tariffe sono fissate in misura pari al 75% delle corrispondenti tariffe per il regime ordinario e sono previsti gli stessi valori soglia indicati per i ricoveri in regime ordinario;
- nelle more di approfondimenti circa i percorsi assistenziali, rinvia l’adozione delle tariffe ex DM 18.10.2012 relative ai ricoveri di soggetti affetti da grave cerebrolesione acquisita e ai pazienti con mielolesione con gravità A, B, C, prevedendo l’applicazione delle tariffe relative al codice 28 vigente nella regione e per i ricoveri relativi alla MDC 1 erogati nei reparti cod. 75 la tariffa di euro 367,29.

Il decreto indica che non è possibile procedere alla definizione di tariffe per classi di erogatori in quanto le procedure di accreditamento istituzionale degli erogatori sono in corso di esecuzione.

Il decreto nelle premesse specifica che con nota prot. 44688 DB/07/09 del 8.3.2013, integrata con nota 114070 DB/27/03 del 19.06.2013, è stato comunicato agli erogatori privati di assistenza ospedaliera e alle associazioni di categoria il recepimento delle tariffe ex DM 18.10.2012.

Al riguardo si rappresenta quanto segue.

Con riferimento alla modulazione tariffaria per i parti, il decreto non specifica il valore regionale di riferimento oltre il quale si applicano le decurtazioni previste. Si chiede alla regione di specificare se tale valore sia comunicato alle strutture all’inizio di ciascun anno ovvero in altro momento.

Le tariffe previste per i pazienti affetti da grave cerebrolesione acquisita e ai pazienti con mielolesione con gravità A, B, C previste dal decreto in oggetto sono coerenti con il DM 18.10.2013, tuttavia si chiede alla regione se e quali controlli siano previsti per verificare l’appropriatezza dei ricoveri nei reparti cod. 28 e 75.

In considerazione della riduzione di spesa che può derivarne, si chiede alla regione di indicare la data entro cui prevede di definire le tariffe per classi di erogatori.

Si chiede alla regione di specificare le motivazioni per cui non ha previsto l’adozione di modulazioni tariffarie finalizzate a promuovere l’appropriatezza delle prestazioni e i processi di deospedalizzazione.

4.3 Appropriatezza

Nella riunione del 17 aprile 2013, Tavolo e Comitato avevano sollecitato l’adozione concreta e tempestiva di atti relativi all’incremento dell’appropriatezza nel settore riabilitativo e della lungodegenza. In ogni caso, era stata ribadita l’opportunità da parte della struttura commissariale di prevedere anche controlli da parte della struttura regionale e delle aziende con frequenza infra-annuale.

In merito la struttura commissariale ha trasmesso una nota di chiarimenti (prot. 323_13 del 05.07.2013) in risposta alle evidenze emerse nella riunione di verifica del 17.04.2013, e al parere dei Ministeri (prot. 117_13), in merito al sistema dei controlli dell’attività sanitaria ospedaliera e specialistica.

La struttura commissariale comunica di aver attivato un Tavolo tecnico relativamente ai controlli per l’appropriatezza nel settore riabilitativo e della lungodegenza, di dover procedere al trasferimento

delle funzioni dell'ASP ai sensi della Legge regionale 4/13, di aver comunicato il funzionamento delle procedure del DCA 58/13.

Rapporti con gli erogatori privati e tariffe

Negli schemi di PO sono previsti diversi interventi:

- adozione di un DCA per la definizione di specifici ambiti di remunerazione delle funzioni entro giugno 2013;
- un intervento per l'adeguamento della normativa regionale alla normativa nazionale in materia di compartecipazione del comune utente entro il 2014;
- interventi relativi alle prestazioni erogate a carico del FSR con la definizione di precisi programmi di controllo per il triennio (classificazione prestazioni erogate, confronto tra cartelle cliniche e SDO).
- adozione di un DCA per definire i criteri alla base del Piano delle prestazioni entro giugno 2013. Tali criteri saranno utilizzati per la definizione dei Budget 2014
- interventi di fissazione di tetti per l'anno 2013 per tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie per nome e per conto del SSN;
- intervento relativo alla definizione dello schema di contratto;
- in relazione alle sperimentazioni gestionali è prevista l'adozione di una normativa regionale di riferimento; sono previsti interventi per il monitoraggio e la stabilizzazione di alcune sperimentazioni;
- all'analisi dell'impatto economico finanziario della fissazione dei tetti;
- la definizione delle nuove tariffe per le strutture che erogano attività riabilitativa in coerenza con il nuovo decreto che definisce i requisiti minimi.
- ridefinizione delle tariffe di cui al DM 18 ottobre 2012.

Nel rinviare al parere da rendersi si segnalano diverse criticità.

Rispetto alla definizione della normativa per la compartecipazione del Comune/utente si rileva che il programma fissa la decorrenza di tale misura al luglio del 2014, termine che appare incompatibile con l'urgenza connessa al Piano di rientro. Si invita la regione a rivedere il cronoprogramma ed anticipare l'applicazione della quota di compartecipazione per le prestazioni erogate in strutture socio-riabilitative.

Con riferimento alla determinazione delle tariffe per le prestazioni territoriali extraospedaliere, si osserva che la regione, non avendo ancora riordinato l'assistenza residenziale per non autosufficienti e definito i requisiti del livello estensivo, non ha indicato la relativa tariffa; inoltre, con riferimento alle tariffe per la riabilitazione di mantenimento in regime residenziale si segnala alla Regione che il DPCM Lea prevede l'articolazione della quota a carico del Comune/assistito sui valori del 30% o del 60%, in relazione alla presenza/assenza del sostegno familiare, mentre il documento in esame fa riferimento solo alla prima quota. Sarebbe opportuno che fosse chiaramente indicato il termine entro il quale la regione intende procedere alla graduazione dell'offerta nei nuovi livelli di intensità assistenziale previsti dal DPCA 39/2012, ai fini della definizione del budget annuale.

Nella sezione dedicata alle sperimentazioni gestionali, laddove si citano le "convenzioni" per le attività ex art. 26, si ricorda che i rapporti con tutti gli erogatori privati sono disciplinati dal d.lgs. 502/92, che prevede, tra l'altro, la necessità di un accordo/contratto con strutture

preventivamente accreditate.

Rispetto all'intervento per la determinazione delle funzioni assistenziali, nel rilevare che lo stesso non fa alcuna menzione delle numerose osservazioni dei Ministeri affiancanti, si ribadiscono i rilievi espressi rispetto al prot. 330/13.

In relazione alla definizione dei budget il PO non fa riferimento alle numerose criticità evidenziate nel corso del triennio, in gran parte rimaste prive di riscontro. Tavolo e Comitato chiedono che nel documento vengano esplicitato l'impegno a superare tali criticità e rinviando a quanto espresso nelle sezioni relative ai rapporti con gli erogatori privati.

Rispetto ai controlli si rileva che l'obiettivo programmato per il triennio è il raggiungimento di controlli di congruità di almeno il 9,5% dei controlli analitici mirati. Si ricorda, a tal riguardo, che il D.M. 10 dicembre 2009, decreta che per ciascun soggetto erogatore le regioni assicurano un controllo analitico annuo di almeno il 10% di tutte le cartelle cliniche e delle corrispondenti SDO, da effettuare secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali. Inoltre tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriata individuata dalle Regioni.

Manca il riferimento all'utilizzo dei dati delle ricette del Sistema TS.

Si segnala in ogni caso che la continua revisione dei budget in corso d'anno e per anni precedenti, indice, ancora una volta, di una non corretta programmazione regionale e di una non corretta gestione delle risorse a disposizione.

ACCORDI DI CONFINE

Nel PO si parla di necessità di stipulare accordi che regolino la mobilità sia con le regioni limitrofe (Abruzzo, Molise, Umbria e Campania) sia con regioni non confinanti ma che incidono sul saldo di mobilità laziale (Lombardia, Veneto Emilia Romagna). Si parla di riproposizione di bozze di accordi già inviate alle regioni delle quali non si dispone di alcuna informazione depositata a Sistema documentale.

5. PROTOCOLLI DI INTESA CON LE UNIVERSITÀ (Programma 7 Linee di indirizzo)

Tavolo e Comitato, nella riunione di verifica del 17 aprile 2013, avevano richiamato l'urgenza di procedere al rinnovo dei Protocolli di Intesa con tutte le università statali e non statali, essendo trascorsi anni dai precedenti protocolli ed essendo superato, con riferimento alle università statali, il quadriennio che, sulla base di quanto disposto dal d. lgs. 517/99, permetteva la sperimentazione di cui alla lettera a), comma 2 dell'art. 2 del suddetto decreto. Tavolo e Comitato ribadivano che la mancanza di tali protocolli rendesse non agevole la governance dei complessi rapporti tra le università e le aziende. Si restava, pertanto, in attesa di ricevere le nuove proposte di protocolli d'intesa nel più breve tempo possibile.

La struttura commissariale non ha trasmesso documentazione in merito. Si sottolinea l'urgenza di procedere.

Con riferimento al Policlinico/Fondazione Tor Vergata nel PO si parla genericamente della necessità di stipulare nuovo protocollo d'intesa e si afferma che è stato dato impulso con la legge 6/2011 al riconoscimento IRCCS. Non risultano aggiornamenti in merito allo stato dell'arte.

Inoltre per la stipula dei protocolli d'intesa con altre università si parla genericamente di avvio dei negoziati entro 3 mesi dalla riorganizzazione della rete. E' necessario che vengano definiti

dei tempi certi per tali iniziative. Si chiede di chiarire cosa si intenda con l'affermazione "l'impatto economico è impossibile da valutare al momento" (pag. 69 del PO).

E' necessario provvedere tempestivamente alla trasmissione dei nuovi schemi di protocollo fra Regione Lazio e le università, all'interno dei quali dovranno, tra l'altro, essere puntualmente individuate anche le strutture, pubbliche o private accreditate, presso le quali si svolgono attività di didattica per la formazione del personale medico o delle professioni sanitarie.

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

In materia di formazione la struttura commissariale ha trasmesso:

- il Decreto n. 232/13 (prot. 236_13 del 06.06.2013) che dispone l'iscrizione all'albo dei provider ECM regionale dell'azienda ospedaliera di Rieti, in quanto in possesso dei requisiti richiesti con determina n. B6617 del 24 agosto 2011 ai fini dell'accREDITamento dei provider. Con il protocollo in oggetto specificato, la struttura commissariale della Regione Lazio trasmette il DCA n.232/2013 mediante il quale ha disposto l'iscrizione all'albo dei provider ECM regionale dell'azienda ospedaliera di Rieti, in quanto in possesso dei requisiti richiesti con determina n. B6617 del 24 agosto 2011 ai fini dell'accREDITamento dei provider. Tale accREDITamento, come indicato dalla stessa Regione, è avvenuto nell'ambito del Bando ECM indetto con determina D1945 del 27 maggio 2010 concernente il "Sistema di Educazione Continua in Medicina: AccREDITamento Provider Pubblici" e riaperto con determina n. B6617 del 24 agosto 2011. *Esito parere: Si prende atto.*
- il Decreto n. 233/13 (prot. 237_13 del 06.06.2013 che approva l'iscrizione dell'ARES 118 (Azienda Regionale Emergenza Sanitaria) all'Albo dei provider ECM della regione, in quanto in possesso dei requisiti richiesti dalla riapertura del bando emanato con Determina n.B6617 del 24 agosto 2011 recante "Sistema di Educazione Continua in Medicina della Regione Lazio: AccREDITamento Provider Pubblici – riapertura bando accREDITamento Provider". *Tavolo e Comitato prendono atto della procedure di accREDITamento provider adottata dalla regione.*

Formazione e Comunicazione

Negli schemi di PO sono previsti diversi interventi finalizzati al miglioramento delle attività di ECM attraverso una convenzione con AGENAS, l'impatto economico sulla riduzione dei costi della formazione non è valutato, è prevista anche la definizione di linee guida per la carta dei servizi, la definizione di un sito telematico che raccolga le carte dei servizi di AO e ASL, viene riportato anche un intervento relativo all'applicazione dei principi della legge 190/2012 (c.d. anticorruzione) (non messo l'intervento sull'AUDIT CIVICO).

Nel rinviare al parere da rendersi si rileva il ritardo con cui la Regione interviene per garantire gli adempimenti previsti dagli Accordi Stato/Regioni del 5 novembre 2009 e del 19 aprile 2012 in materia di ECM.

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

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 17 aprile 2013, restavano in attesa di una relazione che desse conto dell'effettiva conclusione delle procedure previste per la corretta applicazione della spending review.

La Regione e il Sub commissario competente hanno inviato una relazione relativa agli adempimenti previsti in applicazione del DL 95/2012 in materia di beni e servizi.

In tale relazione si specifica che per l'anno 2013 l'Area Centrale acquisti e Crediti sanitari ha trasmesso a tutte le aziende una comunicazione al fine di aggiornare le precedenti disposizioni con gli interventi normativi introdotti dalla legge 222/2012 per cui le aziende sono state invitate a ridurre del 10% i corrispettivi e corrispondenti volumi di acquisto a decorrere dal 2013 e per tutta la durata del contratto. Le aziende devono rendicontare alla regione i risultati raggiunti. Ad oggi, si precisa nella relazione, le aziende che hanno dato comunicazione in merito alle misure introdotte sono 17. La proiezione dei risparmi fornita dalle aziende per il 2013 ammonta a circa 20 mln di euro IVA esclusa. Per quanto concerne la determinazione dei prezzi di riferimento regionali in considerazione delle sentenze intervenute sui ricorsi presentati sulle modalità di determinazione dei prezzi di riferimento dei dispositivi medici da parte dell'AVCP, l'Area centrale acquisti ha rivisto la metodologia di analisi limitando i confronti a prodotti identici forniti dalle diverse aziende della regione.

Tavolo e Comitato prendono atto di quanto rendicontato. Restano in attesa di una relazione che dia conto dell'effettiva conclusione delle procedure previste per la corretta applicazione della spending review e richiamano quanto detto precedentemente in merito alla costruzione dei tendenziali e dei programmatici del PO.

Con riferimento all'accordo pagamenti la regione e il subcommissario competente precisano che con riferimento ai tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi il dato calcolato da Assobiomedica che, per il Lazio è pari a 318 giorni per il 2013, è calcolato considerando sia i crediti effettivamente certificati e pagati sia tutti i crediti anche molto vecchi non certificati e quindi non riconosciuti dalle aziende e in alcuni casi tali crediti sono anche oggetto di contenzioso. La regione precisa che molte imprese di Assobiomedica hanno aderito all'accordo pagamenti e pertanto le stesse vengono pagate a 180 giorni.

Con riferimento all'applicazione del d.lgs. 192/2012 che prevede il pagamento dei fornitori a 60 giorni a partire dai contratti stipulati il 1° gennaio 2013, la struttura commissariale fa presente che ha pianificato un piano di lavoro finalizzato alla riduzione dei tempi di pagamenti attraverso l'attuazione di due azioni principali:

- disponibilità di liquidità a seguito dell'anticipazione di cui al dl 35/2013 che sarà utilizzata per i crediti fino al 31.12.2012 con possibilità di utilizzare la rata corrente per il pagamento delle fatture dell'anno in corso riducendo gradualmente i tempi previsti dall'accordo pagamenti fino al 60 giorni;
- interventi di efficientamento e monitoraggio sulle procedure di liquidazione messe in atto dalle aziende per la diminuzione dei tempi di liquidazione delle fatture.

Tavolo e Comitato, nel prendere atto di quanto rendicontato, restano in attesa di periodiche relazioni che diano conto del raggiungimento dell'obiettivo del pagamento dei fornitori a 60 giorni.

- In materia di beni e servizi la struttura commissariale ha anche trasmesso una Nota di chiarimenti (prot. 272_13 del 27.06.2013) in risposta al parere dei Ministeri (prot. 211_13) in merito alle disposizioni previste dal decreto 191/12 inerente le Gare centralizzate per l'approvvigionamento di beni e servizi.
- Successivamente è stato anche trasmesso il Decreto n. **308/13** (prot. 308_13 del 04.07.2013) di modifica ed integrazione del Decreto del Commissario ad acta 191/12.
- La struttura commissariale ha trasmesso, inoltre, una nota di chiarimenti (prot. 273_13 del 27.06.2013) in risposta al parere dei Ministeri (prot. 234_13) in riferimento alla tariffazione degli ausili ortopedici di serie di cui agli elenchi 2 e 3 del D.M. 27 agosto 1999, n. 332

Tavolo e Comitato:

- ribadiscono il grave ritardo nell'attuazione delle norme del D.L. 95/12;
- rispetto all'accordo sui pagamenti rilevano l'eccessiva genericità degli interventi previsti; chiedono una relazione sull'attività della Direzione generale centrale acquisti, esistente da anni con differenti denominazioni, e rilevano la mancanza di indicatori temporali, qualitativi e quantitativi per il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi che, peraltro, così come declinati appaiono generici. Appare poco efficace un processo di autorizzazione preventiva di ogni singola procedura di ogni singola Azienda sanitaria; dalla necessità di verificare la congruità di ogni singola richiesta rispetto al piano di attività relativo alle gare regionali si possono desumere due possibili chiavi di lettura: o il piano non esiste e, quindi, sarebbe il caso che venisse implementato; ovvero il piano non è stato adeguatamente comunicato alle Aziende.
- rilevano il ritardo nel governo della materia degli ausili ortopedici (la regione a fine giugno non dispone ancora dei dati sulla spesa e non ha completato il rilevamento del fabbisogno);
- ribadiscono l'esigenza più volte espressa di una programmazione delle attività in materia di beni e servizi che non si basi su un approccio formale ma su azioni concrete e misurabili.

Beni e Servizi

Negli schemi di PO sono previsti diversi interventi.

- Il potenziamento delle funzioni della Centrale Acquisti (autorizzazione all'esecuzione di gare di appalto autonome e utilizzo del sistema informativo spending analysis) Il PO difatti descrive il funzionamento di procedure già attive;
- L'armonizzazione e la centralizzazione di alcuni servizi amministrativi (gestione gare e pagamenti, contabilità, risorse umane, controllo di gestione, contenzioso, autoassicurazione) delle Aziende Sanitarie grazie all'area "centrale Acquisti e crediti Sanitari". Centro servizi da istituirsi entro maggio 2013;
- Definizione di un modello di autoassicurazione, di tale modello è prevista la quantificazione dell'impatto economico;
- Viene riportata la pianificazione acquisti per gli anni 2013-2015 con le previsioni di apposti decreti del Commissario ad acta .
- Sono previste azioni per il rafforzamento dell'utilizzo del MEPA , del sistema dinamico di acquisizione attraverso la piattaforma CONSIP e l'utilizzo di convenzioni CONSIP e azioni per l'attuazione del D.L. 95/12
- Potenziamento della attività del Nucleo di valutazione per la valutazione delle tecnologie
- E' previsto il rinnovo del protocollo biennale per la distribuzione per conto
- Diversi interventi sono previsti per la spesa in dispositivi medici
- L'intervento sul piano dei pagamenti con tempi di pagamento obiettivo a 180 giorni

Viene riportato l'impatto economico di alcuni degli interventi programmati

Nel rinviare al parere da rendersi si rappresenta quanto segue.

Già nel corso del Piano di rientro i Ministeri affiancanti avevano espresso la necessità di rafforzare la fase di programmazione, anche poliennale, degli acquisti.

Rispetto all'adozione del sistema informativo si osserva come la necessità di dotarsi di un software così complesso, che si presume abbia comportato un investimento di alto valore, testimonia la mancanza allo stato nel sistema regionale di una base dati strutturata, con tempi di implementazione che saranno medio -lunghi. Rispetto al nucleo di valutazione si raccomanda che la costituzione dell'organismo non comporti nuovi oneri per la finanza pubblica.

Non appare sufficientemente supportato e spiegato l'obiettivo dell'abbattimento del 10% della spesa di beni e servizi (esclusi farmaci e, a partire da gennaio 2013, dispositivi) al riguardo si rinvia anche a quanto precedentemente rappresentato in materia di costruzione del modello tendenziale e del modello programmato.

Relativamente alle stime di impatto economico imputate alle varie azioni intraprese - modello di autoassicurazione - Intervento sulla centralizzazione degli acquisti - adesione a Consip - attivazione di sistemi di e-procurement – riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria in termini di prezzi e quantità ai sensi della normativa vigente - attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL 95/2012) le stesse, in assenza di una base di calcolo univocamente definita e quantificata, non possono essere accolte.

8. PERSONALE (Programma 10 Linee di indirizzo)

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 17 aprile 2013, in merito ad alcune presunte violazioni causate dall'assunzione di personale in assenza di autorizzazione da parte del Commissario, rispettivamente nelle ASL di Viterbo, RM-H, Rieti e RM-F, avevano chiesto di essere aggiornati sugli sviluppi di tali indagini e sulle iniziative della struttura commissariale in merito.

La struttura commissariale ha anche trasmesso una nota di chiarimenti (prot. 314_13 del 04.07.2013) in risposta alle evidenze emerse nella riunione di verifica del 17.04.2013, e al parere dei Ministeri (prot. 207_13), in merito alle indagini condotte presso le ASL per verificare eventuali violazioni della normativa autorizzatoria di assunzioni del personale del SSR.

La struttura commissariale ha inviato una nota in cui precisa che successivamente all'emanazione dei decreti commissariali 118/2011 e 117/2012 l'Area giuridico normativa istituzionale ha avviato i procedimenti di contestazione di assunzione di personale negli anni 2010/2011 in assenza di preventiva autorizzazione regionale nei confronti delle aziende RM A, RM B, RM C, RM E e RM G. I suddetti procedimenti sono in istruttoria.

Per quanto concerne le aziende RM F, RM H, VT, RI i procedimenti di contestazione si sono conclusi con la trasmissione degli atti alla procura contabile per l'accertamento di eventuali responsabilità per danno erariale e al nucleo di valutazione e controllo strategico ai fini della valutazione dell'attività dei direttori generali. La struttura commissariale specifica che le infrazioni contestate ai DG sono state compiute in epoca anteriore al decreto 118/2011 e quindi ricadono nel campo di applicazione del decreto 104/2010 il quale prevedeva in caso di violazione del blocco del turn over la perdita di 2 punti su 100 totali. Si ricorda anche ai fini della confermabilità dei DG il decreto 104/2010 esigeva il raggiungimento del punteggio complessivo di 70/100.

Con riferimento all'azienda di Frosinone la struttura commissariale (prot. 266_13) riferisce che è pervenuta una rilevante mole di documenti in merito alle presunte irregolarità inerenti l'assunzione di personale presso l'azienda in questione e che tale documentazione è al momento in corso di

valutazione. La regione segnala tuttavia la carenza di personale in quel territorio che sta determinando una significativa riduzione dell'attività assistenziale.

Tavolo e Comitato restano in attesa delle valutazioni delle struttura commissariale. Poiché, inoltre, la regione evidenzia che “la carenza di personale in quel territorio sta determinando una significativa riduzione dell'attività assistenziale”, chiedono di conoscere le verifiche (es. valutazione delle liste d'attesa) che sono state effettuate e le conseguenti iniziative intraprese per far fronte a eventuali carenze nell'erogazione dei LEA (mobilità, assunzioni, ecc.).

Tavolo e Comitato nell'evidenziare che il 31/12/2012 si è concluso il periodo di vigenza del blocco del turn in conseguenza dell'applicazione nell'anno 2010 di quanto previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 in relazione al disavanzo non coperto per l'anno 2009, prendono atto di quanto rappresentato e ricordano che il PO 2013-2015 prevede un blocco del turn over al 90% che, si ipotizza, la struttura commissariale abbia ritenuto idoneo a garantire le prestazioni.

Con nota 12296/DB/27/05 del 2/7/2013 la Regione ha inviato una nuova tabella A relativa all'anno 2004 ricompilata in seguito ad una nuova ricognizione effettuata presso le aziende secondo il principio della competenza. Dalla tabella emerge un valore totale per tale anno pari a 2.801.968,50 euro a cui, aggiungendo l'indennità De Maria di 110.014,10 euro, si ottiene un valore complessivo di 2.911.982,6 euro.

Con la medesima nota la Regione trasmette la tabella del consuntivo 2011 il cui valore complessivo netto è pari a 2.838.504,08 euro e la tabella del IV trimestre 2012 il cui valore complessivo netto è pari a 2.764.429,09 euro.

In merito si rappresenta quanto segue:

in seguito ad un aggiornamento dei dati del Conto Annuale (C.A.) il valore dell'anno 2004 per la Regione Lazio, ricalcolato a seguito della segnalazione di talune anomalie, è ora pari a 2.727.508.334 euro. Tale valore, sia pur superiore rispetto al precedente dato del C.A., rimane tuttavia inferiore rispetto a quello da ultimo comunicato dalla Regione. Ciononostante dalla tabella dell'anno 2011 della Regione risulta una spesa totale netta di 2.838.504,08 euro che è superiore alla spesa dell'anno 2004 da C.A. e pertanto supera il tetto di spesa dell'1,4% che si calcola in diminuzione a partire da quel dato di spesa (2004).

Ai fini dell'anno 2012 occorre far riferimento al consuntivo, pertanto si rimane in attesa del consolidamento in atto da parte della Regione della tabella B per l'anno 2012.

Inoltre, nella predetta nota la Regione Lazio sostiene che ai fini del confronto dei dati negli anni di riferimento occorrerebbe apportare dei correttivi riferiti all'A.O. Sant'Andrea per le attività andate a regime dopo l'anno 2004 e alla medicina penitenziaria. Applicando tale metodologia la Regione ritiene di aver rispettato l'obiettivo per gli anni 2011 e 2012.

Con riferimento ai predetti correttivi si ritiene che gli stessi non possano essere adottati in quanto le disposizioni normative non prevedono, la possibilità di apportare correttivi.

In ogni caso Tavolo e Comitato chiedono alla regione di approfondire gli scostamenti tra quanto comunicato con la tabella A e quanto inviato dalle aziende sul Conto annuale in quanto si evidenzia un differenziale di circa 185 mln di euro.

Procedure di minor aggravio

La regione ha trasmesso una nota in cui precisa che ai sensi della legge 228/2012 ha avviato i contatti con l'Inps al fine di pervenire alla stipula di un protocollo d'intesa finalizzato all'espletamento della verifica straordinaria che assume un particolare rilievo per il SSR considerato l'elevata incidenza di soggetti con prescrizioni/limitazioni tra i dipendenti del SSR.

La regione prevede di attivare nell'ambito del Programma Operativo 2013-2015 un coordinamento sulle procedure di ricollocazione del personale eventualmente dichiarato idoneo a svolgere la propria mansione specifica in esito alla verifica condotta dall'Inps affinché vengano rispettate le disposizioni impartite.

Tale coordinamento dovrà avvenire in sinergia con le altre azioni di *governance* che si intraprenderanno nell'ambito della gestione delle risorse umane.

Il coordinamento prevede la realizzazione di un piano di riorganizzazione delle unità operative coinvolte dall'intervento in particolare con l'attribuzione ai soggetti oggetto di visita di nuovi compiti e/o incarichi in coerenza con la riorganizzazione della rete territoriale.

Tavolo e Comitato sollecitano una rapida conclusione del procedimento.

Piano mobilità del personale

La struttura commissariale precisa che intende realizzare un nuovo modello di *governance* del personale delle aziende del SSR imperniato non sulla predisposizione di singoli atti spesso non collegati tra loro ma sulla effettiva realizzazione di politiche di sistema che consentano il raggiungimento degli obiettivi previsti dal piano di rientro e i LEA.

Con riferimento al piano della mobilità del personale la stessa precisa che bisognerà attendere la conclusione del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale che si dovrebbe concludere nel 2014.

Tavolo e Comitato invitano la struttura commissariale a presentare un piano di riordino della rete ospedaliera e territoriale già integrato del piano sul personale dato che l'uno è complementare dell'altro già nel disegno dell'architettura del sistema.

Evidenziano, in ogni caso, l'impossibilità di procedere al governo del personale senza che venga prevista una logica programmatoria di fondo. E', dunque, indispensabile che si provveda alla conclusione del processo di revisione della rete assistenziale regionale entro il più breve tempo possibile.

La struttura commissariale relativamente alla proroga dei contratti a tempo determinato, ha trasmesso:

- il Decreto n. 235/13 (prot. 240_13 del 07.06.2013) avente ad oggetto: "Interventi atti a garantire la continuità delle prestazioni assistenziali nell'ambito della riorganizzazione della rete regionale di assistenza-proroga contratti a tempo determinato", con il quale si consente la proroga dei contratti in essere al 30.11.2012 fino e non oltre al 31.12.2013, in attuazione di quanto disposto dal Decreto Legge n. 54/2013.

Tavolo Comitato rilevano che dalla proroga dei contratti a tempo determinato sono escluse alcune fattispecie, tra cui gli incarichi ex art.15 septies del D. Lgs. 502/92, e che la proroga degli incarichi conferiti con contratti di lavoro autonomo, di natura occasionale o coordinata e continuativa, è consentita, in via eccezionale(art. 1, comma 147, L. 228/2012).

Richiedono una relazione tecnica che dia evidenza di quanto segue:

- delle modalità con cui la regione intende operare dopo il citato termine del 31/12/2013;

- che siano illustrati i costi relativi al personale interessato dal presente decreto, nel rispetto dei vincoli finanziari vigenti, anche mediante utilizzo di tabella riepilogativa.

Successivamente la struttura commissariale ha trasmesso una relazione di chiarimenti (prot. 295_13 del 04.07.2013) in risposta al parere dei Ministeri (prot. 68_13) in merito alla proroga dei contratti a tempo determinato atti a garantire la continuità delle prestazioni assistenziali nell'ambito della riorganizzazione della rete regionale di assistenza, ai costi del personale a tempo determinato, alla verifica dei presupposti giuridici.

Si prende atto dei chiarimenti e rinvia al parere.

La Regione in merito all'intramoenia ha trasmesso la relazione di chiarimenti (prot. 299_13 del 04.07.2013) in risposta al parere dei Ministeri (prot. 269_13) in riferimento all'approvazione delle Nuove 'Linee guida per l'esercizio della libera - professione intramuraria della Regione Lazio. **Tavolo e Comitato restano in attesa di ricevere la nuova versione delle linee guida, che recepisca i rilievi ministeriali e le novità introdotte in materia dal d.l. n. 158/2012, convertito in l. n.189/2012.**

La struttura commissariale ha trasmesso il Decreto n. 290/13 (prot. 278_13 del 28.06.2013) che proroga le funzioni, sino alla designazione del nuovo Direttore Generale, del dott. Vincenzo Suppa quale Soggetto Attuatore della USL di Frosinone ai sensi dell'art. 4, comma 2, del D.L. 1 ottobre 2007, n.159, convertito con legge 29 novembre 2007, n. 222 e ss. mm. - ".

Tavolo e Comitato prendono atto e restano in attesa di un aggiornamento sulle procedure di nomina dei Direttori Generali della Aziende.

La struttura commissariale ha anche trasmesso il Decreto n. 279/13 (prot. 275_13 del 27.06.2013) che dispone la ricollocazione del dott. Massimo Uguccioni, ex Direttore della UOC di Cardiologia del CTO dell'ASL RMC (UOC dismessa a seguito di ristrutturazione aziendale), presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, con il medesimo incarico

Tavolo e Comitato prendono atto e rinviando al parere.

La struttura commissariale ha anche trasmesso il Decreto n. 185/13 (prot. 215_13 del 21.05.2013) che autorizza il trasferimento presso la ASL RM-B di n. 1 unità di personale con qualifica di Dirigente Medico, disciplina Medicina Trasmfusionale, in servizio a tempo indeterminato presso la ASL RM-G, tramite procedura di mobilità

Tavolo e Comitato prendono atto del decreto.

- Tabella B (prot. 238_13 del 06.06.2013) di rilevazione personale I trim. 2013.
- Relazione di chiarimenti (prot. 334_13 del 05.07.2013) in risposta al parere dei Ministeri (prot. 260_13) in riferimento alla Tabella B di rilevazione personale per gli anni 2004, 2011 e IV trim. 2012.

8.1 Deroga blocco del turn over

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 17 aprile 2013, restavano in attesa di ricevere il provvedimento commissariale recante la procedura per l'assunzione in deroga al blocco del turn over e il piano analitico di mobilità del personale.

La struttura commissariale ha trasmesso lo Schema di Decreto (prot. 190_13 del 08.05.2013) con il quale si autorizza all'assunzione di 2 dirigenti medici oncologi. Esito parere: *Si prende atto delle azioni che la struttura commissariale intende porre in essere per garantire il mantenimento dei LEA. Si resta in attesa della relazione richiesta, rappresentando che la presente proposta di deroga va*

computata, insieme con quelle di cui alle DD.C.A. 426/12 e 34/13, nella quota percentuale di deroghe concedibili per il 2013, di cui il programma operativo 2013-2015, nel rispetto dei parametri di costo del personale normativamente previsti, dovrà necessariamente tener conto.

La struttura commissariale ha trasmesso il Decreto n. 236/13 (prot. 247_13 del 12.06.2013) che autorizza il DG dell'ASL RMB all'assunzione a tempo indeterminato di 1 Dirigente medico e il Decreto n. 239/13 (prot. 263_13 del 17.06.2013) con il quale si autorizza l'ASL RMF ad indire un avviso pubblico per Direttore di struttura complessa per le UOC di Chirurgia Generale del PO San Paolo di Civitavecchia

Tavolo e Comitato, in relazione all'art. 1, comma 8, della L. 189/2012, di conversione del DL 158/2012, chiedono se prima di ricorrere all'assunzione attraverso scorrimento graduatorie o avviso pubblico siano state espletate le procedure di mobilità.

In riferimento alla situazione di collasso dei servizi di salute mentale, Tavolo e Comitato avevano chiesto una relazione dalla quale si evincesse la situazione relativa all'organizzazione dell'assistenza psichiatrica atteso che con la richiesta di assunzioni si era inteso sopperire al fabbisogno degli SPDC.

La struttura commissariale ha successivamente trasmesso una di relazione di chiarimenti (prot. 292_13 del 04.07.2013) in riferimento alle evidenze emerse nella riunione di verifica del 17.04.2013 e al parere dei Ministeri (prot. 210_13) in riferimento all'autorizzazione all'assunzione in deroga al blocco del turn over per l'anno 2013, di 17 Dirigenti medici dislocati presso le aziende del SSR. Successivamente la gestione Commissariale ha trasmesso il Decreto n. 323/13 (prot. 336_13 del 05.07.2013) mediante il quale, al fine di concedere la deroga al blocco del turn over, recepisce le richieste del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e del Comitato tecnico permanente per la verifica dei LEA circa la necessità di predisporre un atto che indichi *“i criteri in base al quale sono individuate le priorità e le necessità di personale”*.

Tavolo e Comitato, valutando positivamente l'iniziativa, ritengono che il provvedimento richieda alcune modifiche. Nel rinviare al parere per i dettagli, evidenziano quanto segue.

La commissione, ai fini di autorizzare eventuali deroghe, ha anche il compito di individuare le situazioni di maggiore criticità che sono classificate in “classi regionali di riferimento”. Non è specificato nel regolamento quali siano i criteri con i quali è stata definita la suddivisione in queste 9 classi, né se le classi stesse abbiano una sorta di priorità le une rispetto alle altre.

Il paragrafo 7 “modalità di assunzione” prevede 4 diverse tipologie di assunzione, il cui effettivo utilizzo alternativo è rimesso alla regione. Le tipologie indicate sono: utilizzazione di graduatoria di concorso esistente, indizione di concorso, mobilità da altra regione e mobilità da altro comparto della PA.. Si osserva che le mobilità previste dal paragrafo non costituiscono assunzioni in senso stretto in quanto, nell'ambito della PA, sono comunque isorisorse. Inoltre, la procedura di mobilità è propedeutica e non alternativa alla procedura di assunzione tramite concorso pubblico, e deve necessariamente essere preventivamente espletata ai sensi di quanto disposto dal D.Lgs. 165/2001. L'art. 30, comma 2 bis, prevede infatti che: “le amministrazioni, prima di procedere all'espletamento di procedure concorsuali, finalizzate alla copertura di posti vacanti in organico, devono attivare le procedure di mobilità di cui al comma 1... (...)”. In merito alla copertura di posti vacanti si richiama anche il contenuto dell'art. 1, comma 8, del DL 158/12 convertito nella L.189/12.

8.2 Atti aziendali

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 17 aprile 2013, avevano valutato favorevolmente la proposta di un nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio, in recepimento degli Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art. 12, comma 7, lett. B, Patto delle Salute 2010, riservandosi le osservazioni di merito nello specifico parere.

In merito la gestione commissariale ha trasmesso il Decreto n. 206/13 (prot. 220_13 del 28.05.2013) che disciplina il Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio a seguito del recepimento degli "standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, lett. B, Patto per la Salute 2010-2012" elaborati dal Comitato L.E.A."

Tavolo e Comitato, rinviando al parere da rendersi:

- **evidenziano che le unità operative dell'ARES devono essere computate nel numero complessivo delle strutture risultanti dall'applicazione degli standard;**
- **evidenziano che il numero dei posti letto utilizzato come riferimento dalla Regione è quello dei posti letto risultanti alla data del 31/12/2011, riferiti alle strutture previste dal DCA 80/2010, corrispondente a n. 12.638. In attesa della riorganizzazione in attuazione del D.L. 95/2012, si deve fare riferimento quantomeno ad una dotazione di posti letto più attuale che, già al 1° gennaio 2012 dai dati presenti in NSIS, risulta essere pari a 11.237 posti letto. Utilizzando quest'ultimo riferimento come base di calcolo, il numero delle UOC ospedaliere risulterebbe pari circa a n. 642, con una differenza di circa n. 80 UOC rispetto a quanto indicato nel documento (722);**
- **chiedono chiarimenti sul bacino di utenza utilizzato come riferimento per la definizione dei distretti;**
- **è necessario, inoltre, che l'atto contenga in allegato anche l'elenco dei centri di responsabilità e dei centri di costo.**

8.3 Fondi contrattuali

In riferimento ai fondi contrattuali la Regione ha trasmesso una relazione di chiarimenti (prot. 296_13 del 04.07.2013) in risposta al parere dei Ministeri (prot. 19_13) in riferimento ai fondi contrattuali per gli anni 2011 e 2012.

8.4 Nomina DG delle ASL

La struttura commissariale ha trasmesso il Decreto n. 234/13 (prot. 239_13 del 06.06.2013) avente ad oggetto: "Definizione, ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 5, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi".

Soggetto attuatore ASL RME

In riferimento alla nomina del soggetto attuatore dell'ASL RME la struttura commissariale ha trasmesso uno schema di decreto (prot. 167_13 del 16.04.2013) con il quale si affidano le funzioni di Direttore Generale dell'Azienda al dott. Angelo Tanese in qualità di Soggetto Attuatore (ai sensi dell'art. 4, comma 2, del D.L. 1 ottobre 2007, n.159, convertito con legge 29 novembre 2007, n. 222 e ss.mm.ii.), sospendendo la dott.ssa Maria Sabia dall'incarico di DG della predetta azienda. L'incarico in essere durerà dalla data di effettivo insediamento sino alla scadenza del rapporto contrattuale del precedente DG sospeso. **Esito parere: Si prende atto dell'esercizio, da parte del Commissario ad acta,**

del potere al medesimo attribuito ai sensi della norma sopra citata e si esprime avviso favorevole sul profilo del soggetto individuato a svolgere le funzioni di soggetto attuatore nella gestione della ASL RM E.

Successivamente al parere ministeriale la struttura commissariale ha convertito lo schema nel Decreto n. 136/13 (prot. 171_13 del 19.04.2013) approvando le disposizioni sopra riportate. Nel parere reso (prot. 172_13) si è esplicitato l'avviso favorevole riguardo al profilo professionale del soggetto attuatore prescelto dal medesimo Commissario. Esito parere: ***Si prende atto del decreto del commissario ad acta n. U00136 con la precisazione di cui al presente parere.***

Personale

Nella gestione del personale nell'ambito del PO il primo obiettivo è rappresentato dal contenimento della spesa tramite azioni sul turn-over, il monitoraggio della gestione del personale delle aziende, la ricollocazione del personale inidoneo alla mansione specifica, il monitoraggio del personale a tempo determinato e con contratto di collaborazione, intervento sui fondi della contrattazione integrativa per la sua corretta rideterminazione, l'adeguamento dei fondi contrattuali, la riduzione della spesa per le prestazioni aggiuntive, l'adeguamento alla nuova normativa dell'attività libero professionale.

Il rinnovo degli atti aziendali sulla base di linee guida regionali è diretto all'applicazione degli standard elaborati dal Comitato LEA e, conseguentemente alla ridefinizione delle dotazioni organiche.

Sempre in tema di personale gli altri temi affrontati, ai fini di una loro regolamentazione, sono gli incarichi agli specialisti ambulatoriali, i criteri di nomina e risoluzione dei DD.GG., la valutazione della dirigenza, il contenimento dei costi degli apparati amministrativi, il conferimento di nuovi incarichi di consulenza, la corretta applicazione dei contratti, la gestione della mensa ed il diritto di accesso alla stessa.

Nel rinviare al parere da rendersi si rileva che sarebbe opportuno richiamare, nella parte dedicata all'attività libero professionale intramuraria (punto 10.2.5 lett. f), quanto previsto dall'Intesa del 7 febbraio 2013 (rep. Atti n.49/CSR) e dal D.M. 21 febbraio 2013 in ordine alle modalità tecniche per la realizzazione dell'infrastruttura di rete.

Presidio POR INRCA

Nella riunione del 17 aprile 2013, relativamente alla dismissione del Presidio POR INRCA di Roma e alla ricollocazione del personale del Servizio Sanitario della Regione Marche, Tavolo e Comitato avevano preso atto della documentazione trasmessa dalla Regione a riguardo, e avevano chiesto di produrre una tabella che desse evidenza del costo del personale a carico della Regione Lazio e avevano chiesto, altresì, notizie in merito alla presenza o meno di personale a contratto a tempo determinato e/o di personale co.co.co.

Tavolo e Comitato avevano segnalato, preventivamente, che nella proposta di Programma Operativo si prevedevano disposizioni in materia di blocco del turn over del personale che, tuttavia, "potrebbero essere rimodulate per effetto del DCA 426/2012, con cui è stata disattivato l'IRCCS INRCA".

Chiedevano alla struttura commissariale la produzione della documentazione relativa all'avvenuta transazione finanziaria contenuta nell'Accordo con l'INRCA.

In risposta alle evidenze emerse la struttura commissariale ha trasmesso una nota di chiarimenti (prot. 301_13 del 04.07.2013) in risposta alle evidenze emerse nella riunione di verifica del 17.04.2013, e al

parere dei Ministeri (prot. 261_13) in riferimento alla dismissione del Presidio POR INRCA di Roma e alla ricollocazione del personale.

Nota di chiarimenti (prot. 312_13 del 04.07.2013) in risposta alle evidenze emerse nella riunione del 17.04.2013, in riferimento alle richieste di chiarimenti di natura contabile, comprensive della documentazione inerente la transazione finanziaria contenuta nell'Accordo con l'INRCA.

In merito alla transazione finanziaria si rimanda a quanto precedentemente detto nel paragrafo relativo al conto economico consuntivo 2012.

PREVENZIONE (Programmi 11-12 Linee di indirizzo)

Sanità pubblica (Programmi 11)

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 17 aprile 2013, avevano evidenziato criticità relativamente all'area degli screening oncologici.

In riferimento a tale evidenze la struttura commissariale ha trasmesso una Nota di trasmissione di un'ulteriore nota di trasmissione, con la quale viene inoltrato un appunto della ASP, peraltro non sottoscritto (prot. 300_13 del 04.07.2013).

Nel rinviare al parere, i Tavoli evidenziano che la nota riporta solo un elenco di generici impegni e suggerimenti, con allegato un prospetto che conferma le gravi criticità evidenziate dai Tavoli, soprattutto in alcune Aziende. Richiedono, pertanto, un documento contenente un'analisi puntuale, dalla quale discenda un crono programma dettagliato recante obiettivi misurabili e una tempistica definita.

La Struttura commissariale in materia di prevenzione ha inviato il Decreto n. 104/13 (prot. 160_13 del 10.04.2013) mediante il quale si approva il documento tecnico Linee Guida elaborato dal Gruppo di Lavoro regionale Screening uditivo neonatale universale, Allegato 1 dello stesso Decreto, ai fini dell'attivazione e messa a regime dello Screening uditivo neonatale universale in tutto il territorio regionale.. Esito parere: Si esprime parere favorevole.

Successivamente è stato trasmesso il Decreto n. 224/13 (prot. 224_13 del 31.05.2013) che Recepisce l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano recante proroga del Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012, aggiorna il Quadro Operativo del PRP (Allegato C) DGR n. 613/2010 e modifica la DGR 03/2012 punti 1 (composizione del Tavolo tecnico di progettazione del PRP) e 6 (elenco dei referenti regionali di progetto)".

La struttura commissariale ha anche trasmesso il Decreto n. 283/13 (prot. 276_13 del 27.06.2013) che costituisce una Commissione per l'attivazione di un'indagine sanitaria ed amministrativa in ordine a eventi avversi con caratteristiche 'sentinella' verificatisi presso il POIT - Centro Trapianti degli Ospedali San Camillo e Spallanzani di Roma".

La struttura commissariale ha anche trasmesso la nota di chiarimenti (prot. 221_13 del 28.05.2013) in risposta al parere dei Ministeri (prot. 56_13), in riferimento al decreto 430/12 che disciplinava il bando per l'assegnazione di progetti di carattere sanitario per la cura di soggetti con patologie della dipendenza. Esito parere: Si prende atto.

Sanità Pubblica

I PO prevedono:

- la riformulazione del PRP Regione Lazio per l'annualità 2013
- programmi di screening oncologici

- azioni volto al controllo negli ambienti di vita e di lavoro anche con l'obiettivo di superamento

In generale le iniziative sono da riferirsi a due dimensioni principali:

- 1) Più efficiente utilizzo delle risorse di *governance* messe a disposizione dal livello centrale di governo
- 2) Adeguamento della "capacità di produzione" intesa come adeguamento dei livelli e della qualità della erogazione dei programmi di screening.

Rispetto alla prima dimensione, apparirebbe opportuno:

- Un sistematico utilizzo della funzione di supporto alla programmazione, valutazione ed organizzazione svolta dall'Osservatorio nazionale screening.
- La partecipazione attiva al progetto coordinato da AGENAS "Implementazione dei programmi di screening: analisi delle barriere e dei fattori facilitanti, modificabili e non" esattamente destinato alla individuazione delle criticità sia di *governance* che di programmazione operativa.

Rispetto alla seconda dimensione si dovrebbero considerare due ambiti di azione principali:

- Adeguamento delle performance aziendali. L'osservazione che alcune realtà di ASL già ottengono risultati apprezzabili o francamente positivi rende evidente che il problema regionale sia anche quello di omogenizzare la capacità di ottenere risultati operativi. Pertanto è necessario che si attivino tutti gli strumenti di indirizzo nonché di incentivo/disincentivo nei confronti delle Direzioni aziendali perché sia uniformemente riconosciuta la priorità del rispetto di tale LEA, anche usufruendo delle migliori esperienze intra-regionali.
- Reingegnerizzazione della prevenzione individuale. L'evidenza maturata negli anni, come si evince dalla letteratura, dimostra che, in media, la prevenzione su base individuale è meno efficace e più costosa di quella perseguita mediante i programmi organizzati. Ciò costituisce la base teorica dell'obiettivo individuato dal PNP 2010-13 che definisce la necessità di reingegnerizzare la prevenzione individuale, all'interno dell'obiettivo principale di sostenibilità. L'articolazione di tale processo di reingegnerizzazione, per quanto attiene specificatamente allo screening del cervicocarcinoma, può essere considerata, sulla base dell'evoluzione delle relative conoscenze scientifiche la prospettiva di utilizzare il test HPV-DNA come test di primo livello. Questa prospettiva non solo è da considerare come attuazione di un programma più costo-efficace ma anche come occasione di ri-orientare la popolazione destinataria ad un modello organizzativo più appropriato.

Nel rinviare al relativo parere si rappresentano alcune specifiche criticità.

Gli indicatori di risultato sono generici e non quantificati attraverso misure specifiche e soglie in grado di qualificare l'effettivo raggiungimento degli obiettivi preposti.

Il cronoprogramma è prevalentemente legato ai principali adempimenti normativi sul PRP, fornisce dunque un elenco di milestones anziché riportare un diagramma temporale delle principali attività.

Si evidenzia, inoltre, come la popolazione target che ha partecipato ai programmi organizzati nel 2012 è: 5.3% per il colonretto, 32.8% per la mammella, 17.3% per la cervice uterina. A fronte di tale notevole divario dai livelli di rispetto del LEA, la Regione nella proposta di PO non identifica né obiettivi quantitativi né un preciso cronoprogramma.

Sanità veterinaria e sicurezza alimentare (Programma 12)

La Struttura Commissariale ha trasmesso:

- Decreto n. 184/13 (prot. 206_13 del 16.05.2013) avente ad oggetto: "Preso d'atto dell'Accordo ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante 'Linee guida per l'applicazione del Regolamento (CE) n. 1069/2009 del Parlamento e del Consiglio dell'Unione europea del 21

ottobre 2009 recante norme sanitarie relative ai sottoprodotti di origine animale e ai prodotti derivati non destinati al consumo umano e che abroga il Regolamento (CE) n. 1774/2002' - Rep. Atti n. 20/CU del 7 febbraio 2013".

- Decreto n. 237/13 (prot. 248_13 del 12.06.2013) avente ad oggetto: "Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana (I.Z.S.L.T.): assegnazione degli obiettivi al Direttore Generale per l'anno 2013".

Nello schema di PO sono previsti diversi obiettivi:

- istituzione di un area dipartimentale di Sanità Pubblica Veterinaria
- istituzione di un tavolo Permanente di Coordinamento
- l'istituzione di unità operative complesse interaziendali per le aziende Sanitarie locali aventi minor bacino di utenza
- l'assegnazione di obiettivi in materia ai Direttori Generali
- l'aumento dei controlli del 20%
- formazione del personale addetto ai controlli.

Si ritiene necessario chiedere una modifica del Programma Operativo per gli aspetti di seguito evidenziati.

Intervento 12.1: L'esame della situazione organizzativa degli uffici regionali che hanno competenza in igiene degli alimenti e nutrizione, alimenti di origine animale, mangimi, benessere e salute animale, non fornisce elementi a supporto di eventuali azioni in grado di rafforzare le risorse umane e il coordinamento tra gli uffici interessati.

In particolare, il coordinamento dovrebbe essere assicurato ad un livello quanto più prossimo alla struttura dirigenziale di base degli uffici regionali competenti. Il Tavolo di coordinamento proposto non sembra adeguato a tale scopo.

Nelle materie su citate, il coordinamento deve inoltre essere tale da garantire un sistema di audit per le autorità competenti, ai sensi dell'art. 4(6) del Reg. 882/04, omogeneo e coerente. Si ritiene pertanto, anche alla luce degli esiti degli audit di sistema e di settore svolti dal Ministero della salute, che la Regione integri il Programma Operativo con una specifica previsione.

Riguardo alla previsione di istituire Unità Operative Complesse (UOC) interaziendali per le Aziende Sanitarie locali aventi minore bacino di utenza in particolari settori, si deve ricordare che le soluzioni organizzative necessarie per conseguire gli obiettivi di razionalizzazione e riduzione della spesa devono realizzarsi nel pieno rispetto delle vigenti disposizioni normative.

Le strutture organizzative che ciascuna ASL deve possedere sono quelle previste dall'articolo 7 quater del d.lgs 502/92. Non è possibile quindi prevedere UOC interaziendali.

E' bene in ogni caso evidenziare che laddove il progetto fosse realizzato si creerebbe una grave disfunzionalità organizzativa, dal momento che la prevista UOC risponderebbe a una direzione aziendale diversa da quella in cui opera una parte del personale, così come il raggiungimento degli obiettivi da parte di una azienda sanitaria finirebbe col dipendere dal personale di un'altra ASL.

La eventuale riduzione del numero di strutture complesse, ove necessaria, non può che avvenire quindi nell'ambito di un processo di accorpamento delle aziende sanitarie, mantenendo in ogni caso l'organizzazione di ciascun Dipartimento di prevenzione aderente alle previsioni del citato d.lgs 502/92.

Si chiede pertanto di eliminare le parti di testo con le quali si programma una modifica del numero di strutture complesse del Dipartimento di prevenzione delle ASL.

In merito a quante previste per l'area dipartimentale di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza alimentare" delle Aziende sanitarie, si invita a pianificarla ed organizzarla nell'ambito delle strutture complesse già previste, escludendo quindi la costituzione di una ulteriore struttura complessa.

Di conseguenza il testo riportato nel riquadro dei risultati programmati e degli indicatori di risultato deve essere modificato o chiarito, nel senso su indicato.

Si invita inoltre a modificare il cronoprogramma proposto, in relazione alle modifiche che verranno apportate.

Intervento 12.5 Si evidenzia una sostanziale incoerenza logica laddove da una parte si giustifica, in quanto inutile, un livello inferiore di campionamento rispetto a quanto previsto dal DPR 14 luglio 1995, e dall'altra si sollecita un aumento del 20% dei controlli ispettivi e dei campioni biologici presso gli esercizi di ristorazione pubblica e collettiva e presso i produttori con prevalente vendita al dettaglio.

L'obiettivo, così presentato dal Programma operativo regionale, rischia di fornire un indirizzo confondente per le Aziende sanitarie, e non coerente con le prestazioni da erogare ai sensi del citato DPR e con i dati relativi alle positività analitiche riportati nello stesso Programma, la cui interpretazione dovrebbe essere maggiormente approfondita. In proposito, si ricorda che è stato incaricato un apposito gruppo di lavoro Ministero-Regioni per l'aggiornamento e adeguamento degli indirizzi nazionali relativi all'attuazione del Regolamento 882/04 e Reg. 854/04 nonché per la definizione di indicazioni per l'attuazione dei controlli previsti per la fase di commercializzazione e ristorazione.

Si invita pertanto a modificare i testi, in modo da risolvere tale incoerenza.

Circa l'obiettivo dell'aumento del 20% di controlli - che comunque disattende le prestazioni minime raccomandate a livello nazionale-, non si è in grado di valutare se l'obiettivo è corretto, o troppo al ribasso o in eccesso, rispetto alla possibilità operativa dei Servizi competenti delle ASL; né è possibile valutare se tale obiettivo distrae da altri obiettivi altrettanto rilevanti.

Una valutazione di tal genere può essere affrontata solo in presenza di una programmazione aziendale completa ed analitica, che parta dalla ricognizione dei vincoli normativi, in grado di evidenziare a livello locale, e dunque anche a livello regionale, il deficit di risorse necessarie a garantire la piena erogazione delle prestazioni richieste dal SSR a garanzia dei livelli essenziali di assistenza, e ponga le basi per la eventuale definizione delle priorità per il 2013-2015 e delle eventuali azioni correttive.

Fermo restando quindi la valutazione della Regione circa il mantenimento o la eventuale modifica dell'obiettivo da essa previsto, si ritiene utile suggerirne uno ulteriore: la messa a punto del ciclo.

della programmazione delle aziende sanitarie e della Regione in materia di controlli ufficiali.

In ogni caso, qualora si mantenga l'obbiettivo previsto dal P.O., si invita a esplicitare con maggiore chiarezza se l'aumento del 20% riguarda il numero totale dei controlli ufficiali o, tenendo costante il totale dei controlli ufficiali finora svolti si tratta di un aumento, quantificato nel 20%, dei controlli mirati a determinati anelli della catena alimentare.

Reti assistenziali

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

Tavolo e Comitato, in merito alla rete assistenziale regionale, nonché della rilevanza della tematica, avevano ritenuto non più procrastinabile la predisposizione di un atto complessivo di programmazione (da trasmettere ai Ministeri affiancanti in preventiva approvazione) che tenesse conto delle

osservazioni ministeriali già espresse, nonché delle disposizioni di cui al DL 95/2012, convertito in Legge 135/2012.

Nella riunione del 17 aprile 2013 Tavolo e Comitato hanno ribadito che, alla data della riunione, il citato atto complessivo delle reti assistenziali non risultava ancora pervenuto.

Poiché pervengono molte note nelle quali i rappresentanti regioni dichiarano che “relativamente alla riorganizzazione della rete ospedaliera, alle reti assistenziali di specialità e all’Ospedale dei Castelli si informa che è in corso (...) la complessiva revisione dei servizi territoriali e ospedalieri” nonché “la riorganizzazione del sistema dell’emergenza sanitaria in ambito territoriale e ospedaliero” (cfr. prot. 332_13), i Tavoli ribadiscono la richiesta di ricevere informazioni su come la struttura commissariale intenda rivedere la complessiva programmazione sanitaria, garantendo l’erogazione dei LEA e nel rispetto degli standard nazionali di riferimento.

Ritengono anche necessario che la proposta di P.O. 2013-2015 sia modificata e integrata in modo da recepire i citati interventi di revisione complessiva della rete assistenziale.

Rete assistenziali per intensità di cure (Programma 13)

Nella riunione del 17 aprile 2013 Tavolo e Comitato avevano rilevato che molte delle attività proposte nel nuovo Programma operativo in realtà erano già previste dalla precedente programmazione. Nel ribadire ancora il ritardo nell’attuazione di quanto già previsto, ad una prima lettura della proposta di Programma operativo, si evidenziava la scarsa chiarezza delle correlazioni tra risultati programmati ed il cronoprogramma da adottare per la realizzazione degli interventi.

La struttura commissariale ha trasmesso una relazione di chiarimenti (prot. 332_13 del 05.07.2013) in risposta ai pareri dei Ministeri (prot. 182_13 e 257_13) in merito alla riorganizzazione della Rete Ospedaliera, alle Reti Assistenziali di Specialità ed all’Ospedale dei Castelli. Esito parere: in istruttoria.

Tavolo e Comitato ritengono che la nota non risponda a quanto richiesto, essendo la stessa estremamente sintetica e generica.

Con il Decreto n. 121/13 (prot. 164_13 del 10.04.2013) la struttura commissariale ha recepito l’Accordo Stato- Regioni sul documento recante ‘Piano per la malattia diabetica’, Rep. Atti n. 233/CSR del 6 dicembre 2012". Esito parere: Si esprime parere favorevole

La Regione risulta inadempiente per l’anno 2011 per i punti x) implementazione percorsi diagnostico-terapeutici e aae) attività trasfusionale.

Relativamente all’attività trasfusionale, la regione non ha presentato ancora le procedure di attuazione dell’Accordo del 16 dicembre 2010 sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività trasfusionali e unità di raccolta.

Rete ospedaliera (Programma 14)

Nella riunione del 17 aprile 2013, Tavolo e Comitato, in merito alla riorganizzazione della rete ospedaliera, avevano rilevato che nella proposta di programma operativo venivano indicate soltanto le possibili date entro le quali realizzare la ricognizione delle reti assistenziali e la rimodulazione delle stesse alla luce degli standard introdotti dal DL 95/2012. Nel documento non vi erano riferimenti alla concreta attuazione delle reti, rinviata invece ad atti successivi.

Ad ogni buon fine, nel rammentare che affinché un processo programmatico risultasse idoneo ed efficace, esso deve essere preceduto da una capillare definizione del fabbisogno delle aree di

riferimento, era stato suggerito di definire le reti assistenziali complessivamente, in modo organico e definitivo, senza il continuo rinvio a successivi provvedimenti (es. post-acuzie).

La struttura commissariale ha trasmesso il Decreto n. 135/13 (prot. 169_13 del 18.04.2013) mediante il quale viene autorizzato, sulla base del parere favorevole espresso dalla ASL territorialmente competente, l'esercizio della sezione di Emodinamica presso la UOC di Cardiologia del Nuovo Ospedale Sant'Eugenio. Esito parere: *Si rinvia al parere.*

Ospedale dei Castelli

Nella riunione del 17 aprile 2013, in merito alla realizzazione dell'Ospedale dei Castelli, Tavolo e Comitato, nel rilevare che nella proposta di Programma Operativo non vi era alcun riferimento all'Ospedale dei Castelli, restavano in attesa di conoscere il definitivo orientamento che la struttura commissariale intende assumere al riguardo. In ogni caso, qualsiasi intervento sarebbe dovuto essere organicamente integrato nel Programma operativo.

Non sono pervenuti i chiarimenti richiesti e non è previsto nulla nella proposta di P.O. 2013-2015.

La Regione risulta inadempiente per gli anni 2010 e 2011 per il punto f) posti letto.

Rete assistenziale

Nei PO sono previsti diversi interventi:

- la rimodulazione dell' offerta assistenziale relativa all' emodinamica (riduzione a 20 unità sul territorio regionale) e ai flussi ad afferenza;
- l'adeguamento degli standard relativi al rapporto tra P.L. di cardiologia e P.L. di unità Coronariche (3:1), nonché il raggiungimento degli standard di attività delle emodinamiche (400 angioplastiche/anno) nel corso del primo semestre del 2015;
- l'adozione a livello locale delle linee di indirizzo contenute nei percorsi clinico-organizzativi;
- l'adeguamento della rete del politrauma ai requisiti previsti dal DCA 76/2010 e della rete per lo Stroke ai requisiti previsti nel DCA 75/2010 entro Dicembre 2015;
- la realizzazione nel triennio 2013-2015 di una rete assistenziale perinatale, basata su due livelli;
- la chiusura, nel triennio, delle UUOO con meno di 1000 parti/anno;
- il progressivo adeguamento dell' offerta di posti letto di Terapia Intensiva Neonatale, nel corso del I semestre del 2014, ed il loro completamento nel I semestre del 2015;
- sono previste linee di indirizzo per la qualificazione delle rete ospedaliera ALL. 2
- viene inoltre previsto un quadro sinottico con lo stato di attuazione delle riconversione e si prevede di concludere la riorganizzazione entro dicembre 2014.

Inoltre il cronoprogramma regionale delle scadenze da rispettare è così rappresentato:

- 31.3.2013: adozione atto di ricognizione dello stato di attuazione del Decreto 80/2010 al 1.1.2013;
- 30.4.2013: adozione atto di rimodulazione della rete ospedaliera;
- 30.6.2013: adozione atti aziendali nel rispetto dei parametri relativi alle UU.OO.CC.

Tavolo e Comitato nel rinviare al parere da rendersi ribadiscono che il PO riprende atti programmatori delle reti di specialità già approvati e sollecitano la struttura commissariale

all'attuazione di tali atti.

Nella proposta di programma operativa si riporta (Tabella 2 pag. 276) il confronto tra, la dotazione complessiva di posti letto per acuti programmati nel DCA 80/2010 e ss.mm.ii, e i posti letto per acuti attivi al 01.01.2013 (comunicati dai DD.GG.) per disciplina. Dal confronto emerge una riduzione complessiva di 851 posti letto ordinari ed un incremento di 89p.l. di DH (attribuibili principalmente a Day Surgery, Oncologia ed Ematologia). Complessivamente la riduzione dei posti letto è pari a 762.

La rilevazione dei posti letto per acuti attivi al 01.01.2013, riportata nel PO 2013-2015, pari a 17.310 risulta inferiore al dato rilevato dai flussi informativi del NSIS di c.a. 900 posti letto.

Nel documento si prevede un approfondimento dei risultati di una ricognizione con le singole Direzioni Aziendali, mediante una serie di incontri mirati che, oltre a confermare i dati, dovranno accertare le motivazioni alla base degli scostamenti più significativi, e la possibilità di risoluzione nell'ottica delle azioni di rimodulazione della rete ospedaliera previste o in itinere.

Tavolo e Comitato rilevano la necessità che la regione proceda con la massima tempestività ad accertare lo stato attuale dell'offerta, che costituisce punto di partenza ineludibile per qualsiasi attività programmatoria.

Nel PO non sono indicati i presidi oggetto della manovra e si rinvia ad un atto successivo. Inoltre non è chiaro il percorso previsto per le strutture non riconvertite in virtù dell'intervento della magistratura amministrativa.

Rete Territoriale (Programma 14)

Nella riunione del 17 aprile 2013, Tavolo e Comitato, in merito alla riconversione delle strutture ospedaliere, avevano preso atto dell'attuazione della riconversione di alcune strutture e avevano evidenziato il ritardo con cui la struttura commissariale stesse attuando gli interventi previsti, dovuto principalmente:

- al numeroso contenzioso (ben 8 presidi ne sono stati coinvolti), in relazione al quale la struttura commissariale ancora non aveva fornito informazioni sulle azioni che intendesse intraprendere, anche a fronte di sentenze che impongono una revisione della programmazione;
- a problemi legati alla "governance".

Tavolo e Comitato, avevano preso atto del fatto che nella proposta di Programma Operativo la struttura commissariale dichiarava di voler attivare un "Coordinamento dell'attività relativa al contenzioso" in capo al Direttore del Dipartimento della Programmazione Economica e Sociale, avevano chiesto quali iniziative la struttura commissariale intendesse intraprendere per la risoluzione di tali problematiche, ovvero che venisse chiarito l'assetto finale delle strutture da riconvertire oggetto di contenzioso.

In riferimento allo stato di attuazione delle riconversioni, la gestione commissariale ha inviato una nota di chiarimenti (prot. 324_13 del 05.07.2013) in risposta alle evidenze emerse nella riunione di verifica del 17.04.2013 e al parere dei Ministeri (prot. 173_13) con la quale si fornisce un riepilogo dello stato di attuazione delle riconversioni delle strutture previste dal decreto 80/10 di riorganizzazione della rete ospedaliera.

La nota non fornisce elementi aggiuntivi rispetto a quanto già comunicato, salvo evidenziare l'intenzione delle Regione Lazio di realizzare nuovi modelli organizzativi (Case della salute). Tavolo e Comitato ribadiscono la richiesta di essere aggiornati sulla effettiva operatività dei servizi previsti nei presidi riconvertiti e la compatibilità di quanto attuato con le nuove previsioni.

In materia di Assistenza Domiciliare Integrata, la struttura commissariale ha trasmesso una Relazione di chiarimenti (prot. 297_13 del 04.07.2013) in risposta al parere dei Ministeri (prot. 241_13) in

riferimento al decreto 429/12 in materia di Assistenza Domiciliare Integrata. ***Tavolo e Comitato prendono atto dei chiarimenti.***

Salute mentale

Nella riunione del 17 aprile 2013 Tavolo e Comitato avevano evidenziato i progressi nel percorso di ridefinizione dell'assistenza extraospedaliera per la cura dei pazienti con disturbi mentali.

In risposta alle osservazioni evidenziate con riferimento:

- alla dotazione di posti letto, erano state confermate le criticità già rilevate in quanto non risultano coerenti con i parametri della normativa vigente. Peraltro, risultava opportuno evidenziare che l'inclusione, nell'offerta descritta, delle "strutture residenziali speciali per gli OPG" mancava di concretezza, data l'assenza di informazioni sulla dotazione di posti letto di tali strutture;
- per quanto concerneva l'indicazione della quota di compartecipazione da parte del Comune/utente per i trattamenti socio-riabilitativi, si chiedeva il motivo per il quale i Comuni non avessero già provveduto a deliberare tale quota. Si rammentava che la mancata applicazione di tale quota si configurava come un livello ulteriore di assistenza, e dunque in contrasto con il Piano di Rientro;

Tavolo e Comitato, nel rinviare al parere da rendersi, pur prendendo atto delle diverse motivazioni adottate dalla struttura commissariale, restavano in attesa che la stessa regolamentasse con specifica norma l'applicazione della quota di compartecipazione da parte del comune per i trattamenti socio riabilitativi residenziali.

In merito è pervenuta una nota (prot. 331_13) che riferisce dell'avvio di consultazioni con i Comuni finalizzate alla definizione della compartecipazione per i trattamenti socio riabilitativi.

Case di cura Neuropsichiatriche

Tavolo e Comitato nella riunione del 17 aprile 2013, riguardo alle azioni intraprese sulle Case di cura neuropsichiatriche, restavano in attesa:

- di chiarimenti riguardo al fatto che le strutture in fase di riconversione, che avessero completato il loro percorso, fossero in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa regionale entro il termine prescritto (31 luglio 2012);
- di ricevere un quadro riepilogativo della dotazione di posti letto di residenzialità psichiatrica, in coerenza con i documenti normativi di riferimento;
- delle modalità operative mediante le quali la struttura commissariale intendesse procedere nella fase di transizione;
- delle modalità per garantire l'adeguata assistenza alle persone con problemi di salute non assimilabili.

Con la già citata nota (prot. 331_13) la struttura commissariale fornisce un aggiornamento sulle riconversioni delle strutture psichiatriche e sulla dotazione di posti letto per la residenzialità psichiatrica.

La nota dimostra che il percorso di riconversione ed accreditamento è ancora in itinere e non fornisce adeguate assicurazioni sulla effettiva presa in carico dei pazienti da parte dei servizi territoriali. Tavolo e Comitato chiedono una relazione dettagliata di aggiornamento.

Offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale alla persone non autosufficienti e con disabilità, anche anziane

Nella riunione del 17 aprile, in merito alla rivalutazione dell'offerta extraospedaliera residenziale per la popolazione non autosufficiente, anche anziana, Tavolo e Comitato avevano preso atto di quanto stabilito circa la rivalutazione dell'offerta, avevano chiesto informazioni relativamente

all'applicazione del RUG (Resource Utilization Group) per i trattamenti semiresidenziali, per i quali la regione aveva previsto livelli di intensità diversa e quindi presumibilmente classi RUG con criteri ed eleggibilità peculiari. Avevano invitato, altresì, la struttura commissariale a chiarire quali fossero i tempi di realizzazione delle azioni previste.

In merito la struttura commissariale ha trasmesso la Relazione di chiarimenti (prot. 298_13 del 04.07.2013) in risposta al parere dei Ministeri (prot. 242_13) in riferimento alla rivalutazione dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti. ***Tavolo e Comitato, nel rilevare la difficoltà di una lettura integrata dei diversi provvedimenti regionali, restano in attesa di ricevere un aggiornamento sul completamento delle procedure di autorizzazione e realizzazione delle strutture per l'assistenza residenziale e semiresidenziale alla persone non autosufficienti e con disabilità, anche anziane.***

La struttura ha anche trasmesso il Decreto n. 105/13 (prot. 161_13 del 10.04.2013) di approvazione del documento contenente i requisiti riferiti alla tipologia di trattamento estensivo per persone non autosufficienti, anche anziane. **Esito parere: Si prende atto.**

Assistenza primaria

La Regione in riferimento all'assistenza primaria ha inviato una Nota di chiarimenti (prot. 304_13 del 04.07.2013) in risposta alle evidenze emerse nella riunione di verifica del 17.04.2013, in riferimento alla disposizioni previste dal Decreto 27/12 per il riconoscimento del valore per assistito per le cure primarie.

Rete territoriale

Nel PO è previsto uno specifico intervento per la rete di terapia del dolore e cure palliative. La struttura commissariale ha recepito i principi della legge 38/2010 con il DPCA 83/2010. E' previsto un consolidamento della rete programmata con il DPCA 83/10, anche recependo l'intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012 sui requisiti e le modalità organizzative necessarie per lo sviluppo della rete di cure palliative, della rete della terapia del dolore e della rete pediatrica.

Sono previsti interventi per lo sviluppo della assistenza primaria. Tali interventi riguardano sia l'individuazione di modelli organizzativi complessi quali le Unità di Cure Primarie (UCCP), sia i presidi di Assistenza Primaria (cd. Ospedali di Comunità) secondo le indicazioni della legge 189/2012 (decreto Balduzzi) e l'individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo dei MMG/PLS secondo le indicazioni degli Accordi Collettivi Nazionali vigenti (con la previsione della sottoscrizione di un nuovo accordo).

Sono previsti anche interventi per il potenziamento e la riorganizzazione del Centro Regionale Sangue (nomina direttore del centro, trasferimento del centro presso una nuova sede, nuovo sistema informatico).

Sono previsti anche interventi per il governo delle liste di attesa finalizzati al recepimento del Piano nazionale di Governo delle liste di attesa (revisione e aggiornamento agende di prenotazione, definizione delle classi di priorità secondo la metodologia RAO).

Nei PO sono previsti anche diversi interventi inerenti l'assistenza territoriale che si basano sull'adozione del chronic care model. A tale proposito è previsto:

- il completamento dei Punti Unici di Accesso integrato Sociosanitario (PUA) in tutti i Distretti del territorio regionale il cui monitoraggio è regolarmente condotto;
- l'implementazione della Valutazione Multidimensionale (VMD), anche attraverso l'adozione di strumenti di valutazione condivisi e standardizzati a livello regionale;

- strutturazione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), come previsto dalla DGR 313/2012, al fine di garantire una gestione integrata del paziente;
- il potenziamento dell'assistenza residenziale come previsto dal DPCA 39/2012 con il quale la Regione Lazio ha proceduto alla riorganizzazione dell'Assistenza residenziale e semiresidenziale per persone non autosufficienti, anche anziane, per persone disabilità fisica, psichica e sensoriale e per l'assistenza domiciliare;
- l'attivazione dei CECAD di cui al DCA 80/10.

Rispetto alle altre aree tematiche:

- è previsto un aumento dei posti letto per la residenzialità correlato anche ai processi di riconversione;
- è previsto il completamento del percorso di riconversione della case di cura neuro psichiatriche;
- sono previsti diversi interventi per la ridefinizione del modello organizzativo del DSM (monitoraggio attività sanitarie, miglioramento dell'offerta, stima del fabbisogno di personale);
- sono previsti diversi interventi per la tutela dei minori (apertura struttura residenziale terapeutico riabilitativa, apertura reparto emergenza psichiatrica, definizione del fabbisogno per le dipendenze patologiche);
- rispetto all'intervento relativo all'area delle dipendenze sono previsti una serie di risultati programmati volti innanzitutto ad offrire sul territorio regionale l'intera gamma di servizi (servizi specialistici per target specifici); la regione, infatti indica come obiettivo generale l'attivazione di alcuni specifici servizi, per i quali il ricorso alla mobilità extraregionale determina un aumento della spesa per le rette ed una bassa continuità terapeutica tra servizi ambulatoriali e residenziali;
- rispetto all'ADI i PO propongono interventi dedicati alla riprogrammazione dell'attività (es. definizione di linee di indirizzo per le Aziende, adozione di strumenti di valutazione multidimensionale, miglioramento del SIAD).

Nel rinviare al parere da rendersi si segnalano diverse criticità.

Rispetto all'intervento sulle cure palliative, oltre quanto già detto, si segnala che viene riferita una carenza di 83 posti residenziali di hospice (fabbisogno: 325 posti; attuali: 242 posti tab pag. 193) e si evidenzia che risulta già erogato oltre il 90% dei finanziamenti di cui al Programma Nazionale per la realizzazione di strutture di cure palliative.

Sulle riconversioni, è necessario prevedere con maggior dettaglio le prestazioni e servizi erogati e lo stato di attivazione effettiva degli stessi. Con riferimento alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale, si chiede alla regione di:

- **indicare qual è la prevista dotazione finale di PUA sul territorio (la tab. 2.1 dell'allegato 2, pag. 300, sembrerebbe indicare che sono attivi 42 PUA);**
- **specificare entro quando gli strumenti di valutazione multidimensionale per gli anziani non autosufficienti e per i disabili dovranno essere effettivamente utilizzati da parte dei servizi e se questi stessi strumenti individuati saranno utilizzati non soltanto in regime residenziale ma anche semiresidenziale e domiciliare; si coglie l'occasione per sottolineare che la regione avrebbe già dovuto aver adottato tali strumenti, almeno secondo quanto dichiarato negli anni in occasione del questionario del Comitato LEA;**
- **specificare quante UVMD sono previste.**

L'assistenza residenziale alle persone non autosufficienti rappresenta una delle aree più critiche della regione, per la cronica carenza di offerta sul territorio regionale. Il programma operativo 2013-2015 prevede la attivazione di ulteriori 1.000 posti letto residenziali nel 2013 e 2.000 nel 2014 (pag 215) con un incremento tale da portare la dotazione complessiva a circa 7 p.l. ogni 1.000 abitanti; tale risultato, pur apprezzabile, sembra tuttavia ancora insufficiente rispetto al bisogno assistenziale, mantenendosi ancora ben al di sotto del valore normale indicato dal Comitato Lea (10 più p.l. ogni 1.000 anziani).

Inoltre, la prevista riconversione di posti letto attualmente utilizzati per altre funzioni ancora non ha avuto piena attuazione, sebbene da tempo programmata, soprattutto per quanto riguarda il livello estensivo, rispetto al quale il programma operativo fornisce indicazioni solo accennate.

Relativamente all'assistenza **semiresidenziale**, il programma operativo non fornisce alcuna indicazione, nonostante che l'offerta risulti, anche in questo regime, largamente insufficiente (così come indicato nel DCA 39/2012). Pertanto, con riferimento al tale livello assistenziale si ritiene necessario che la Regione:

- avvii fin d'ora la programmazione di interventi da realizzare nel medio-lungo periodo per adeguare la dotazione di posti letto residenziali e semiresidenziali a partire dal 2015;
- integri la tab 2.3 a pag 303, **evidenziando distintamente** il fabbisogno di posti in regime residenziale e in regime semiresidenziale e gli interventi previsti per adeguare l'offerta in quest'ultimo regime assistenziale.

La dotazione di posti letto per **l'assistenza ai pazienti disabili** soddisfa ampiamente la domanda, collocandosi al di sopra della soglia 0,6 posti letto ogni 1.000 residenti prevista dal Comitato Lea; in tale ambito, dunque, l'intervento programmato deve principalmente indirizzato alla rimodulazione dell'offerta assistenziale nei diversi livelli di intensità individuati dal DPCA n. 39/2012.

Rispetto alla **Riconversione delle Case di Cura neuropsichiatriche** si rileva che la dotazione complessiva di posti letto sembra attestarsi su un valore decisamente superiore a quello ritenuto congruo dai documenti programmatori nazionali, come peraltro già evidenziato in passato; si evidenzia, inoltre, la corrispondente scarsa dotazione di posti nei centri diurni (11 p.l.), strutture che consentono progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, incentrati sulla sperimentazione e l'apprendimento di abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo. Sarà necessario, quindi, verificare l'effettiva necessità e congruità dell'offerta complessiva e programmare gli interventi correttivi conseguenti, anche in considerazione del fatto che la regione ha scarsità di dotazione di posti letto extraospedalieri per altre tipologie di pazienti. Si segnala l'assenza degli indicatori di risultato e si richiama la necessità che vengano inseriti nel programma per consentire la valutazione del raggiungimento dei risultati programmati.

Rispetto alla **ridefinizione del modello organizzativo del DSM** le attività previste ed i risultati programmati dalla regione, risultano condivisibili seppure siano abbastanza generici. Anche per tale azione si segnala l'assenza degli indicatori di risultato, e si richiama la necessità che vengano inseriti nel programma per consentire la valutazione del raggiungimento dei risultati programmati.

Rispetto all'intervento per i **Minori** si segnala l'assenza degli indicatori di risultato, e si richiama la necessità che vengano inseriti nel programma al fine di poter valutare il

raggiungimento dei risultati programmati.

Rispetto al Piano di riorganizzazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale, in riferimento all'area delle dipendenze si evidenzia la necessità che la regione declini gli indicatori di risultato, e specifichi maggiormente il crono programma articolandolo sul triennio.

Rispetto all'ADI è necessario che la regione definisca con atto formale gli strumenti di valutazione multidimensionale per i pazienti eleggibili per l'assistenza domiciliare integrata, atteso che tale strumento avrebbe dovuto essere già adottato da tempo; pertanto, si invita la regione a rivedere i tempi indicati per la redazione di un documento tecnico sulle metodologie di valutazione del case mix ADI.

Rispetto all'intervento di Valorizzazione economico finanziaria dell'assistenza Assistenza Territoriale (pag. 224) si osserva che l'incremento annuale di posti letto previsti per il 2013 (+700 posti residenziali) e per il 2014 (+ 1700 posti residenziali) non è in linea con quanto indicato nella sub azione 14.4.1.a (rispettivamente 1.000 p.l. per il 2013 e 2.000 p.l. per il 2014).

Rete dell'emergenza-urgenza (Programma 15)

Tavolo e Comitato, nella riunione del 17 aprile 2013, in riferimento alla risoluzione della Convenzione fra l'ARES e la CRI, e del mandato del 25/01/2013 conferito all'ARES avevano rilevato la necessità:

- di assicurare la continuità del servizio valutando anche la disponibilità di CRI a garantire la continuazione di una collaborazione;
- di ricorrere a procedure d'urgenza nelle more dell'espletamento di una gara a livello europeo da promuoversi presso la Centrale Acquisti Regionale;
- di trasmettere la documentazione tecnico-amministrativa necessaria per l'avvio della procedura di gara e copertura del servizio già oggetto di convenzione con CRI.

Avevano, inoltre, chiesto chiarimenti riguardo alla modalità con cui la struttura commissariale intendesse assicurare la continuità del servizio in virtù del fatto che, da notizie apprese dalla stampa, il Commissario sembrava aver sospeso temporaneamente tutte le gare.

Conclusivamente, Tavolo e Comitato si erano espressi con una valutazione negativa rispetto ai tempi con i quali si stava procedendo alla riorganizzazione della rete, tanto che si era ritenuta necessaria la designazione di un soggetto attuatore (designazione del sub commissario Dott. Giuseppe Antonio Spata), per assicurare il corretto svolgimento del servizio di soccorso in emergenza-urgenza sul territorio regionale.

In riferimento alla convenzioni fra l'ARES e la CRI, la struttura commissariale ha trasmesso la Nota di chiarimenti (prot. 311_13 del 04.07.2013) in risposta al parere dei Ministeri (prot. 205_13), con la quale comunica che sono state definite le modalità procedurali per assicurare il corretto svolgimento del servizio di soccorso in emergenza-urgenza sul territorio regionale e la disponibilità di CRI a proseguire il servizio per ulteriori 6 mesi (fino al 31/12/2013) nelle postazioni di Roma Capitale, Roma provincia, Viterbo e Rieti.

La struttura commissariale ha trasmesso il 4 luglio una nota dell'ARES che relaziona in maniera sommaria sulle attività che si intende attuare per assicurare il servizio delle postazioni ARES 118; la nota rinvia alla fine di giugno la definizione delle specifiche modalità operative. La nota, inoltre, evidenzia che è in corso una riorganizzazione complessiva del servizio. Tavolo e Comitato, nell'evidenziare che la nota non fornisce adeguati chiarimenti, chiedono un aggiornamento, con l'indicazione specifica delle attività (e relativa tempistica) individuate dalla

struttura commissariale per superare le criticità evidenziate entro il termine di sei mesi, cioè entro la scadenza del periodo previsto per la “procedura negoziata”.

Rete dell’Emergenza

Nei PO sono previsti diversi interventi.

Entro **Dicembre 2013**:

- ottimizzazione dell’utilizzo del personale di ARES 118 in relazione agli interventi richiesti, e conseguente riduzione del ricorso ad enti convenzionati;
- mantenimento delle garanzie di tutela della salute delle popolazioni residenti in aree i cui presidi ospedalieri sono stati oggetto di interventi di riconversione;
- ottimizzazione dei sistemi telefonici e radiofonici delle Centrali Operative 118;
- modulazione dell’intervento territoriale con aumento della percentuale di medicalizzazione del soccorso a codice di gravità elevato (dall’attuale 20% all’ 80%) mediante l’attivazione di auto mediche;
- attivazione di una rete di trasporto secondario in continuità di soccorso.

Entro il **31 dicembre 2014**: **Il Sole 24 ORE**

- completamento processi di adeguamento tecnologico;
- adozione di un sistema informatizzato di visura posti letto;
- monitoraggio indicatori.

Entro il **31 dicembre 2015**:

completamento adeguamento elisuperfici regionali.

Rispetto all’integrazione con il servizio di Continuità Assistenziale e con gli Ospedali entro **Giugno 2014** sono previsti diversi interventi:

- centralizzazione delle chiamate per i Servizi di CA, almeno su base provinciale;
- corretta gestione del paziente con patologia non critica, alla ricezione della richiesta da parte delle Centrali d’Ascolto, tramite l’attivazione del percorso di presa in carico;
- consiglio telefonico; riferimento del paziente al MMG (o alla forma associativa cui afferisce l’assistito);
- attivazione ambulatorio di CA gestito da MMG e PLS, anche integrati con i Medici di CA e con personale infermieristico ed amministrativo;
- realizzazione Punti di Primo Intervento Territoriali;
- attivazione del MCA (Medico di continuità assistenziale) sul territorio per intervento domiciliare;
- utilizzo di dotazioni strumentali di primo livello e accessibilità alla piattaforma informatica comune per la consultazione delle banche nelle strutture dove i Medici svolgono l’attività.

Nel rinviare al parere da rendersi si rileva che rispetto agli interventi programmati non vi è alcun cenno numerico all’esistente, al programmato, né a costi e personale.

Nel cronoprogramma, ad esempio, non si fa cenno alla ridefinizione né del numero delle centrali operative (la Regione dichiara che attualmente sono 6 CO Provinciali: Roma, provincia di Roma, Frosinone, Latina, Rieti e Viterbo e 1 Centrale Operativa Regionale), né delle postazioni di soccorso (la Regione ne rileva 135, ubicate su tutto il territorio regionale), né ai

costi e al personale.

Si chiede se quanto contenuto nel PO sia conforme alla dichiarata “riorganizzazione del sistema dell’emergenza sanitaria in ambito territoriale e ospedaliero”(cfr. prot. 332_13).

RETE LABORATORISTICA (Programma 14 Linee di indirizzo)

Tavolo e Comitato nella riunione del 17 aprile 2013 avevano preso atto di quanto previsto in merito alla riorganizzazione della rete laboratoristica pubblica e privata e, nel ribadire il forte ritardo con il quale la struttura commissariale stesse procedendo, raccomandavano un monitoraggio continuo di quanto programmato.

La struttura commissariale ha trasmesso la già citata nota di chiarimenti (prot. 289_13 del 04.07.2013).

La Regione risulta inadempiente per l’anno 2011 al punto ak) riorganizzazione rete laboratoristica.

Rete Laboratoristica

Nel PO si prevede di riorganizzare la rete privata dei laboratori entro il 2013 e di attuare ulteriori interventi di razionalizzazione della rete dei laboratori pubblici; sono previsti interventi per la definizione dei punti prelievo e vengono definite le attività di monitoraggio del nucleo operativo tecnico sull’attuazione di quanto programmato con i provvedimenti di riorganizzazione adottati dalla Regione.

Nel rinviare al parere che verrà reso e sottolineando il ritardo con il quale la struttura commissariale sta procedendo nella riorganizzazione delle rete privata, si evidenzia che l’intervento tiene conto dei precedenti atti della Regione Lazio e delle linee guida di cui all’accordo Stato/Regioni del 23/03/2011. Sono previsti risultati organizzativi ed economici in termini di riduzione percentuale dei costi o di incremento di nuove aggregazioni tra privati o incremento dei centri prelievo. Sarà importante conoscere quanto prima i valori assoluti presi come riferimento in modo da poter monitorare l’effettivo impatto dell’azione di riorganizzazione; è necessario, inoltre, chiarire se gli obiettivi percentuali andranno raggiunti a fine periodo 2013-2015 o se si tratta di risultati medi del triennio.

Sanità penitenziaria (Programma 16)

La struttura commissariale in merito agli OPG, aveva trasmesso il Decreto n. 96/13 (prot. 162_13 del 10.04.2013) con il quale vengono approvate alcune azioni per organizzare l’assistenza ai pazienti provenienti dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari che, come previsto dal DL n. 24/2013, dovranno essere chiusi entro il 1° aprile 2014. In particolare, con il provvedimento di cui trattasi viene recepito il Decreto 1° ottobre 2012 del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero della Giustizia, recante “Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia” e vengono approvati tre allegati tecnici. Il primo allegato riguarda il fabbisogno di strutture residenziali terapeutiche alternative all’OPG, di cui all’art. 3 ter della Legge n. 9/2012, il secondo delinea il fabbisogno di personale delle suddette strutture e il terzo costituisce un piano di formazione del personale volto all’acquisizione di competenze cliniche, medico-legali e giuridiche, specifiche per la gestione di soggetti affetti da disturbi mentali e autori di reato. Esito parere: ***Si prende atto e si resta in attesa dei chiarimenti richiesti.***

Nella precedente riunione, Tavolo e Comitato avevano chiesto una relazione dalla quale si evincesse la situazione della presa in carico dei pazienti degli OPG e l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica negli stabilimenti carcerari.

La struttura commissariale ha trasmesso una nota (prot. 328_13 del 05.07.2013). Successivamente la struttura commissariale ha trasmesso anche il Decreto n. 300/13 (prot. 285_13 del 03.07.2013) di approvazione del programma di utilizzo delle risorse destinate alla Regione Lazio con Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 28 Dicembre 2012 per la realizzazione di strutture sanitarie extra ospedaliere per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ai sensi dell'Art. 3 - ter della L. n.9 del 17 Febbraio 2012".

Tavolo e Comitato prendono atto del fatto che il "Programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari" è attualmente all'esame dei competenti uffici del Ministero della salute.

Sanità penitenziaria

La regione fornisce un'ampia panoramica delle attività previste nel triennio di vigenza del Programma Operativo, che si incentrano essenzialmente in una serie di azioni volte a realizzare i seguenti obiettivi:

- ricognizione delle procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria al SSR e nuove implementazioni per la tutela della salute in carcere;
- disattivazione degli ospedali psichiatrici giudiziari e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti;
- tutela della salute in carcere.

Nel rinviare al parere da rendersi si segnala che il trasferimento al SSR delle competenze del DAP, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011, doveva essere completato dalla regione entro il 31 marzo 2012; si ritiene necessario, quindi, che la regione riduca i tempi di realizzazione e definisca in termini operativi le fasi intermedie del processo, al fine di consentirne il monitoraggio.

9. FARMACEUTICA (Programma 17 Linee di indirizzo)

La Regione in riferimento all'assistenza farmaceutica ha inviato:

- Decreto n. 141/13 (prot. 196_13 del 08.05.2013) avente ad oggetto: "Schema di accordo fra Regione Lazio e Industrie Farmaceutiche per l'acquisto dei farmaci di cui al PHT 'Prontuario della distribuzione diretta' (Determinazione AIFA del 29 ottobre 2004 S.O. n.162 alla G.U. n.259 del 4 novembre 2004)".

Tavolo e Comitato prendono atto del provvedimento e raccomandando la necessità di vigilare sull'attuazione del D.L. 95.12 chiedono una valutazione dell'impatto economico dell'intervento previsto.

- Decreto 238/13 (prot. 249_13 del 13.06.2013) avente ad oggetto: "Costituzione della Commissione per elaborazione e aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale - PTOR".
- Decreto n. 304/13 (prot. 307_13 del 04.07.2013) avente ad oggetto: "Modifica e integrazione al Decreto Commissariale U00238 del 13 giugno 2013 'Costituzione della Commissione per elaborazione e aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale - P.T.O.R.".

- Relazione di chiarimenti (prot. 286_13 del 03.07.2013) in risposta al parere dei Ministeri (prot. 195_13) in riferimento alla convenienza per qualità e prezzo, di una distribuzione attraverso le farmacie aperte al pubblico, rispetto ad altre forme di distribuzione, in merito all'assistenza per patologia diabetica.

Farmaceutica

In tema di assistenza farmaceutica le azioni programmate dai PPOO riguardano la revisione del PTOR, la definizione di percorsi per i farmaci ad alto costo, la razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale, la compartecipazione alla spesa. Sul rischio clinico e sulla sicurezza delle cure l'attenzione è rivolta al monitoraggio degli eventi sentinella e relativi piani di miglioramento, all'uso delle check list in sala operatoria, al monitoraggio delle raccomandazioni nella terapia oncologica.

La proposta risulta molto dettagliata ed articolata: sono chiari gli interventi che la Regione intende realizzare nei prossimi tre anni sul versante dell'assistenza farmaceutica, distinguendoli in quelli programmati per l'ambito dell'assistenza territoriale, da quelli previsti per l'ambito dell'assistenza ospedaliera; sono stati individuati indicatori di risultato ed un cronoprogramma per gli interventi in itinere.

Sul versante della valorizzazione economica, l'attuale proposta presenta numerose criticità.

La Regione prevede, al termine del triennio di ottenere un contenimento della spesa farmaceutica regionale per 90 milioni di euro. Tale valore è dato dalla somma algebrica di risparmi per 113 milioni di euro in parte controbilanciati da aggravii di spesa conseguenti alla commercializzazione di nuovi medicinali innovativi per il trattamento della fibrillazione atriale e dell'epatite C. La Regione prevede di ottenere risparmi nei prossimi tre anni per 100 milioni di euro dalla riduzione tendenziale della spesa farmaceutica convenzionata del 10% cui si aggiungono ulteriori risparmi dal maggiore utilizzo dei biosimilari e da accordi più vantaggiosi con le aziende farmaceutiche per l'acquisto di medicinali erogati il DPC.

Il monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata 2013 (gennaio – marzo) della Regione, al netto del pay back sulla convenzionata (a carico delle aziende farmaceutiche) è in flessione, rispetto all'anno precedente, solo del 5,6%, comunque superiore rispetto alla media nazionale del 4,3%, ma molto distante dalla riduzione attesa del 10%. Tale osservazione è tanto più pertinente in considerazione del fatto che sul versante dell'assistenza farmaceutica convenzionata, nei prossimi tre anni, non sono attese scadenze brevettuali particolarmente rilevanti sul piano economico.

In sostanza l'ipotesi di riduzione della spesa farmaceutica convenzionata di 100 milioni di euro appare un obiettivo forse troppo ambizioso sulla base dei dati attuali.

La Regione, pur avendo elencato in modo articolato gli interventi che prevede di attuare, spesso non ha offerto una previsione di impatto economico. Al contrario in altri casi ha prodotto o una valorizzazione economica per ambiti terapeutici (es. incentivazione prescrizione di biosimilari) dove l'evoluzione del contenzioso potrebbe determinare una modulazione al ribasso dei risparmi attesi, oppure una valorizzazione dell'impatto economico di nuovi medicinali (i.e. Fibrillazione atriale ed epatite C) che -per quanto sia certamente affidabile nella prospettiva della Regione- rappresenta comunque uno scenario parziale delle potenziali commercializzazioni di farmaci ad alto costo nei prossimi tre anni.

Si segnala inoltre:

Pag. 251: Intervento 17.3 farmaci alto spendenti: occorre indicare nella metodologia la fonte dati di riferimento per il monitoraggio dei farmaci alto spendenti (Sistema TS, per la farmaceutica

convenzionata)

Pag. 253: Intervento 17.4 monitoraggio attività prescrittiva per la prescrizione dei farmaci equivalenti tramite il Sistema TS: nella parte relativa agli “indicatori di risultato” prevedere l’utilizzo della reportistica mensile già disponibile nel Cruscotto del Sistema TS, distinta per singolo medico, in luogo della predisposizione di ulteriore reportistica trimestrale, avente le medesime finalità.

Pag. 267-270 - Intervento 20.1 – Compartecipazione alla spesa specialistica

Ipotesi di rimodulazione (ai sensi dell’art. 1, comma 796, lettera p-bis) della L 296/2006) del ticket nazionale di 10 euro, con ticket regionale basato su fasce progressive del valore delle prestazioni. Le valutazioni di equivalenza della proposta rispetto al ticket nazionale verranno effettuate in sede di presentazione in concreto della medesima proposta. La regione intende attivare le procedure previste dalla vigente legislazione: Accordo con i Ministeri della salute e dell’economia ovvero valutazione di equivalenza finanziaria da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti.

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

10.1 Rischio clinico

Nei PPOO sono previsti

- il potenziamento degli uffici di risk management all’interno delle Aziende
- introduzione di tavoli permanenti per il risk manager
- l’istituzione di un organo tecnico a supporto dell’area giuridico normativa
- programmi di valutazione degli eventi occorsi
- individuazioni dei responsabili aziendali all’uso delle checklist in Sala Operatoria
- definizioni di obiettivi dei Direttori Generali legati ad azioni relative alla gestione del governo clinico

Si rinvia al parere.

ALTRI PROVVEDIMENTI RILEVANTI

Tavolo e Comitato segnalano la legge regionale n. 18/94 con riferimento ai requisiti previsti per la nomina a direttore amministrativo e sanitario.

Tavolo e Comitato rinnovano l’invito a modificare la l.r. 18/94, prevedendo l’adeguamento dei requisiti per la nomina di direttore amministrativo e sanitario a quanto previsto nel d.lgs. 502/92, come modificato dal D.L. 158/2012.

F. VERIFICA ADEMPIMENTI

Con riferimento agli **adempimenti per l’anno 2010**, rispetto alla situazione del 17 aprile 2013, permangono le inadempienze, con rinvio al piano di rientro, alle lettere:

- f) posti letto
- ah) accreditamento
- aaa) certificazione in merito al blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non obbligatorie: non risulta pervenuta documentazione

La Regione ha risolto il punto e) mantenimento erogazione dei LEA

Con riferimento agli adempimenti per l'anno 2011, permangono le seguenti criticità:

Inadempiente con rinvio al piano di rientro:

- b) acquisto di beni e servizi: Risulta trasmessa la scheda regionale. A seguito di anomalie nei dati trasmessi è stato chiesto alle ad alcune aziende di rettificare le schede già pubblicate. Di conseguenza attualmente risulta che solo 20 delle 22 aziende hanno pubblicato i dati di competenza i quali non hanno tuttavia ancora ricevuto la validazione da parte della regione. Al fine di consentire la valutazione dell'adempimento da parte degli uffici competenti è necessario che tutte le aziende procedano alla pubblicazione dei dati di propria competenza pertanto si resta in attesa della pubblicazione dei dati delle aziende sanitarie ancora mancanti (codici 906 e 920) e quindi della validazione da parte della regione di tutte le schede pubblicate.
- e) mantenimento erogazione dei LEA
- f) posti letto
- n) contabilità analitica
- ah) accreditamento
- ak) riorganizzazione rete laboratoristica

Inadempiente:

- c) obblighi informativi
- x) implementazione percorsi diagnostico-terapeutici
- y) lea aggiuntivi
- aaa) certificazione in merito al blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non obbligatorie: non è pervenuta documentazione
- aad) sistema FSE
- aae) attività trasfusionale

La regione ha superato l'adempimento an) Assistenza protesica e l'adempimento Tessera Sanitaria, punti j), k) e ae). In particolare risulta che:

- punto j) ha adempiuto, tenuto conto che:
Ricetta elettronica: la situazione dei medici invianti alla data del 30/6/2013 risulta circa il 75% dei medici convenzionati. La regione con la nota n. 124186 del 4/7/2013 (prot. 287/2013) ha fatto presente che mensilmente vengono predisposte le iniziative volte al superamento delle criticità evidenziate mensilmente nell'ambito dello Stato di avanzamento delle attività;
- punto k) ha adempiuto;
- punto ae) ha adempiuto: la regione, con nota n. 123114/DB/27/05 del 2/7/2013 (prot. 293/13) ha fatto presente che per l'anno 2011 le ASL hanno effettuato le verifiche ai fini della corresponsione dell'indennità di informatizzazione per i medici convenzionati.

Con riferimento agli adempimenti per l'anno 2012 l'istruttoria è in corso. Relativamente agli adempimenti di competenza del MEF si presente che, ad oggi, risulta pervenuta documentazione solo per la verifica dei punti b), j), k) e ab).

CONCLUSIONI

Tavolo e Comitato, a partire da quanto dettagliatamente riportato nei paragrafi precedenti, valutano quanto segue:

- non è stato possibile effettuare una valutazione del consuntivo 2012 in quanto i dati trasmessi risultano carenti dell'istruttoria preliminare da parte della regione e della struttura commissariale nella sua interezza e presentano iscrizioni passibili di modifiche e necessitano di approfondimento in merito a possibili errori di contabilizzazione. Si sottolinea la grave carenza amministrativo-contabile della regione e della struttura commissariale nella sua interezza;
- registrano il grave ritardo con cui è stato trasmesso lo Stato patrimoniale consuntivo 2012 che, quindi, sarà esaminato nella prossima riunione di verifica;
- registrano un'inversione di tendenza con riferimento alla stima del risultato d'esercizio 2013 che appare peggiore del preconsuntivo 2012;
- con riferimento all'applicazione del d.lgs. 118/2011 rilevano gravi ritardi e criticità;
- prendono atto della sottoscrizione del contratto di prestito tra la regione e il Mef in attuazione del DL 35/2013 e restano in attesa dei conseguenti adempimenti regionali;
- rilevano che il Programma operativo 2013-2015 adottato dal Commissario non è stato aggiornato così come richiesto e presenta diverse criticità peraltro già segnalate alla struttura commissariale nella precedente riunione di verifica;
- registrano la soppressione dell'ASP con legge regionale 4/2013 e il trasferimento delle competenze ad essa attribuite alla Giunta regionale e all'azienda RME con riferimento alle analisi epidemiologiche;
- ritengono non più procrastinabile stabilire l'effettivo fabbisogno sulla base del quale procedere alla rimodulazione dell'offerta assistenziale, tenendo in considerazione le osservazioni ministeriali già espresse nonché le disposizioni di cui al DL 95/2012, convertito in Legge 135/2012;
- chiedono di conoscere quali tempestive iniziative la struttura commissariale voglia intraprendere per governare in maniera adeguata il settore del contenzioso;
- in relazione alla rete laboratoristica, ribadiscono i ritardi con cui si sta procedendo;
- in relazione alla rete dell'emergenza, anche in relazione alle criticità legate alla gestione del 118, chiedono un aggiornamento sulla "*riorganizzazione complessiva del servizio*", con obiettivi e tempistiche definite; in relazione all'accreditamento, restano in attesa del completamento delle procedure e ribadiscono la necessità che tutte le strutture che erogano prestazioni a carico del SSR siano accreditate;
- richiamano ancora una volta l'urgenza di procedere al rinnovo dei Protocolli d'Intesa con tutte le università statali e non statali nel più breve tempo possibile;
- restano in attesa delle modifiche alle linee guida per la predisposizione degli atti aziendali;
- in materia di personale si segnala che persistono ancora delle criticità e ritardi nel governo complessivo;
- restano in attesa di conoscere puntualmente gli esiti di quanto previsto in materia di beni e servizi dal dl 95/2012 e richiamo la struttura commissariale al rispetto puntuale del d. lgs. 192/2012;

- con riferimento a Tessera sanitaria si rileva un superamento delle criticità che comunque sarà costantemente monitorato;
- con riferimento alla verifica degli adempimenti persistono delle criticità.

Tavolo e Comitato alla luce delle gravi criticità sopra riportate, invitano la struttura commissariale a prendere i provvedimenti necessari al fine di evitare la compromissione dei risultati attesi per gli anni 2013 e seguenti.

Il Sole 24 ORE

Sanità