

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

**Regione Molise**

**Riunione del 16 luglio 2013**

**Oggetto della riunione:**

- **Risultato di gestione consuntivo 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 Affari regionali, Turismo e Sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, del rappresentante del coordinamento salute – Regione Veneto; della Conferenza Stato-Regioni;
- per il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza (LEA) i rappresentanti delle Amministrazioni centrali (Ministero dell'economia e delle finanze, Ministero della salute), dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, del Dipartimento Affari regionali, Turismo e Sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri, delle regioni Puglia e Campania;
- il Commissario e il Sub commissario *ad acta* della Regione Molise;
- l'advisor contabile.

Alla riunione ha partecipato l'AIFA

## OGGETTO DELLA RIUNIONE

Nel corso della riunione del 17 aprile 2013 Tavolo e Comitato avevano rideterminato il risultato di gestione relativo all'anno 2011 ed avevano valutato un disavanzo non coperto, comprensivo dei disavanzi pregressi e scontando anche le entrate derivanti dalla ulteriore massimizzazione dello 0,15-0,30, di 35,743 mln di euro.

Con riferimento allo stato patrimoniale 2011 esaminato nella riunione del 9 novembre 2012 e poi, a seguito di irrituale richiesta regionale, nel corso della riunione del 11 marzo 2013, Tavolo e Comitato confermavano quanto valutato nella predetta riunione del 9 novembre 2012. Tavolo e Comitato, inoltre, sulla base di quanto riportato dall'advisor e dal subcommissario con riferimento alla destinazione dell'importo di 6 mln di euro annuo a valere sulle maggiori entrate fiscali in luogo dell'importo di 2 mln di euro finora scontati, avevano registrato una minore iscrizione di coperture da effettuarsi nella determinazione del risultato d'esercizio 2012 per un totale di 19 mln di euro che, conseguentemente, avrebbe determinato un'ulteriore esigenza di copertura dello stesso ammontare.

Con riferimento al risultato di gestione del IV trimestre 2012, Tavolo e Comitato, considerando la perdita 2011 e precedenti non coperta, pari a 35,743 mln di euro, e la distrazione di risorse utilizzate per la copertura del debito, pari a 19 mln di euro, valutavano la perdita cui dare copertura in 66,445 mln di euro. Si realizzavano, quindi, le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti, per l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e per l'applicazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo.

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:

- mancanza del richiesto Programma operativo 2013-2015 la cui scadenza di presentazione era il 31.12.2012;
- ritardo e criticità con riferimento all'applicazione del d.lgs. 118/2011;
- mancati trasferimenti di ingenti risorse preordinate per il SSR da parte del bilancio regionale;
- mancato completamento della riorganizzazione delle reti assistenziali nonostante gli impegni temporali assunti nella programmazione operativa 2011-2012;
- carenza nella definizione del fabbisogno non sufficientemente articolata in relazione alle diverse caratteristiche delle strutture di offerta né supportata da un'analisi di domanda (in ogni caso da rivedere alla luce degli standard e delle disposizioni normative introdotte con D.L. 95/2012);
- non corretta gestione dei rapporti con gli erogatori privati accreditati e non corretta applicazione del DL 95/2012 in materia di tetti di spesa;
- mancanza di aggiornamenti circa l'attuazione del DL 95/2012 in materia di beni e servizi;
- persistenza di criticità con riferimento a Tessera sanitaria e alla verifica adempimenti.

Con riferimento al mandato commissariale conferito al dott. Basso ai sensi dell'art. 2, comma 84, L. n. 191/2009 (giuste DPCM 7.06.2012 e 21.03.2013) terminato il 30 aprile 2013, Tavolo e Comitato prendevano atto dell'adozione degli interventi contenuti nei quattro punti del mandato a lui affidato.

In relazione alle numerose criticità in essere, Tavolo e Comitato chiedevano alla rinnovata struttura commissariale di redigere ed adottare il Programma operativo per gli anni 2013-2015 entro il 10 maggio 2013. Tale documento avrebbe dovuto ricomprendere l'intervento concernente il pagamento dei fornitori e l'intervento concernente il trasferimento dei fondi del SSR trattenuti dal bilancio regionale nonché la copertura del fondo di dotazione di Asrem negativo per 84,4 mln di euro.

In considerazione della conclusione del mandato del Commissario dott. Basso con l'adozione dei provvedimenti richiesti, pur in presenza delle numerose criticità strutturali che continuavano a permanere, Tavolo e Comitato valutavano possibile erogare alla regione i Fondi FAS per 55 mln di euro a copertura dei disavanzi a tutto il 2009.

Tavolo e Comitato, inoltre, in considerazione dell'ingente somma destinata al SSR trattenuta dal bilancio regionale che deve essere, in ogni caso, al più presto erogata al SSR, tenuto conto del consistente ritardo della regione nel pagamento dei fornitori pari a circa 900 giorni, al fine di non aggravare ulteriormente la situazione di cassa del SSR, anche tenuto conto dell'entrata in vigore del DL 35/2013, valutavano possibile erogare alla regione metà delle spettanze residue fino a tutto il 2010 per un importo pari a 63 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 e esaminati gli ulteriori provvedimenti commissariali trasmessi entro e non oltre il 5 luglio 2013. Inoltre sarà aggiornata la verifica adempimenti.

#### **A. RISULTATO DI GESTIONE ANNO 2012**

La Regione ha inviato a NSIS i dati relativi al consuntivo 2012 e due relazioni di dettaglio una predisposta dall'advisor e l'altra dalla regione stessa.

Dalla relazione della regione e dell'advisor emergono nel dettaglio le seguenti risultanze:

##### Entrate

- sulla voce AA0030 risultano iscritti 556,642 mln di euro coerentemente con riparto FSN indistinto assegnato alla regione per l'anno 2012. L'Asrem ha iscritto 485 mln di euro così come confermato dal decreto n. 1 del 20/2/2013; la restante parte per 71,642 mln di euro è iscritta dalla GSA. Dal prospetto inviato dalla regione si evince che dei 485 mln di euro sono stati trasferiti all'azienda somme per un totale di 475,450 mln di euro.

##### **In proposito si chiedono chiarimenti.**

La regione non ha inviato i relativi capitoli di bilancio regionale di entrata e uscita;

- nella voce AA0040 relativa alle somme vincolate e per obiettivi di piano è iscritto un valore per 10,995 mln di euro totalmente contabilizzate dalla GSA. A IV trimestre l'Asrem aveva contabilizzato una parte di tali fondi, pari a 0,107 mln di euro; **si chiedono chiarimenti sul perché tale iscrizione non esiste più a consuntivo.**

Il dato iscritto dalla GSA, in ogni caso, risulta coerente con quanto riportato nella delibera CIPEe con le proposte di riparto delle altre vincolate curate dal Ministero della salute. La regione non ha inviato i relativi capitoli di bilancio regionale di entrata e uscita.

L'advisor precisa che l'importo è composto da 8,5 mln di euro per obiettivi di piano e da 2,5 mln di euro per altre risorse vincolate così distinte

- penitenziaria: 0,045 e 0,988 mln di euro;

- Aids: 0,107 mln di euro;
- Studio MMG: 1,089 mln di euro;
- Extracomunitari: 0,081 mln di euro;
- Hanseniani: 0,010 mln di euro;
- Fibrosi cistica: 0,017 mln di euro;
- Fondo esclusività: 0,197 mln di euro.

La regione precisa che il totale è stato adeguato all'importo rilevato dal Ministero della salute anche se dalla documentazione agli atti della regione stessa si riscontra una differenza complessiva di 0,018 mln di euro.

**Si chiedono informazioni sulle attività di definizione dei progetti da finanziare sulla base delle esigenze aziendali e regionali.**

Nelle more di definizione dei progetti l'intero importo dei contributi vincolati deve essere accantonato. **Si rileva un accantonamento nella voce BA2780 di 7,058 mln di euro, pari a quanto precedentemente esposto a IV trimestre.**

**Si chiedono chiarimenti;**

- con riferimento alla voce AA0280 relativa alle quote inutilizzate degli anni precedenti si rileva una contabilizzazione da parte di Asrem a valere sulle quote inutilizzate di contributi vincolati di esercizi precedenti per un importo di 1,724 mln di euro.

**Si chiede conferma che siano riportati i relativi costi nelle voci di conto economico.**

Con riferimento alla questione più volte trattata di utilizzo di contributi vincolati per progetti diversi da quelli per i quali i fondi sono stati stanziati e con riferimento all'utilizzo del personale reclutato con contratti di collaborazione in compiti con marcate connotazioni di subordinazione che attengono all'ordinaria attività amministrativa **si chiede conferma alla struttura commissariale che la situazione sia stata regolarizzata.**

- con riferimento al saldo di mobilità extraregionale risultano iscritti 38,123 mln di euro a fronte del valore di 35,839 mln di euro inserito nell'Intesa sul riparto 2012 così come modificata il 20/06/2013. L'advisor, che non prende a riferimento il nuovo riparto della mobilità da CIPE, specifica che la differenza tra la delibera CIPE e il CE è dovuta alle riclassifiche conseguenti l'adozione del nuovo modello CE che comprende anche i ricavi per differenziali TUC e alla corretta appostazione delle voci BA1510 e BA1530 non valorizzate a IV trimestre.

Al riguardo si precisa che, con riferimento al differenziale TUC tale posta è compresa all'interno delle voci di mobilità del CE che contribuiscono alla quadratura con quanto iscritto nella delibera CIPE, mentre le altre due voci specificate si precisa che le stesse erano già valorizzate a IV trimestre e in ogni caso non contribuiscono alla composizione del saldo di mobilità.

**Si invita, pertanto, la regione a rettificare il dato iscrivendo quanto riportato nella delibera CIPE.**

**Nelle more della rettifica regionale si terrà conto del differenziale di 2,284 mln di euro nella determinazione del risultato d'esercizio.**

**Tavolo e Comitato chiedono in ogni caso alla regione di conoscere lo stato attuale delle iscrizioni in bilancio delle poste relative al Fondo sanitario nazionale vincolato e indistinto e alla mobilità, come rideterminata dopo l'intesa del 20 giugno 2013.**

La regione ha dichiarato che le iscrizioni contabili verranno regolarizzate, alla luce dei nuovi importi del riparto 2012, in sede di predisposizione del bilancio regionale 2013.

- con riferimento alla voce AA0070 si rileva un'iscrizione di 1,625 mln di euro interamente registrata dall'Asrem. **Si chiede di conoscere la composizione di tale voce e si ricorda che a IV trimestre era iscritto un valore di 2,9 mln di euro di cui 1,640 trasferiti all'azienda**

come acconto per l'avvio delle progettualità di cui al DCA 88/2011 –obiettivi di piano 2011 che andavano riclassificati nella voce AA0270 dove attualmente sono presenti 1,7 mln di euro.

- la voce AA0080 – Contributi da regione extra fondo risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA è valorizzata per un importo di 31,567 mln di euro. La regione precisa che l'importo si riferisce alla stima del gettito da massimizzazione delle aliquote Irap e add.le Irpef e delle ulteriori massimizzazioni dello 01,15 e 0,30 riferite all'anno d'imposta 2012

**In proposito Tavolo e Comitato ricordano che, in coerenza con la procedura di cui al comma 174 della legge 311/2004, i risultati di esercizio negativi trovano copertura a valere sulle entrate fiscali da massimizzazione relative all'anno d'imposta successivo a quello di riferimento del risultato di gestione. Pertanto l'anno d'imposta 2013 concorre all'equilibrio dell'anno contabile 2012, mentre l'anno d'imposta 2012 ha concorso all'equilibrio dell'anno contabile 2011. Pertanto si invita la regione a rettificare il dato iscrivendo la stima del gettito relativo alla massimizzazione delle aliquote con riferimento all'anno d'imposta 2013.**

**Tavolo e Comitato fanno, inoltre, presente che non sono stati inviati i relativi capitoli di bilancio regionale da cui deve evincersi l'accertamento e l'impegno della stima delle entrate fiscali dell'anno d'imposta 2013;**

- la voce AA0090 –Contributi da regione extra fondo risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA- non risulta valorizzata.

**Tavolo e Comitato avevano chiesto chiarimenti sulla voce AA0090 stante il decreto n. 54/2012 che sembrerebbe attestare l'erogazione di prestazioni extra lea nonostante nella verifica adempimenti LEA la regione dichiara di non erogare lea aggiuntivi. Il Commissario ha inviato il decreto 18/2013 con cui conferma che dal 1 gennaio 2013 non sono erogate le prestazioni totalmente escluse dai LEA. Ciò risulta in contrasto con quanto precedentemente comunicato in sede di Comitato LEA.**

- con riferimento alla voce AA0250 – rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti la voce non risulta valorizzata. Risulta invece valorizzata la voce AA0260 – rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti – altri contributi per un importo di -5,755 mln di euro.

**Si chiedono informazioni sulla provenienza dei contributi iscritti anche in relazione alla loro entità. Si chiede conferma che non sono stati effettuati investimenti con contributi in conto esercizio.**

- con riferimento alla voce AA0560 – ricavi per differenziale tariffe TUC la regione ha iscritto sulla GSA e, quindi sul modello riepilogativo consolidato, un importo di 1,7 mln di euro calcolato per le strutture private accreditate Neuromed (0,645 mln di euro) e Fondazione Giovanni Paolo II (1,119 mln di euro).

**Tavolo e Comitato chiedono chiarimento con riferimento alle tariffe applicate in regione.**

- con riferimento alla voce AA1000 relativa ai contributi in conto capitale da regione, si rileva, come per il IV trimestre, un'iscrizione da parte dell'azienda di 3,640 mln di euro.

**Tavolo e Comitato chiedono nuovamente a quali investimenti finanziati dalla regione tale quota faccia riferimento.**

La regione precisa che deve approfondire.



- Con riferimento alla voce AA1030 relativa agli altri contributi in conto esercizio destinati ad investimenti, valorizzata per 1,151 mln di euro, **si chiedono chiarimenti sulla relativa composizione.**

## Costi

- il costo del personale dipendente a tempo determinato e indeterminato è pari a 203,460 mln di euro con una diminuzione di circa 5,8 mln di euro rispetto al consuntivo 2011. Il personale sanitario dipendente risulta in diminuzione di 7,8 mln di euro rispetto al consuntivo 2011, mentre il costo del personale non sanitario dipendente risulta in aumento di 2 mln di euro. Si ricorda che il costo del 2011 ricomprendeva anche il costo per l'incentivo all'esodo di cui, Tavolo e Comitato hanno più volte chiesto dettagli non pervenuti. **Tavolo e Comitato rinnovano la richiesta.**

L'Asrem ha comunicato, in data 04.07.2013, a seguito di una richiesta di chiarimenti, di aver parzialmente rettificato i dati inviati in prima istanza. In particolare sono stati rettificati i dati relativi alle cessazioni che nell'anno 2012 sono state pari a 114 unità, mentre il numero complessivo delle assunzioni è stato effettivamente pari a 8 unità. Tali unità sono state assunte "per mobilità per compensazioni, per assunzione per sentenza, per assunzione ufficio di collocamento categorie protette". Il saldo del turn over del personale è, di conseguenza, pari a 106 unità cessate nel 2012. L'advisor segnala che l'azienda ha avviato un processo di riconciliazione e rettifica dei dati del personale delle annualità pregresse al fine di normalizzare e consolidare i relativi flussi di rilevazione.

A seguito di approfondimenti l'Asrem ha comunicato che la stima dei risparmi pro rata 2012 al 31.12.2012 derivanti dalle cessazioni 2011-2012 è pari a 5,2 mln di euro.

L'Asrem ha, infine, dichiarato che è stata corrisposta mensilmente nell'anno 2012 l'indennità di vacanza contrattuale al personale dipendente e che tale onere è stato valorizzato a costo tra le competenze fisse.

**Tavolo e Comitato, nel rilevare le difficoltà dell'azienda nella rilevazione dei dati relativi al personale, chiedono informazioni alla struttura commissariale circa il rispetto del blocco totale del turn over nell'azienda.**

- Il costo del personale non dipendente è pari a 2,769 mln di euro, quasi stabile nel complesso rispetto al 2011.
- Il costo delle consulenze sanitarie e non sanitarie è pari a 3,091 mln di euro e diminuisce di circa 0,3 mln di euro rispetto al consuntivo 2011.

- con riferimento ai prodotti farmaceutici ed emoderivati si rileva un valore di 39,021 mln di euro in diminuzione di circa 0,042 mln di euro rispetto al consuntivo 2011 e di circa 5 mln di euro rispetto al IV trimestre 2012.

**Si chiedono chiarimenti di tale scostamento tra IV trimestre e consuntivo. Si rileva la presenza di importanti variazioni tra IV trimestre e consuntivo con riferimento ai prodotti farmaceutici, ai dispositivi medici e agli altri beni sanitari. Si chiede alla struttura commissariale e all'advisor se sono state apportate riclassificazioni su tali voci.**

Si evidenzia un incremento della voce "distribuzione di farmaci e File F da privato" in relazione ai costi della GSA sia rispetto al IV trimestre 2012 che rispetto al consuntivo 2011.

**Si chiedono chiarimenti.**

Con riferimento a quanto fatturato da Cattolica erano in corso, in occasione della precedente riunione, verifiche della competente struttura regionale circa la legittimità della richiesta di rimborso.

**Tavolo e Comitato restano in attesa di conoscere l'esito degli approfondimenti e chiedono di conoscere se la regione ha richiesto le note di credito come precisato nella scorsa riunione.**

- con riferimento alla spesa farmaceutica convenzionata, pari a 51,480 mln di euro, si osserva una riduzione di circa 5,8 mln di euro rispetto al 2011 e un aumento di circa 0,9 mln di euro rispetto al IV trimestre 2012. L'advisor fa presente che si rileva uno scostamento pari a 0,3 mln di euro tra quanto iscritto a CE e quanto presente nel sistema Tessera sanitaria alla data del 4.7.2013 generato da alcune farmacie del territorio che processano tutte le ricette comprese quelle dei farmaci in DPC senza evidenziare la distinzione tra i diversi canali di distribuzione. Tale problematica è stata oggetto di una specifica segnalazione da parte della regione sulla base della quale l'Asrem ha impartito specifiche indicazioni di compilazione del flusso a cui le farmacie convenzionate dovranno attenersi.

Si registra, infine, una differenza tra il valore rilevato nelle DCR e il valore iscritto nel CE di circa 1,3 mln di euro per effetto, secondo quanto comunicato dalla struttura competente, della legge regionale n. 26/2011 in seguito alla quale sono stati rideterminati gli importi da erogare ai farmacisti beneficiari a titolo di indennità di residenza.

In ogni caso si sottolinea che il trend in diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata relativo alle annualità 2010-2012 è l'effetto di una maggiore compartecipazione del cittadino. Con riferimento alla distribuzione diretta e a quella per conto si osserva un progressivo aumento della spesa per entrambe le modalità di distribuzione.

Con riferimento al rispetto dei tetti per la spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera si osserva che: con riferimento alla farmaceutica territoriale la spesa risulta inferiore al tetto di circa 3,7 mln di euro; con riferimento alla farmaceutica ospedaliera la spesa risulta superiore al tetto di circa 13,7 mln di euro.

- con riferimento alla voce relativa a altri beni e servizi si registra un aumento complessivo di circa 7,8 mln di euro rispetto al consuntivo 2011 e di 8,9 mln di euro rispetto al IV trimestre 2012.

In particolare i beni sanitari sono aumentati di circa 3 mln di euro rispetto al IV trimestre 2012 ma diminuiti di circa 1,4 mln di euro rispetto al consuntivo 2011.

I beni non sanitari risultano in aumento rispetto al IV trimestre 2012 di circa 0,4 mln di euro e in aumento rispetto al consuntivo 2011 di circa 1 mln di euro per effetto dell'incremento della voce "combustibili, carburanti e lubrificanti".

Con riferimento ai servizi si registra un aumento di 5,5 mln di euro rispetto al IV trimestre 2012 e un aumento di 8,3 mln di euro rispetto al consuntivo 2011.

Le principali variazioni riguardano i "servizi appaltati" per cui si registra un aumento rispetto al IV trimestre 2012 di 3,2 mln di euro relativo ad un aumento dei costi per "manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze" per 0,3 mln di euro (1,2 mln di euro rispetto al 2011) e dei costi "servizio assistenza informatica" per 1,7 mln di euro (2,4 mln di euro rispetto al 2011) dovuto alla mancata contabilizzazione di una fattura nel IV trimestre 2012. Secondo quanto comunicato da Asrem in data 5.7.2013 la differenza con il IV trimestre per i servizi mensa e pulizia è in parte dovuta a fatture ricevute nel 2013 per revisione prezzi relativi all'anno precedente in parte dovuta alla contabilizzazione di fatture emesse nel 2012 ma ricevute oltre il termine di predisposizione del modello CE e comunque contabilizzate per competenza.

Infine l'azienda spiega, sempre in data 5.7.2013, che la differenza relativa all'indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli organi direttivi e collegio sindacale è determinata dal ricalcolo del compenso di un componente dipendente del Ministero ma non dirigente. Si è provveduto, per un componente, ad un contratto co.co.co. previa apertura di posizione

previdenziale da parte dell'interessato; il che ha comportato un aumento di costi a carico dell'azienda per contributi previdenziali.

**Tavolo e Comitato chiedono informazioni circa l'effettiva attuazione di quanto previsto dal DL 95/2012 e dalla legge 228/2012 in materia di beni e servizi dal momento che i risparmi previsti dalla manovra non sembrano raggiunti.**

- in merito alla variazione delle rimanenze il dato risulta pari a 3,683 mln di euro. L'advisor precisa che sono state considerate le rettifiche per 2,4 mln di euro emerse in seguito all'analisi inventariale al 31.12.2012 cui si aggiungono ulteriori svalutazioni effettuate dall'azienda per i valori di magazzino che non sono stati oggetto di verifica da parte dell'advisor a causa della mancata trasmissione dei relativi tabulati da parte di Asrem. Pertanto lo scostamento rispetto al IV trimestre 2012 è pari a 4,2 mln di euro mentre rispetto al consuntivo 2011 lo scostamento è pari a 6,1 mln di euro.
- in merito ai medici di base valorizzata per 50,888 mln di euro, si osserva una riduzione della spesa di 0,8 mln di euro rispetto al consuntivo 2011.
- in merito ai privati accreditati si sottolinea che i contratti per l'anno 2012 non sono stati sottoscritti. In particolare l'advisor fa presente che confrontando il consuntivo 2012 con il consuntivo 2011 si osserva sia l'incremento delle spese sostenute per prestazioni ospedaliere (+1,7 mln di euro) sia un significativo aumento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (+5,3 mln di euro dovuti a maggiori iscrizioni per Neuromed e Fondazione Giovanni Paolo II). Con riferimento al IV trimestre 2012 si osserva un incremento delle prestazioni ospedaliere (+3,1 mln di euro dovuti a maggiori iscrizioni di costi per i privati accreditati Asrem e per Fondazione Giovanni Paolo II) e una contrazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (-0,6 mln di euro data da maggiori iscrizioni per Neuromed e minori iscrizioni per privati accreditati Asrem). Per le prestazioni di riabilitazione extra ospedaliere si registra un incremento di 0,5 mln di euro rispetto al consuntivo 2011 e un aumento di 3,3, mln di euro rispetto al IV trimestre 2012. Anche con riferimento all'acquisto di altre prestazioni da privato si registra un incremento di 4,4 mln di euro rispetto al IV trimestre 2012 e un incremento di 6 mln di euro rispetto al consuntivo 2011.

Osservando i dati nel loro complesso si evidenzia che i costi sostenuti per l'acquisto di prestazioni da privati accreditati registrano un aumento rispetto al consuntivo 2011 di circa 13 mln di euro.

**Tavolo e Comitato chiedono di conoscere le motivazioni di tale aumento stante l'applicazione del DL 95/2012 e stante il fatto che nella relazione dell'advisor si segnala una diminuzione, con riferimento ai dati SDO, delle attività dovute principalmente al decremento avvenuto per i ricoveri di acuzie in DH e in riabilitazione soprattutto per i residenti.**

**In particolare gli operatori pubblici hanno ridotto il numero di ricoveri e le giornate di degenza. Gli operatori privati hanno subito un calo di produzione particolarmente consistente per la Fondazione Giovanni Paolo II, mentre Neuromed registra aumenti di produzione in particolare per la mobilità attiva (+11%).**

**Ancora nella relazione dell'advisor si specifica che nell'analizzare le performances tra strutture pubbliche e private accreditate si osserva da un lato un consistente aumento della spesa netta delle strutture private e dall'altro un lieve decremento del settore pubblico. Medesimo fenomeno si osserva relativamente al volume delle prestazioni erogate anche se, in questo caso, la contrazione delle strutture pubbliche appare più consistente.**



**Si chiede di tenere conto delle risultanze emerse nella definizione della programmazione regionale e si rimanda al paragrafo sul Programma operativo 2013-2015.**

- Con riferimento alla Fondazione Giovanni Paolo II si evidenzia che i tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera sono stati definiti con il decreto 41/2012 per un valore complessivo di 32,6 mln di euro (19,2 mln di euro per i residenti e 12,9 mln di euro per non residenti). Si ricorda che non è stato sottoscritto il contratto per l'anno 2012 tuttavia è stata disposta la proroga del contratto relativo all'anno 2011 in virtù del decreto 3/2012. Con riferimento alle funzioni Hub l'advisor precisa che sono da considerare per un importo di 0,5 mln di euro. La regione ha chiesto alla Fondazione l'emissione di note di credito per un importo pari a 1,6 mln di euro per le funzioni. Per quanto concerne le prestazioni di assistenza ospedaliera la regione non ha riconosciuto alla struttura una nota di debito per prestazioni del I semestre 2012 per un valore pari a 1,6 mln di euro ed ha chiesto un'ulteriore nota di credito per prestazioni ospedaliere relative all'annualità 2012 per un importo di 2,1 mln di euro.

**Si chiedono chiarimenti e si chiede, ancora una volta, di dettagliare il tipo di funzione di centro Hub e le modalità di calcolo del corrispettivo.**

L'advisor precisa che quanto riportato a CE 2012 è pari a quanto fatturato dalla struttura sia per quanto riguarda i residenti sia con riferimento ai residenti extraregione.

I dati di produzione fanno riferimento, precisa l'advisor, all'estrazione del flusso SDO del 3.7.2013 da parte della Molisedati.

**Ancora una volta si evince un fatturato a consuntivo superiore alla produzione per le prestazioni di assistenza ospedaliera.**

Per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale il tetto di spesa è stato ridefinito con il decreto 59/2012 per un valore totale di 8,8 mln di euro (6,1 mln di euro per i residenti e 2,6 mln di euro per i non residenti).

I dati contabilizzati a CE sono pari al valore dei budget per i residenti e al valore del fatturato per i non residenti.

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale si evince un fatturato per i residenti superiore al tetto di spesa e alla produzione e per i non residenti un valore di produzione superiore al fatturato. I valori di tessera sanitaria sono complessivamente inferiori a quanto fatturato dalla struttura per 0,2 mln di euro. In ogni caso il dato di produzione suddiviso tra i residenti e non residenti è stato stimato. **Si chiedono chiarimenti sul perché a luglio 2013 non esista un dato di produzione certo.**

**Tavolo e Comitato evidenziano ancora una volta la mancanza di governo delle prestazioni erogate dalla struttura privata. Si chiede di conoscere quali controlli vengano effettuati sulla produzione prima di iscrivere il fatturato a CE e si chiede alla struttura commissariale di assegnare i tetti di spesa degli anni successivi tenendo conto del fabbisogno reale della popolazione residente (al netto delle inapproprietezze) e nel rispetto della normativa vigente in materia. Con riferimento alla mobilità attiva si ricorda che quest'ultima deve essere regolata da accordi di confine in mancanza dei quali non è possibile accreditare posti letto esclusivamente dedicati a pazienti provenienti da altre regioni.**

- con riferimento a Neuromed si ricorda che non è stato sottoscritto il contratto. Si evidenzia che i tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera sono stati definiti con il decreto 41/2012 per complessivi 26,4 mln di euro (4 mln di euro per i residenti e 22,3 mln di euro per i non residenti). Anche per tale struttura è stata disposta la proroga del contratto relativo all'anno 2011 per effetto del decreto 3/2012.

L'advisor precisa che le somme appostate nel CE sono pari al budget per i residenti e al fatturato per i non residenti.

Il fatturato sia per i residenti che per i non residenti risulta superiore al tetto di spesa e alla produzione. I dati di produzione fanno riferimento, precisa l'advisor, all'estrazione del flusso SDO del 3.7.2013 da parte della Molisedati.

La regione ha chiesto l'emissione di note di credito per un importo di 2,1 mln di euro.

Per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale il tetto di spesa è stato ridefinito con il decreto 59/2012 per un valore totale di 15,5 mln di euro (3,8 mln di euro per i residenti e 11,6 mln di euro per i non residenti). L'advisor precisa che con riferimento al valore iscritto per i residenti si è rilevato un errore di calcolo del DCA 59/2012 in seguito al quale si è registrata una differenza di 0,4 mln di euro rispetto al valore effettivo. Si è quindi proceduto, in accordo con l'ufficio regionale competente, al ricalcolo dei tetti di spesa e all'imputazione dei valori corretti dei tetti di spesa nelle componenti di prestazioni riservate ai residenti e alla mobilità attiva. **Tavolo e Comitato chiedono chiarimenti.**

Anche in questo caso la suddivisione dell'importo di produzione tra i residenti e non residenti è stato stimato. **Si chiedono chiarimenti.**

L'advisor precisa che le somme appostate nel CE sono pari al budget per i residenti e al fatturato per i non residenti.

Il fatturato sia per i residenti che per i non residenti risulta superiore al tetto di spesa e lievemente inferiore alla produzione del flusso Tessera sanitaria.

**Tavolo e Comitato, nel sottolineare di nuovo la mancanza di governo delle prestazioni erogate dai privati accreditati, ribadiscono quanto sopra evidenziato in merito al governo della mobilità.**

- con riferimento agli erogatori privati gestiti da Asrem, si evidenzia che l'azienda non ha preso in considerazione i decreti 41 e 59/2012 di fissazione dei tetti di spesa e ha comunicato che in assenza di definizione regionale definitiva dei tetti di spesa i centri sono stati autorizzati alla erogazione di prestazioni nei limiti di un dodicesimo mensile dei budget sottoscritti nel 2011 decurtati dello 0,5% a partire dal 6 luglio 2012. **Si chiedono chiarimenti in quanto il decreto legge 95/2012 dispone che il tetto annuale sia rideterminato in riduzione dello 0,5% rispetto al valore consuntivato 2011. Pertanto la decurtazione operata non è in linea con il decreto legge 95/2012.** Non sono stati sottoscritti i contratti.

L'azienda non ha consegnato i dati di fatturato. Pertanto nelle analisi dell'advisor è valorizzata solamente la produzione.

**Si chiedono chiarimenti e si rileva la grave mancanza essendo a luglio 2013.**

La produzione risulta superiore al tetto di spesa sia per l'ospedaliera che per la specialistica. Inoltre il valore iscritto a CE per l'assistenza ospedaliera è superiore alla produzione. **Si chiedono chiarimenti.**

Il valore della produzione rendicontata da Asrem e quella disponibile da flusso SDO risultano sostanzialmente allineati con uno scostamento di 0,9 mln di euro.

L'Asrem in una mail del 28.6.2013 ha precisato che *“per quanto concerne le Case di cura Villa Maria e Villa Esther i relativi budget per prestazioni di ricovero ospedaliero sono stati implementati degli importi apposti nella parte relativa alla specialistica ambulatoriale per prestazioni che gli stessi avrebbero dovuto erogare in regime di day service. Allo stato non risulta ancora validato e quindi operativo il decreto disciplinante la materia e, pertanto, le prestazioni vengono erogate ancora in regime di ricovero ospedaliero”*. **Si chiedono chiarimenti, si precisa il non corretto comportamento**

**aziendale, come già evidenziato nella precedente riunione, e ribadito nel parere prot. 131/ P del 31/05/2013.**

Con riferimento alla specialistica ambulatoriale e riabilitazione i dati di produzione mostrano uno scostamento rispetto ai valori iscritti a CE per 0,1 mln di euro; la differenza negativa relativa alle prestazioni erogate ai cittadini residenti è compensata dal delta positivo rispetto alle prestazioni in mobilità attiva, si precisa nella relazione.

**Tavolo e Comitato rilevano una mancanza di governo sulle prestazioni da privato da parte di Asrem e un mancato allineamento ai decreti commissariali.**

**Si ricorda, anche, che l'utilizzo della compensazione tra diversi regimi assistenziali è indice di nuovo di una non corretta definizione del setting assistenziale;**

- con riferimento alle altre prestazioni da privato si registra uno scostamento pari a +4,4 mln di euro rispetto al IV trimestre 2012 dovuto in particolare all'assistenza integrativa e protesica (+1,3 mln di euro) e alla distribuzione farmaci e File F (+2,7 mln di euro). Rispetto al consuntivo 2011 si registra un incremento di 5,9 mln di euro sempre con riferimento alle voci già evidenziate. L'advisor segnala che nel CE sono iscritti 10,9 mln di euro per prestazioni socio-sanitarie da privato di cui 9 mln di euro relativi alla voce BA1180. In particolare emergono costi per 5,4 mln di euro relativi all'assistenza domiciliare integrata e per 1,6 mln di euro relativi a prestazioni per tossicodipendenti e comunità terapeutiche.

Con riferimento ai flussi informativi l'advisor segnala che nel confronto tra i dati consegnati dalla struttura regionale e quanto riportato nel verbale di chiusura delle SDO del 29.01.2013 sono state evidenziate delle differenze nel valore economico complessivo delle SDO. Dopo un confronto con il servizio ispettivo della regione è emerso che tale scostamento è dovuto alla non corretta imputazione del valore economico delle prestazioni erogate a pazienti solventi all'interno del flusso consegnato all'advisor, mentre nel verbale di chiusura i valori sono stati correttamente imputati.

- in merito agli accantonamenti si segnala che l'importo complessivo accantonato nel 2012 è pari a 10,211 mln di euro (di cui 7 mln di euro relativi alle quote inutilizzate di contributi vincolati già trattati precedentemente).

Gli accantonamenti per rischi sono pari a 2,430 mln di euro in aumento di 2,3 mln di euro rispetto al IV trimestre 2012 e in diminuzione di 5,5 mln di euro rispetto al consuntivo 2011 dovuta al fatto che sull'anno 2011 insistevano accantonamenti per 8 mln di euro relativi alle prestazioni fatturate dalle strutture private a diretta gestione regionale e non contabilizzate a CE nella gestione ordinaria nonché per l'integrazione prudenziale di accantonamenti pregressi per rischi da contenzioso passivo. La regione precisa che non è stata operata alcuna rilevazione contabile regionale in quanto per le annualità 2011 e 2012 non vi è stata alcuna soccombenza in giudizio da parte dell'amministrazione regionale né in sede civile né in sede amministrativa.

L'Asrem ha iscritto invece accantonamenti per rischi per 2,4 mln di euro relativi ad un credito Irap riportato a detrazione nella dichiarazione per il quale l'Agenzia delle entrate non si è ancora espressa e che, si ricorda, era stato inserito come rischio nella precedente riunione da Tavolo e Comitato come segnalato dal subcommissario stesso.

**Tavolo e Comitato chiedono all'advisor se ci sono ulteriori possibili rischi non contabilizzati.**

Gli accantonamenti per rinnovi contrattuali sono pari a 0,417 mln di euro con riferimento ai medici convenzionati e il valore risulta coerente con quanto atteso.

**Tavolo e Comitato chiedono alla struttura commissariale e all'advisor se sono state operate le valutazioni circa lo stato dei rischi aziendali ai sensi di quanto previsto dal decreto legislativo 118/2011.**

- per quanto riguarda il saldo della gestione straordinaria risulta quanto segue:
  - o il saldo di gestione straordinaria dell'Asrem risulta negativo per 3,3 mln di euro. In seguito ad approfondimenti è emerso che l'azienda iscrive sopravvenienze passive per 6 mln di euro di cui 2,2 mln di euro in relazione al personale, 1,1 mln di euro in relazione ai beni e servizi e 2,4 mln di euro per altre sopravvenienze non dettagliate. Tra le componenti attive si evidenziano gli importi relativi al personale per 0,9 mln di euro e all'acquisto di beni e servizi per 1,1 mln di euro. L'advisor segnala che l'Asrem non ha iscritto nel consuntivo 2012 una sopravvenienza passiva di 7 mln di euro relativa alla voce di stato patrimoniale "ABA450 - credito v/regione o provincia autonoma per spesa corrente - altro" erroneamente valorizzata per 39 mln di euro anziché per 32 mln di euro come riportato dalla GSA nella voce "PDA170 - debiti vs aziende pubbliche della regione per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA".
  - o con riferimento alla GSA, invece, si evidenzia l'iscrizione di sopravvenienze attive relative al payback dell'anno 2011 per 0,5 mln di euro e a risorse vincolate per hansensiani degli anni 2002-2007 per 0,1 mln di euro. Riguardo quest'ultima iscrizione la regione precisa che non aveva contabilizzato tali risorse per gli anni dal 2002 al 2007 e che incassato le somme entro il 31.12.2012.

**Al riguardo si segnala che i Tavoli tecnici, nell'effettuare la valutazione dei risultati di gestione per gli anni interessati, hanno già tenuto conto, tra le entrate, degli importi previsti per gli hansensiani. Tuttavia, essendo in corso una ricognizione delle risultanze pregresse a tutto il 31.12.2011, Tavolo e Comitato non rettificheranno il risultato di gestione per l'importo relativo agli hansensiani fino al completamento delle predetta ricognizione.**

Tavolo e Comitato evidenziano che il confronto tra la somma dei risultati di gestione dei singoli enti e il risultato di gestione del consolidato regionale presenta un allineamento:

	Risultato di gestione 000 (1)	Asrem (2)	Valore atteso (3)=(1)+(2)	999 (4)	Differenza valore atteso - 999 (5)=(3)-(4)
Molise	32.519	-53.432	-20.913	-20.913	0

Le voci R risultano correttamente consolidate.

#### Risultato di gestione

Tavolo e Comitato, sulla base di quanto sopra rappresentato, provvedono alla valutazione del risultato di gestione.

Il conto economico consuntivo 2012 inviato dalla regione Molise al NSIS evidenzia, al netto della voce AA0080, una perdita di 52,480 mln di euro.

Tavolo e Comitato richiamano i disallineamenti rispetto all'Intesa sul riparto 2012 relativi al saldo di mobilità per 2,284 mln di euro. Considerando tali disallineamenti il risultato di gestione è rideterminato in un disavanzo di 54,764 mln di euro.



La perdita a consuntivo 2012 pertanto, rispetto a quanto osservato a IV trimestre, peggiora di 21,249 mln di euro, pari al 63%.

In merito alle coperture preordinate dal Piano di rientro la regione ha provveduto alla loro iscrizione sul modello CE alla voce AA0080 per un importo di 31,567. Con riferimento a tale importo, come precedentemente rappresentato, si sottolinea che lo stesso si riferisce all'anno d'imposta 2012 e non all'anno d'imposta 2013 utile per l'equilibrio dell'anno 2012. Pertanto Tavolo e Comitato provvederanno a valorizzare l'importo delle aliquote fiscali relative all'anno d'imposta 2013 e chiedono alla regione di rettificare opportunamente il dato. Le valutazioni delle coperture sono al netto delle ulteriori massimizzazioni dello 0,15 e 0,30 in quanto, pur operando tale ulteriore maggiorazione, non si dispone ancora di una stima da parte del competente Dipartimento delle finanze.

Considerando le entrate fiscali da massimizzazione per l'anno d'imposta 2013 sulla base della stima del Dipartimento delle finanze, depurandole della quota di 2 mln di euro, preordinata nel Piano di rientro per il pagamento del debito derivante dall'anticipazione di liquidità, il gettito disponibile per l'equilibrio 2012 derivante, ripetesi, dalla massimizzazione delle aliquote fiscali per l'anno d'imposta 2013, è pari a 21,813 mln di euro.

Pertanto il risultato di gestione del solo anno 2012, dopo le coperture, evidenzia un disavanzo residuo di 32,951 mln di euro.

A tale risultato deve essere sommata la perdita 2011 non coperta, pari a 35,743 mln di euro e la distrazione di risorse per il pagamento del debito, pari a 19 mln di euro valutata nella precedente riunione e sulla quale la regione e la struttura commissariale non hanno fornito ulteriori informazioni al riguardo.

**Tavolo e Comitato ricordano che nella riunione del 17 aprile 2013 è stato assentito l'accesso alla copertura del disavanzo sanitari a tutto l'anno 2009 a valere sui fondi Fas per un importo di 55 mln di euro. Chiedono alla struttura commissariale di conoscere lo stato di effettiva erogazione di tali risorse.**

Il Presidente Commissario fa presente che ad oggi non ha ancora fatto richiesta per l'erogazione dei 55 mln di euro di fondi FAS in quanto tale importo era già stato impegnato per altri tipi di spese. Il Commissario precisa che sta provvedendo a disimpegnare la somma e rimetterla a disposizione del SSR. A seguito di ciò si richiederà l'erogazione dell'importo.

**Tavolo e Comitato rilevano che tale ammontare, in coerenza con le decisioni del Cipe dovrebbe essere disponibile ed evidenziano che quanto affermato dal Commissario rappresenta un elemento di novità. In ogni caso, nel sottolineare il comportamento non corretto della regione in merito a tali risorse, ritengono che tale misura di copertura non possa essere ritenuta valida alla luce delle informazioni apprese dal Commissario. Si provvederà a scontare i 55 mln di euro a valere sui fondi FAS per il SSR nel momento in cui il Commissario provvederà a fornire idonea documentazione sull'avvenuto trasferimento delle risorse al SSR.**

Considerando quanto sopra, la perdita 2012 e precedenti risulta rideterminata in un disavanzo ancora da coprire pari a 87,694 mln di euro.

Si riportano nel dettaglio gli effetti finanziari sopra descritti:

Regione Molise		
	riunione del 17 aprile 2013	riunione del 16 luglio 2013
	IV trimestre 2012	consuntivo 2012
<b>risultato di gestione da CE (al netto voce AA0080)</b>	- 30,447	- 52,480
<b>rettifica maggiori ispezioni contributi vincolati</b>	- 0,307	-
<b>rettifica iscrizioni saldo mobilità</b>	0,060	- 2,284
<b>minori accantonamenti per personale convenzionato</b>	- 0,098	-
<b>rischio svalutazione magazzino</b>	- 2,300	
<b>rischio ricalcolo Irap</b>	- 0,423	
<b>totale disavanzo con rischi</b>	- 33,515	- 54,764
<b>coperture:</b>		
stima gettito da aumento delle aliquote Irap e add. Irpef sui livelli massimi -anno imposta 2013 (al netto 2 mln di euro preordinati dal Piano di rientro al pagamento della rata dell'anticipazione di liquidità)	21,813	21,813
<b>totale coperture</b>	<b>21,813</b>	<b>21,813</b>
<b>risultato di gestione 2012 dopo coperture</b>	- 11,702	- 32,951
<b>perdita 2011 non coperta</b>	- 35,743	- 35,743
<b>distrazione risorse copertura debito</b>	- 19,000	- 19,000
<b>accesso fondi FAS</b>		-
<b>risultato di gestione rideterminato</b>	- 66,445	- 87,694

La regione Molise a consuntivo 2012 presenta un disavanzo prima delle coperture di 54,764 mln di euro in aumento di circa 20 mln di euro rispetto a quanto registrato a IV trimestre 2012. Dopo le coperture a valere sulla leva fiscale, nei termini previsti dal Piano di rientro, che ammontano a 21,813 mln di euro, residua un disavanzo non coperto di 32,951 mln di euro. Considerando la perdita 2011 e precedenti non coperta, pari a 35,743 mln di euro e la distrazione di risorse utilizzate per la copertura del debito, pari a 19 mln di euro, residua una perdita non coperta 2012 e precedenti di 87,694 mln di euro.

Tale risultato non ingloba l'effetto della stima del gettito dell'ulteriore maggiorazione delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta 2013, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30, così come verificato nel verbale della riunione del 17 aprile 2013, in attesa della relativa comunicazione da parte del competente Dipartimento delle finanze né la rideterminazione dei gettiti derivanti dalla massimizzazione delle aliquote.

Tavolo e Comitato rilevano come sia ancora molto lontano l'obiettivo dell'equilibrio economico da parte della regione e ciò a sei anni dalla sottoscrizione dell'accordo per il piano di rientro. La regione limitatamente all'anno 2012 presenta una percentuale di disavanzo dell'8,9% ben al di sopra della soglia del 5% considerata di riferimento per l'obbligatorietà della sottoscrizione di un piano di rientro. Considerando anche i disavanzi pregressi, la percentuale di disavanzo è pari al 17,9%.

## **B. ESAME STATO PATRIMONIALE CONSUNTIVO ANNO 2012**

L'advisor ha inviato una relazione concernente l'esame dello stato patrimoniale consuntivo 2012. Le analisi sono state effettuate dalla regione con il supporto dell'advisor ed hanno riguardato in particolare l'esame della documentazione contabile della GSA e dell'Asrem. Per l'Asrem sono state svolte delle verifiche in loco presso gli uffici della UOC Bilancio e rilevazioni contabili.

L'advisor precisa di aver svolto un affiancamento metodologico ai funzionari della regione nel monitoraggio e non ha svolto verifiche indipendenti sui dati trasmessi.

La metodologia adottata ha consistito nell'acquisizione di informazioni e di dati contabili relativi agli anni dal 2006 al 2012 presso la GSA e l'Asrem; alla verifica di completezza; all'analisi delle poste creditorie e debitorie della regione mediante ricognizione dei flussi finanziari in entrata e uscita dal 2006 al 2012 e la loro riconciliazione con quanto iscritto nei rispettivi modelli SP000 e nei rendiconti generali di bilancio come residui attivi e passivi; riconciliazione delle poste debitorie e creditorie della regione con i crediti e i debiti dell'Asrem nei confronti della regione rilevati sia nei modelli SP che nei bilanci sempre dal 2006 al 2012; l'analisi di specifiche poste quali i crediti, disponibilità liquide, PN, fondi rischi e oneri e debiti.

Prioritariamente si segnala 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.

**Si segnala che l'advisor ha prodotto una nuova relazione sulla situazione patrimoniale inviata il 10 luglio 2013 in sostituzione di quella trasmessa in data 5 luglio.**

**Si invita l'advisor e la gestione commissariale a rispettare tassativamente le scadenze assegnate.**

Prioritariamente si fa presente che il Commissario ha inviato il decreto n. 26/2013 avente ad oggetto "Bilancio dell'azienda sanitaria della regione Molise e della Gestione sanitaria accentrata regionale. Rinvio dell'approvazione del bilancio consolidato dell'esercizio 2012 del Servizio sanitario regionale."

In considerazione della recente nomina del Soggetto attuatore dell'Asrem il termine ordinario per la chiusura del bilancio è stato differito di 120 giorni.

Il Commissario dà atto che i documenti di bilancio (conto economico, stato patrimoniale, nota integrativa e relazione sulla gestione) sono stati redatti secondo le norme e gli schemi del d. lgs. 118/2011. Si evidenzia che il Collegio sindacale dell'azienda, avendo ricevuto il bilancio d'esercizio solo in data 5 luglio 2013 non ha ancora reso un parere sui documenti di bilancio aziendali.

Il Commissario approva i bilanci d'esercizio dell'Asrem e della GSA e si riserva di approvare entro il 30 settembre 2013, previa acquisizione del referto del Collegio sindacale sulla conformità del bilancio di esercizio 2012 dell'Asrem alle risultanze dei libri contabili, il bilancio consolidato 2012 del SSR.

Al riguardo Tavolo e Comitato rilevano che gli schemi di conto economico, stato patrimoniale e nota integrativa del bilancio della GSA non sono coerenti con i nuovi schemi adottati con decreto ministeriale del 20 marzo 2013. Si invita la regione a tenerne conto in sede di approvazione del bilancio consolidato regionale

### **B.1 GESTIONE SANITARIA ACCENTRATA (GSA) - MODELLO 000**

Nella nota integrativa al bilancio d'esercizio 2012 della GSA si specifica che il responsabile della GSA ha trasmesso al responsabile del bilancio regionale una rimodulazione dell'articolazione dei capitoli di entrata e di uscita del bilancio destinati ad accogliere le risorse finanziarie della sanità, al fine di garantire un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del SSR.

Il Commissario ad acta con decreto n. 105/2011 ha adottato il piano dei conti della GSA. Il piano dei conti è stato implementato con decorrenza 1.1.2012. Il responsabile della GSA opera un costante e diretto monitoraggio della movimentazione dei conti intestati alla sanità prevedendo termini predefiniti per l'esecuzione degli atti di disposizione autorizzati attraverso l'interrogazione dei rapporti in essere con l'istituto tesoriere.

Si precisa che non si verificati casi eccezionali che impongano di derogare alle disposizioni di legge.

Il responsabile della GSA precisa di aver redatto il bilancio d'esercizio secondo i dettami di cui al d.lgs. 118/2011 per l'anno 2012.

Con riferimento ad ogni posta di bilancio sono stati esplicitati i criteri di valutazione adottati. In particolare:

- per le immobilizzazioni si specifica che sono iscritte al costo di acquisto o di produzione inclusi i costi accessori e l'IVA in quanto non detraibile. Sono esposti in bilancio al netto degli ammortamenti effettuati nel corso degli esercizi. Le aliquote di ammortamento sono quelle fissate dal d.lgs. 118/2011 e s.m.i. nonché dai successivi decreti ministeriali di attuazione;
- i crediti sono esposti al presumibile valore di realizzo. L'adeguamento del valore nominale dei crediti al valore presunto di realizzo è ottenuto mediante apposito fondo al fine di tenere conto dei rischi di inesigibilità;
- con riferimento al Patrimonio netto (PN) si precisa che le iscrizioni avvengono secondo quanto stabilito dal d.lgs. 118/2011. Per i beni di primo conferimento la sterilizzazione degli ammortamenti avviene mediante storno a conto economico di quote della voce di PN "finanziamenti per beni di prima dotazione";
- i debiti e le disponibilità liquide sono rilevate al valore nominale.

## **ATTIVO**

### **Analisi delle entrate**

Le analisi patrimoniali di seguito riportate sono state effettuate per le poste contabili che costituiscono le voci di entrata della GSA; in particolare è stata verificata la congruità dei saldi contabili delle voci relative ai crediti verso Stato e gli enti regionali rispetto agli importi accertati e riscossi negli anni 2006-2012 da rendiconto regionale mediante le seguenti analisi:

- verifica delle somme accertate iscritte nella contabilità regionale per ogni esercizio;
- verifica delle somme rimosse per ogni esercizio, a valere sulle somme accertate di cui al precedente punto;
- verifica della congruità dei valori delle somme erogate dallo Stato rispetto agli importi incassati, distinguendo le riscossioni in conto competenza da quelle in conto residui appostati nel bilancio regionale.

### **Crediti**

- **CREDITI VERSO STATO**: l'importo iscritto a SP 2012 è pari a 183,321 mln di euro, composto da:
  - o **crediti vs Stato per spesa corrente – integrazione a norma d. lgs. 56/2000** per 16,699 mln di euro relativo alla premialità 2012.
  - o **crediti vs Stato per spesa corrente – FSN** per 114,236 mln di euro relativo alle **premialità 2006-2011** cui sono aggiunti gli importi relativi agli obiettivi di piano e somme vincolate non ancora erogate;

Con riferimento alle assegnazioni del fondo sanitario al 31.12.2012 l'advisor precisa che le somme da incassare a titolo di premialità al 31.12.2012 sono pari a 115,690 mln di euro e rappresentano un credito vs Stato da iscrivere per l'intero ammontare nello stato patrimoniale. Di seguito il dettaglio inviato dall'advisor:



anni	quota premiale
2006	18,466
2007	15,356
2008	15,817
2009	16,330
2010	16,365
2011	16,658
2012	16,699

Di tali somme la regione ha contabilizzato nella voce ABA210 la quota relativa alla premialità 2012 pari a 16,699 mln di euro mentre la restante parte è contabilizzata nella voce ABA220 che accoglie anche i crediti dovuti per risorse vincolate e obiettivi di piano. E' stato interamente incassato il 97% del FSR 2012.

**In proposito si rileva che con riferimento agli importi relativi alle premialità anni 2008 e 2011 i dati riportati dalla regione non risultano coerenti con quanto risultante al MEF in quanto per queste annualità gli importi sono rispettivamente 15,933 mln di euro e 18,255 mln di euro per un totale complessivo di 117,404 mln di euro invece di 115,690 mln di euro.**

**Pertanto si invita la regione a rettificare opportunamente il dato. Inoltre, Tavolo e Comitato invitano la regione a riclassificare i crediti v/Stato per le premialità 2006-2011 attualmente iscritte alla voce "crediti vs Stato per spesa corrente – FSN" nella voce "crediti vs Stato per spesa corrente – integrazioni a norma del d.lgs 56/2000"**

Con riferimento alle risorse relative agli obiettivi di piano e alle vincolate l'advisor e la regione precisano che le somme ancora da incassare per obiettivi di piano al 31.12.2012 sono pari a 10,995 mln di euro (di cui 8,478 mln di euro relativi al solo anno 2012).

Relativamente alle risorse vincolate l'advisor riporta un totale assegnazioni 2012 di 2,517 mln di euro. Seppur corrette nella somma finale la suddivisione degli importi non coincide esattamente con la suddivisione dell'ipotesi di riparto 2012 elaborata dal Ministero della salute.

In ogni caso il totale delle somme ancora da incassare al 31.12.2012 è pari 4,250 mln di euro.

Al riguardo per un riscontro definitivo si rinvia anche alla scheda per la ricognizione del pregresso trasmessa alla regione.

Si rappresenta che per l'anno 2005 risultano ancora spettanze per obiettivi di piano per 7,427 mln di euro. Tale importo, come già evidenziato in occasione dell'esame dello stato patrimoniale 2011, non risulta iscritto a stato patrimoniale. Il Ministero della salute aveva confermato che non sussistono le condizioni per l'accesso a tali risorse in quanto la Regione, per detti obiettivi, non ha mai presentato progetti.

**Tavolo e Comitato prendono atto**

- crediti vs Stato per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente per 45 mln di euro relativo alle somme da incassare a valere sul fondo transitorio di accompagnamento anni 2008 e 2009 per un importo di 25 e 20 mln di euro..

**In proposito si precisa che la cifra esatta del fondo di accompagnamento per gli anni 2008 e 2009 è pari rispettivamente a 24,673 mln di euro e 20,319 mln di euro;**

- crediti vs Stato per finanziamenti per investimenti è pari a 7,386 mln di euro che rappresenta la somma che la GSA deve ancora ricevere dallo Stato a titolo di finanziamento per investimenti al 31.1.2.2012. Le somme a credito, secondo quanto dichiarato dalla regione, sono relative a:
  - accordo di programma integrativo 2008 – 6,269 mln di euro;
  - Interventi necessari ad adeguare le strutture e tecnologie sanitarie alla normativa vigente in materia di sicurezza: 0,513 mln di euro;
  - Programma di investimento per la regione per la linea d'investimento di cui all'art. 20, seconda fase :0,604 mln di euro.

- CREDITI FINANZIARI VS REGIONE- per 16 mln di euro. Si specifica che tale iscrizione è dovuta al trasferimento temporaneo di risorse economiche dal conto intestato alla sanità al conto ordinario al fine di consentire il pagamento dei mandati in giacenza presso il Servizio ragioneria generale attraverso emissione del mandato n. 7342 del 31.1.2.2012 a valere sul capitolo di bilancio regionale n. 57711 “partite di giro” del bilancio regionale 2013.

**Tavolo e Comitato rilevano che si tratta di somme destinate al finanziamento della sanità che devono essere in ogni caso ripristinate nel conto intestato alla sanità. Chiedono chiarimenti sull'avvenuto ripristino di tali somme. Al riguardo si richiama quanto previsto in materia di erogazione delle risorse del SSR dal decreto legge 35/2013.**

- CREDITI VS REGIONE per un importo totale di 320,646 mln di euro e deriva dalle somme che la GSA deve ancora incassare dal bilancio regionale a titolo di spesa corrente e per versamenti a patrimonio netto. Rispetto all'esercizio 2011 la voce subisce un incremento di 120,573 mln di euro.

- Crediti vs regione per spesa corrente per 50,352 mln di euro in diminuzione rispetto al 2011 di 2,9 mln di euro.

- Crediti vs regione per versamenti a PN per 270,294 mln di euro in incremento rispetto al 2011 di 123,485 mln di euro. La voce è costituita da:

- Crediti vs regione per ripiano perdite per 174,012 mln di euro in incremento rispetto al 2011 di 27,203 mln di euro completamente attribuibili alle manovre fiscali. Tale voce, infatti, è composta da 55 mln di euro derivanti dalla copertura del disavanzo attraverso l'utilizzo di quota parte dell'avanzo di amministrazioni di cui alla DGR n.1100/2010 e dalle somme ancora derivanti dalle manovre fiscali per un totale di 119,012 mln di euro.

Con riferimento alla manovra fiscale contenuta in questa voce, si ricorda che nel corso delle riunioni dell'11 marzo 2013 e del 17 aprile 2013 l'advisor e il Sub commissario avevano evidenziato la distrazione di parte delle risorse rinvenienti dall'Irap e dall'add.le Irpef finalizzate alla copertura del disavanzo corrente ed utilizzate per la copertura della rata del mutuo trentennale stipulato per il rimborso del prestito con lo Stato. Tale distrazione per un totale di 19 mln di euro è stata portata a rettifica del disavanzo non coperto al 31/12/2012.

Nella relazione sul consuntivo 2012 l'advisor precisa che nel corso dell'esercizio 2012 sono stati riscossi dal bilancio regionale a titolo di fiscalità somme pari a 36,056 mln di euro di cui 21,907 mln di euro come saldo 2011 e 14,149 mln di euro come acconto 2012. Sono state effettuate erogazioni in favore di Asrem per 6,853 mln di euro e pagamenti come concorso alla rata di rimborso mutuo Mef per 2 mln di euro. Con riferimento alla rimborso rata mutuo la tabella presente nella relazione dell'advisor evidenzia, questa volta, un utilizzo di somme, a valere su Irap e add.le Irpef, di 2 mln di euro a partire dall'anno 2008 per un totale a tutto il 2012 di 10 mln di euro.

La regione ha affermato che l'importo di 19 mln di euro relativo alla fiscalità preordinata per l'equilibrio del SSR utilizzata per il pagamento delle rate di mutuo costituisce a tutti gli effetti un credito v/regione.

**Tavolo e Comitato chiedono di acquisire la documentazione attestante l'iscrizione di tale posta sul bilancio regionale come impegno verso SSR.**

- Crediti vs regione per copertura debiti al 31.12.2005 – per 96,282 mln di euro. Tale voce contiene la contropartita patrimoniale del “debito vs aziende sanitarie pubbliche della regione per versamenti a PN” derivante dalla riclassifica effettuata dall'Asrem che ha iscritto, a seguito della riunione del 9 novembre 2012 tale somma come credito nei confronti della GSA. L'importo si riferisce per 84,473 mln di euro al valore di ripristino del fondo di dotazione dell'azienda e per 11,809 mln di euro al giroconto del credito di Asrem verso gestioni liquidatorie. A seguito delle rilevazioni aziendali evidenziate la GSA contabilizza nel passivo un “debito vs azienda” e contestualmente rileva per lo stesso importo un “credito vs regione”.

**Tavolo e Comitato prendono atto della scrittura e confermano che il bilancio regionale deve restituire all'azienda un importo di 96,282 mln di euro.**

**Si chiedono, in ogni caso, maggiori chiarimenti in ordine alla reiscrizione del fondo di dotazione di ASREM e alla questione relativa al pagamento dei contributi Inps.**

- Disponibilità liquide per 8,822 mln di euro e deriva dalle somme giacenti sul c/c infruttifero presso la Banca d'Italia destinato al finanziamento della sanità;

## PASSIVO

### Analisi delle uscite

Le analisi patrimoniali relative alle uscite della GSA sono state svolte con l'obiettivo di riscontrare la corrispondenza tra pagamenti, di competenza e in c/residui, risultanti dalla contabilità regionale con i provvedimenti regionali di assegnazione e pagamento a favore dei fornitori e con i saldi delle partite debitorie aperte nei loro confronti. In particolare sono state effettuate le seguenti analisi:

- verifica provvedimenti di assegnazione e pagamento a favore di Asrem, al fine di definire la coerenza tra il complesso delle assegnazioni regionali rispetto alle somme previste dalle delibere CIPE/Intese;
- verifica provvedimenti di assegnazione, liquidazione e pagamento in favore di fornitori;
- verifica pagamenti fiscali a favore di Erario, al fine di analizzare l'utilizzo delle risorse finanziarie gestite direttamente dalla regione;
- verifica coerenza tra assegnazioni e capitoli di spesa da bilancio regionale;
- verifica della composizione dei saldi che costituiscono le voci di debito;
- ricostruzione dei pagamenti effettuati sul mutuo trentennale stipulato con il Mef nel 2007 per un importo pari a 97 mln di euro.

### **Fondo di dotazione**

Il fondo di dotazione della GSA è valorizzato per 97,760 mln di euro.

**Si chiedono chiarimenti sulla composizione del fondo di dotazione della GSA.**

### **Utili/perdite portate a nuovo**

La voce è valorizzata per 17,892 mln di euro. L'advisor precisa che l'importo si incrementa per 2,975 mln di euro per effetto del risultato positivo dell'esercizio 2011.

### **Fondo rischi e oneri**

La voce è valorizzata per 42,869 mln di euro. L'advisor specifica che gli accantonamenti effettuati negli esercizi nel 2012 per 5,419 mln di euro sono riferibili esclusivamente ad accantonamenti

operativi riclassificati alla sottovoce patrimoniale “altri fondi rischi” che è valorizzata per un totale di 12,370 mln di euro. La variazione intervenuta deriva dal decremento di 1,640 mln di euro per utilizzo dell'accantonamento 2011 per quota obiettivi di piano 2011 e per l'accantonamento di 7,059 mln di euro per la quota obiettivi di piano 2012 al netto della quota destinata all'attività di prevenzione che è inserita nei costi nei termini riportati nel modello CE.

Con riferimento alla voce “fondo rischi connessi all'acquisto di prestazioni da privato” la voce è valorizzata per 30,499 mln di euro che sono relativi a:

- accantonamenti per prestazioni erogate e fatturate extrabudget dai privati (anni 2007-2010) per 22,499 mln di euro;
- prestazioni extrabudget delle strutture a diretta gestione regionale per 8 mln di euro;
- integrazione prudenziale di accantonamenti pregressi per rischi da contenzioso passivo con Fondazione Giovanni Paolo II per 2,4 mln di euro.

**In proposito Tavolo e Comitato, anche alla luce della recente sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013, ricordano alla regione che le somme extrabudget non sono in alcun modo dovute alle strutture private che hanno un tetto di spesa definito dalla regione in base al fabbisogno. La produzione che eccede il fabbisogno e i tetti di spesa non deve essere remunerata.**

### **Debiti vs regione**

La voce è valorizzata per 82,914 mln di euro e si riferisce alle somme erogate dal bilancio regionale alla GSA a titolo di anticipazione. La voce si incrementa di 11,872 mln di euro rispetto al 2011 e si genera da pagamenti effettuati dal bilancio regionale per conto della GSA a valere sui residui dei capitoli di FSR al 31.12.2011.

**Tavolo e Comitato osservano che, trattandosi di anticipazione della quota ordinaria di finanziamento, la voce andrebbe opportunamente riclassificata nella voce “acconto quota FSR da regione o provincia autonoma.**

L'advisor precisa che in mancanza di un'analisi puntuale e di una completa verifica degli atti di impegno e pagamento nonché del riscontro da parte del servizio regionale competente, la rilevazione della posta in oggetto deriva dall'estrazione da sistema informatico regionale dei mandati di pagamento a valere sui capitoli di fondo sanitario ante 2011. A partire dal 2012 la gestione dei capitoli afferenti il FSR è di competenza esclusiva della GSA che effettua direttamente i pagamenti.

### **Debiti vs aziende sanitarie pubbliche**

La voce è valorizzata per 182,099 mln di euro e accoglie il debito della GSA nei confronti dell'Asrem per somme ancora da erogare a titolo di FSR e di finanziamenti vincolati. L'importo rilevato deriva da un'attività di riconciliazione svolta dalla GSA e dall'Asrem: le somme soggette ad elisione non hanno impatto sul consolidato .

La voce è costituita da 20,216 mln di euro di debiti vs aziende pubbliche per quota FSR; da 53,340 mln di euro di debiti vs aziende pubbliche per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA; da 12,261 mln di euro di debiti vs aziende pubbliche per altre prestazioni.

La voce debiti vs aziende pubbliche della regione per versamenti a PN è valorizzata per 96,868 mln di euro. (cfr la voce Crediti vs regione per copertura debiti al 31.12.2005).

### **Debiti vs fornitori**

La voce è pari a 72,736 mln di euro e ed costituita da somme che la GSA ha liquidato ma non ancora trasferito ai suoi fornitori. La voce si incrementa di 8,314 mln di euro rispetto al 2011.

Tali debiti si riferiscono per 61,224 mln di euro al residuo da pagare alle strutture Neuromed e Fondazione Giovanni Paolo II e per 11,512 alle somme da corrispondere a fornitori diversi (tra cui sempre Neuromed e Fondazione Giovanni Paolo II).



Con riferimento a Neuromed e Cattolica nella relazione dell'advisor si evidenzia che per gli anni 2006-2012 sono state liquidate e pagate somme per un importo superiore al budget.

	budget assegnato	ft riconoscibile	budget-fatturato	liquidato e pagato	residuo da pagare
Neuromed	195.311	221.193	- 25.882	193.561	27.631
Cattolica	195.311	272.613	- 77.302	239.020	33.593
Totale	390.622	493.806	- 103.184	432.581	61.224

Nel corso del 2012 si rilevano trasferimenti alla Fondazione Giovanni Paolo II per 26,428 mln di euro a fronte di un fatturato riconoscibile di 27,519 e trasferimenti a Neuromed per 28,155 mln di euro a fronte di un fatturato riconoscibile di 26,596.

**Sulla questione si rimanda anche alla parte relativa agli erogatori prati nel paragrafo B., in ogni caso si chiedono chiarimenti e si precisa che su tale punto Tavolo e Comitato avevano più volte espresso che la produzione fatturata oltre il budget non è riconoscibile.**

Con riferimento all'Arpa, invece, sono stati analizzati mandati di pagamento relativi ad erogazioni effettuate nel 2012 per un totale di 7,5 mln di euro.

Si precisa che il debito residuo vs altri fornitori è stato interamente estinto nel 2012 come emerso dall'analisi dei mandati di pagamento emessi nell'esercizio.

## **B.2 ASREM**

L'advisor rappresenta che il bilancio dell'azienda è stato reso disponibile il 5 luglio 2013 alle ore 14.40 e che è sprovvisto della relazione del Collegio sindacale.

Ciò, come già fatto presente, è riportato anche dal Commissario sul decreto 26/2013 laddove tra l'altro si riserva di approvare entro il 30 settembre 2013, previa acquisizione del referto del Collegio sindacale sulla conformità del bilancio di esercizio 2012 dell'Asrem alle risultanze dei libri contabili, il bilancio consolidato 2012 del SSR.

## **ATTIVO**

### **Immobilizzazioni**

La voce è pari a 141,545 mln di euro di cui:

- 1,150 mln di euro per immobilizzazioni immateriali. La voce è in incremento rispetto al 2011 di 0,183 mln di euro a causa dell'acquisto di licenze d'uso amministrative per 0,053 mln di euro, dell'acquisto di software e applicativi per 1,042 e dalla rilevazione della quota di ammortamento di 0,912 mln di euro.
- 140,395 di immobilizzazioni materiali. La voce è in diminuzione rispetto al 2011 di 0,677 mln di euro.

I cespiti riclassificati risultano movimentati come riportato in tabella:

	Valore iniziale	Incremento/ decremento	Ammortamento	Storno differenza ricalcolo amm.ti 2011-2011	dismissione	valore finale
Dettaglio						
A.II.1) Terreni	209	-3				206
A.II.2) Fabbricati	88.516	2.409	3.468		107	87.350
A.II.3) Impianti e macchinari	972	1.050	51			1.971
A.II.4) Attrezzature sanitarie e scientifiche	13.334	4.054	3.120	6.892		7.376
A.II.5) Mobili e arredi	1.367	257	254	191		1.179
A.II.6) Automezzi	85	25	23			87
A.II.7) Oggetti d'arte	-					-
A.II.8) Altre immobilizzazioni materiali	489	369	200	1		657
A.II.9) Immobilizzazioni materiali in corso e acconti	36.100	5.468				41.568
A.II.10) Fondo Svalutazione immobilizzazioni materiali	-					-
Totale	141.072	13.629	7.116	7.084	107	140.394

La differenza derivante dal ricalcolo degli ammortamenti dei cespiti per il periodo 2011-2011 secondo le aliquote contenute nell'allegato 3 del d.lgs. 118/2011 è stata rilevata contabilmente tra gli "utili(perdite) portati a nuovo" a incremento del fondo ammortamento dei cespiti interessati.

La dismissione effettuata nel 2012 riguarda la vendita per 0,107 mln di euro di un immobile classificato tra i fabbricati disponibili. Su tale immobile risulta realizzata una plusvalenza di 0,067 mln di euro riclassificata tra i proventi della gestione straordinaria. Non essendo disponibili informazioni relative alle fonti di finanziamento del cespite dismesso, la plusvalenza non è stata iscritta tra le riserve del PN.

### Rimanenze

La voce è valorizzata per 10,312 mln di euro in diminuzione di 3,682 mln di euro rispetto al 2011. La variazione è dovuta principalmente all'esito delle verifiche inventariali effettuate dall'advisor e dall'Asrem.

### Crediti vs regione

La voce è valorizzata per 189,639 ed è così composta:

- crediti vs regione per spesa corrente per 91,345 mln di euro il cui saldo è costituito da 11,809 mln di euro a valere sui crediti vs gestioni liquidatorie e 79,536 mln di euro relativi a contributi per spesa corrente indistinti e vincolati. Tale valore è stato riconciliato tra la GSA e il bilancio regionale per un valore di 71,996 mln di euro. Per effetto della predetta riconciliazione nel modello SP 999 si rileva una rettifica di consolidamento per 7,539 mln di euro su residuo fondo sanitario 2006 dovuta al riconoscimento di un minor debito della GSA (32 mln di euro) supportato dall'emissione di apposito mandato di pagamento per il quale l'azienda invece ha contabilizzato 39 mln di euro tra i crediti a titolo di residuo f.do 2006. Le componenti principali della voce per Asrem sono, infatti, costituite dal residuo fondo sanitario 2006 e 2008 e parte del fondo 2012 non trasferiti;
- crediti vs regione per versamenti a PN per 98,294 mln di euro. Il saldo è costituito da 13,821 mln di euro relativi a "crediti vs regione per finanziamenti per investimenti e finanziamenti vincolati" e da 84,473 mln di euro di "crediti vs regione per incremento fondo di dotazione".

### Altri crediti

- crediti vs Stato: la voce non è valorizzata tuttavia si segnala un incasso di 0,007 mln di euro per un progetto finanziato dall'Istituto superiore di Sanità;
- crediti vs regione per mobilità attiva da privato: la voce non è valorizzata tuttavia si segnala un incasso di 6 mln per prestazioni di specialistica ambulatoriale;

- crediti vs regione per ripiano perdite: tale voce non è valorizzata ma si segnala un incasso di 6,853 mln di euro per contributi assegnati dalla regione. **Si chiede a quali contributi si faccia riferimento;**
- crediti vs enti regionali: tale voce è valorizzata per 0, 015 mln di euro si riferisce a fattispecie pregresse relativi al personale dipendente;
- crediti vs altri: tale voce è valorizzata per 5,883 mln di euro;
- crediti vs clienti privati: tale voce è valorizzata per 3,884 mln di euro risulta costituita da proventi derivanti da prestazioni erogate a favore di strutture private in particolare Neuromed e Fondazione Giovanni Paolo II. **Si chiede a quali prestazioni si fa riferimento, se per esempio a note di credito**

### **Disponibilità liquide**

La voce è valorizzata per 1,770 mln di euro quasi interamente attribuibili al conto corrente postale.

### **Patrimonio netto**

La voce presenta un saldo negativo di 161,110 mln di euro. La variazione principale del patrimonio rispetto al 2011 è costituita dalla ricostituzione do Fondo di dotazione al valore originario rilevato nel 2006, anno di costituzione dell'Asrem, per un totale di 49,566 mln di euro. Al riguardo si rinvia a quanto detto sopra e nei precedenti verbali in merito al fondo di dotazione ASREM.

La voce finanziamenti da Stato per investimenti è valorizzata per 103,716 mln di euro. Il saldo è composto da 99,111 mln di euro quali finanziamenti da Stato per investimenti e da 4,605 mln di euro quali finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in c/esercizio che accoglie lo storno della quota di contributi in c/esercizio utilizzati per l'acquisito di cespiti per 5,756 mln di euro decrementata della quota di sterilizzazione pari al 20% .

Tali due componenti, però, non sono valorizzate sul modello SP dell'Asrem.

E' stata rilevata la donazione di un immobile sito a Roma per 0,546 mln di euro e sterilizzato per 0,016 mln di euro.

I contributi per ripiano perdite, pari nel 2011 a 88,225 mln di euro incrementati di 6,853 mln di euro nel corso del 2012, sono stati stornati ad incremento della voce perdite pregresse pari a 261,550 mln di euro. Il saldo della voce risulta, quindi, composto da:

- 41,939 mln di euro relativi alla perdita 2011;
- storno dei contributi per ripiani perdite per 95,0789 mln di euro;
- rilevazione delle perdite pregresse di 7,084 mln di euro derivanti dalla differenza del valore degli ammortamenti relativi ai cespiti acquisiti nel periodo 2001-2011 ricalcolate alla luce delle aliquote e dell'allegato n. 3 del d. lgs. 118/2011 per alimentare in contropartita il valore dei cespiti a cui si riferiscono.

### **Fondi rischi e oneri**

La voce è valorizzata per un importo di 7,360 mln di euro così composta:

- fondi rischi per 2,430 mln di euro costituiti dall'accantonamento di pari importo derivante dal rischio connesso al ricalcolo Irap;
- fondi rinnovi contrattuali per 3,765 mln di euro;
- altri fondi per 1,165 mln di euro;

Si segnala che non risulta presente alcuna documentazione circa la valutazione dell'Ufficio legale o del Collegio sindacale attestante la congruità della consistenza dei fondi rischi e degli accantonamenti operati rispetto al grado di rischio aziendale. **Al riguardo Tavolo e Comitato restano in attesa delle determinazioni del Collegio sindacale anche sulla base delle valutazioni dell'ufficio legale**

**aziendali e delle conseguenti valutazioni regionali secondo quanto previsto in merito dal d.lgs. 118/2011.)**

### **Debiti**

La voce è valorizzata per un importo di 499,165 mln di euro così composto:

- debiti per mutui passivi per 0,680 mln di euro. Il debito riguarda un mutuo per lavori di ristrutturazione e adeguamento del PO di Termoli dal 2006.
- Debiti vs comuni per 0,174 mln di euro;
- Debiti vs aziende sanitarie pubbliche per 0,418 mln di euro relativo ad acquisti di prestazioni sanitarie non soggette a compensazione da aziende sanitarie di altre regioni;
- Debiti vs enti regionali per 0,061 mln di euro;
- Debiti vs fornitori per 386,024 mln di euro di cui 68 mln di euro verso erogatori privati. Si segnala che il saldo della voce è attribuito ai singoli partitari fornitori ad eccezione dell'importo di 6,644 mln di euro che rappresenta l'1,7% del totale;
- Debiti vs istituto tesoriere per 1,063 mln di euro relativo all'anticipazione di cassa rilevata a fine esercizio;
- Debiti tributari per 5,924 mln di euro.
- Debiti vs istituti previdenziali per 70,057 mln di euro in aumento di 34,777 mln di euro rispetto al 2011: **Tavolo e Comitato chiedono chiarimenti in merito all'entità di tale debito;**
- Debiti vs dipendenti per un importo di 23,153 mln di euro;
- Altri debiti diversi per un importo di 11,611 mln di euro. Tale voce riporta un giroconto di 10,247 mln di euro come sistemazione situazione debitoria di un debito vs agenzia delle entrate che è stato stornato dalla voce debiti vs fornitori.

**Tavolo e Comitato rilevano che il bilancio regionale, al 31.1.2.2012, deve, a valere su risorse già incassate dallo Stato o preordinate per la copertura da parte del bilancio regionale e non trasferite al SSR, 336,646 (320+16) mln di euro, rideterminate alla luce delle anticipazioni effettuate per 82,914 mln di euro, in 253,732 mln di euro.**

**Chiedono alla gestione commissariale di assicurare il trasferimento delle predette risorse ed evidenziano che i tempi di pagamento dei fornitori sono superiori agli 800/1000 giorni.**

**Ricordano ancora una volta quanto previsto in materia di trasferimento delle risorse del SSR dal decreto legge 35/2013.**

### **C. ATTUAZIONE ARTICOLO 3 DEL DL 35/2013**

**In merito al DL 35/2013 Tavolo e Comitato evidenziano il ritardo con cui la struttura commissariale sta dando attuazione a tale disposizione legislativa e prendono atto in ogni caso dell'impegno commissariale ad inviare la specifica documentazione richiesta al fine di convocare apposita riunione.**

### **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 -40 mln di euro a fronte di un valore programmato riportato nel Programma operativo per il 2013 di -22 mln di euro. La stima a chiudere dell'advisor risulta superiore al disavanzo tendenziale 2013 inglobato nel programma operativo 2013-2015, pari a -34,264 mln di euro



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 22,432 al netto di 2 mln di euro preordinati per il rimborso della rata del mutuo di cui al Piano di rientro.

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

**Pertanto anche per l'anno 2013 si prefigura il manifestarsi di un disavanzo non coperto di 18 mln di euro a cui deve aggiungersi tutta la situazione di disavanzo pregresso non coperto.**

**Tavolo e Comitato evidenziano la gravità della situazione del Molise a distanza di sette anni dalla sottoscrizione del Piano di rientro.**

## E. VERIFICA DEL PIANO DI RIENTRO/PROGRAMMA OPERATIVO

Sarà condotta la verifica di attuazione del Piano di rientro e esaminati gli ulteriori provvedimenti commissariali trasmessi entro il 5 luglio 2013.

### 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 Molise												
Livelli di assistenza	2009*		2010*		2011*		2012*		**Atto progr.		Valori di rif.	Fonte
Assistenza Ospedaliera	Valore	Tasso	Valore	Tasso	Valore	Tasso	Valore	Tasso	Valore	Tasso		
<b>Valore annuale</b>												
<i>Totale dimissioni</i>	66.183	(197,6)	67.667	(200,6)	68.594	(201,0)	59.033	(179,0)			160 *1.000 ab.	L. n. 135 del 7 agosto 2012
<i>N. di dimissioni in DO</i>	46.013	(136,0)	47.295	(138,7)	46.435	(135,0)	40.110	(120,2)				
<i>N. di dimissioni in DH</i>	20.170	(61,6)	20.372	(61,9)	22.159	(66,1)	18.923	(58,8)				
<i>Incidenza dimissioni in DH sul totale dimessi</i>	30%		30%		32%		32%				25%	
<b>POSTI LETTO***</b>												
<i>Totale n. PL</i>	1.703	(5,30)	1.477	(4,62)	1.386	(4,43)	1.422	(4,54)	1.366	(4,27)	3,7 *1.000 ab.	L. n. 135 del 7 agosto 2012
<i>N. PL acuti</i>	1.377	(4,30)	1.201	(3,76)	1.115	(3,56)	1.130	(3,61)	884	(2,76)	3,0 *1.000 ab.	
<i>N. PL post acuzie</i>	326	(1,00)	276	(0,86)	271	(0,87)	292	(0,93)	482	(1,51)	0,7 *1.000 ab.	
<b>INAPPROPRIATEZZA</b>												
<i>Tasso ospedalizzazione 108 DRG (Patto per la salute 2010-2012)</i>		44,36		40,49		30,29		30,05			≤ 23	Griglia LEA
<i>T.O. over 75 anni per 1.000 ab. Anziani</i>	15.979	(429,5)	17.256	(452,5)	16.385	(422,5)	17.082	(443,5)			392,90 (anno 2011)	V.N. Rapp. SDO
<i>Degenza media pre-operatoria</i>		2,54		2,42		2,36		2,42			1,85	
<b>Assistenza Territoriale</b>												
<b>Assistenza domiciliare</b>												
<i>% anziani assistiti in ADI</i>	2,44		3,30		3,51		3,91				≥ 4%	
<b>Assistenza residenziale e semiresidenziale</b>												
<i>N. PL in RSA (N. PL in RSA per 1.000 ab. Anziani)</i>	0	(0,0)	16	(0,2)	20	(0,3)	40	(0,6)			≥ 10	Griglia LEA
<i>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.)</i>	363	(1,1)	397	(1,2)	393	(1,2)	388	(1,2)			≥ 0,6	
<i>N. Posti letto Hospice (sul totale deceduti per tumore per 100)</i>	-	-	10	(1,2)	10	(1,2)	16	(1,8)			≥ 1	
<i>N. PL residenziali per pazienti di Salute Mentale (N. PL residenziali per pazienti di Salute Mentale per 10.000 ab.)</i>	60	(1,9)	60	(1,9)	60	(1,9)	148	(4,7)			3,6	Mon. Sistema Valore mediano Italia
<b>Prevenzione</b>												
<b>Screening oncologici</b>												
<i>quota di residenti che hanno effettuato test di screening oncologici (tumori mammella, cervice uterina, colon retto) in programmi organizzati (punteggio griglia Lea)</i>	9		5		7						Scostamenti ≥ 9 Normale 7-8 Minimo 5-6 Rilevante ma in miglioramento 0-4 Non accettabile	Griglia LEA
<b>Griglia LEA</b>												
<i>Punto e) Erogazione dei LEA</i>	136		126		142						≥ 160 Adempiente	Griglia LEA

Banca dati nazionale del Ministero della Salute (SIS)

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

\*\*Bozza Programmi Operativi 2013-2015

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

Dalla lettura del prospetto si evince un consistente decremento dell'ospedalizzazione totale nel 2012, il cui tasso standardizzato si mantiene, tuttavia, al di sopra del valore di riferimento riportato dall'articolo 15, comma 13, lettera c) del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012 n. 135. Si osserva un lieve decremento del ricorso a ricoveri ad alto rischio di inappropriata se erogati in modalità ordinaria, a partire dal 2009, che presenta, tuttavia, ulteriori ampi margini di diminuzione. Il tasso di ospedalizzazione della popolazione ultra-settantacinquenne si mantiene più elevato del valore medio nazionale, senza mostrare segnali di riduzione. Analogo andamento è rilevabile nel 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, che si mantiene, nel 2012, al di sopra del valore medio nazionale. La dotazione totale di posti letto, in diminuzione a partire dal 2009 e pari a 4,5 posti letto per 1000 residenti al 1° gennaio 2013, risulta superiore al valore di riferimento (3,7) riportato dal precitato articolo 15, comma 13, lettera c) del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135. Tale eccesso riguarda sia il numero di posti letto per acuti, che quello destinato all'assistenza post-acuzie, entrambi superiori agli standard previsti. Per quanto riguarda la situazione relativa all'erogazione di assistenza territoriale, l'ultimo aggiornamento disponibile degli indicatori evidenzia una quota di anziani assistiti a domicilio in linea con l'atteso, come da valore definito adeguato dal Comitato Lea ed in regolare aumento dal 2009. Gli indicatori evidenziano, infine, una dotazione inadeguata di posti letto presso strutture residenziali destinate alla popolazione anziana non autosufficiente. Si apprezzano le attività dedicate alla prevenzione, in particolare gli screening oncologici.

#### **Leggi in contrasto con il PdR (Programma 1)**

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 17 aprile 2013 avevano rilevato oltre alla pendenza dei giudizi di illegittimità costituzionale in ordine alle L.R. n. 2/2012 e n. 16/2012 che anche la L. R. n. 4 del 17.01.2013 risultava impugnata.

***Tutti i giudizi di legittimità costituzionali risultano attualmente pendenti.***

Nel P.O. 2013-2015 non vi è alcun riferimento alla gestione degli eventuali provvedimenti in contrasto con il PO.
---

#### **Atto aziendale**

Tavolo e Comitato, nella riunione del 17 aprile 2013 prendevano atto della trasmissione da parte della Struttura Commissariale del DCA n. 7 del 20 marzo 2013 (prot. 91/2013) di approvazione definitiva della direttiva per la redazione dell'Atto Aziendale dell'Asrem e restavano in attesa di ricevere l'atto aziendale dell'Asrem.

Con prot. 114/P del 30/04/2013, i Ministeri affiancanti hanno espresso parere favorevole su tale provvedimento.

***Tavolo e Comitato restano ancora in attesa di ricevere l'Atto Aziendale dell'Asrem.***

#### **Piano Sanitario Regionale 2013-2015**

Nel corso della scorsa riunione di verifica del 17 Aprile 2013, Tavolo e Comitato avevano dato atto della ricezione da parte della Struttura commissariale del DCA n. 8/2013 (prot. 99\_13) avente ad oggetto: "Approvazione del Quadro strategico dei programmi operativi per il triennio 2013-2015 per la prosecuzione del Piano di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario regionale- Piano Sanitario regionale 2013-2015".

Si rammenta che in data 29 novembre 2012 era pervenuto il Progetto di Piano Sanitario Regionale (prot. 279\_12) valutato positivamente dai Ministeri, con l'invito a tenere in considerazione alcuni

specifici suggerimenti, esposti nel dettagliato parere (prot. 41\_2013), ed attinenti, in particolare, alle reti dell'emergenza, del territorio e dell'assistenza ospedaliera.

Si rammenta, altresì, che la soluzione alle problematiche evidenziate nel Progetto di PSR veniva per lo più dilatata nell'arco del triennio, senza fornire una maggiore articolazione degli interventi sul piano cronologico.

Il Piano Sanitario Regionale ha recepito in larga misura i suggerimenti formulati dai Ministeri affiancanti, tuttavia nel parere reso sono stati evidenziati alcuni aspetti che devono essere introdotti nel Programma Operativo.

Si evidenzia, in particolare che :

- risultano poco chiari i meccanismi di attribuzione dei posti letto alle strutture pubbliche e ancor più a quelle private inficiata da inadeguata metodologia di determinazione del fabbisogno;
- occorre procedere tempestivamente a regolamentare il fenomeno della mobilità sanitaria attraverso gli Accordi di confine soprattutto per quanto attiene le strutture Neuromed e la Fondazione Giovanni Paolo II;
- non risulta chiarita la rivisitazione dell'accREDITAMENTO dei posti letto della Fondazione Giovanni Paolo II;
- si completi coerentemente con la programmazione regionale la procedura per la conferma del riconoscimento del carattere scientifico quale IRCCS della struttura Neuromed;
- non risulta appropriato, in quanto a rischio di inutile duplicazione di costi, l'utilizzo dei propri sistemi informativi per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per il monitoraggio delle prestazioni di assistenza farmaceutica e non quanto già reso disponibile con Tessera Sanitaria.

***Tavolo e Comitato chiedono che le osservazioni rese sul Piano Sanitario regionale con parere 167-P del 2013 siano recepite nel PO 2013-2015.***

### **Livelli aggiuntivi**

Nella riunione del 17 aprile 2013 Tavolo e Comitato avevano espresso un giudizio sostanzialmente negativo, in ordine al DCA n. 54 del 10.12.12, con il quale era stato disposto di non erogare le prestazioni incluse nell'allegato 2 A al D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"

Il provvedimento non teneva in considerazione il fatto che il D.P.C.M. 28 novembre 2003 ha modificato l'allegato 2 A al citato D.P.C.M. 29 novembre 2001 ed inoltre non riportava, tra le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale, di cui alla lett. f) del citato allegato 2 A al D.P.C.M., totalmente escluse dai Lea, la "pressoterapia o presso - depressoterapia intermittente" e la "elettroterapia antalgica", che risulterebbero pertanto ancora erogabili nella Regione Molise.

La struttura commissariale ha successivamente trasmesso il DCA n. 18/13 del 27.06.2013 (prot. 153\_13 del 27.06.2013) "DCA n. 54 del 10/12/2012 "Tavolo adempimenti e Comitato permanente per la verifica dei LEA. Patto per la salute 2010-2012. Livelli ulteriori di assistenza".

Il provvedimento è in istruttoria, in via preliminare, si evidenzia che la Regione con il DCA n. 18/13 apporta alcune modifiche al decreto commissariale n. 54 del 10 dicembre 2012 con il quale era stato stabilito di non erogare, dal 1 gennaio 2013, le prestazioni totalmente escluse dai Lea di cui all'allegato 2A del D.P.C.M. 29.11.2001. Inoltre, considerando che il precedente decreto non aveva tenuto conto di quanto disposto dal successivo D.P.C.M 28 novembre 2003 e non aveva incluso, tra le

prestazioni totalmente escluse, alcune prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, la struttura commissariale:

- ribadisce quali siano le prestazioni totalmente escluse dai Lea, non erogabili dal 1 gennaio 2013, di cui all'allegato 2A del d.p.c.m. 29 novembre 2001 come modificato dal d.p.c.m. 28 novembre 2003;
- stabilisce che la A.S.Re.M, nell'ambito delle proprie attività di controllo e al fine di contenere i costi nei limiti programmati, ponga la massima attenzione all'appropriatezza delle prescrizioni da parte dei medici prescrittori interni e/o convenzionati

***Il decreto in oggetto di fatto ammette l'erogazione di prestazioni extra lea per il periodo antecedente al 2013. Si ricorda che la regione è sottoposta dal 2007 al Piano di rientro e in quanto tale non può erogare prestazioni extra lea. In via ulteriore si precisa che con riferimento alla verifica adempimenti l,a regione ha sempre dichiarato di non erogare extra lea.***

***Si chiedono chiarimenti sottolineando la non correttezza del comportamento regionale.***

### **Contenzioso**

Tavolo e Comitato nel corso della riunione di verifica del 17 Aprile 2013:

- avevano constatato il permanere dell'alto livello di contenzioso espresso in particolare dalle principali strutture private accreditate a diretta gestione regionale;
- avevano rilevato che non erano scontate le economie di spesa derivanti dall'espletamento delle attività di controllo tecnico-sanitario ancora in corso di svolgimento;
- avevano rilevato, a distanza di anni, la permanente mancanza di informazione sugli esiti dei suddetti controlli ispettivi.

In merito è pervenuta la seguente documentazione:

- DCA n. 12 del 06.06.2013 (prot. 142\_A del 19.06.2013) ad oggetto: "Sentenza TAR Molise n. 118/2013: ottemperanza" (farmaci biosimilari);
- Nota (prot. 144\_A del 27.06.2013) di aggiornamento sullo stato del contenzioso.

Nella nota viene portata a conoscenza dei Ministeri affiancanti una recente "azione esecutiva" (D.I. n. 286/2013) intrapresa da Neuromed per l'importo di **euro 5.496.992,55**, oltre interessi e spese, "per prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale relative all'anno 2008".

Si rammenta che Neuromed aveva sottoscritto in data 6.10.2008 un **accordo contrattuale per l'anno 2008** (prot. 303-A/2008) per lo svolgimento di prestazioni sanitarie, con oneri a carico del SSR, per un budget determinato (e "contrattualizzato") pari ad **euro 23.777.801,00**.

***Tavolo e Comitato chiedono chiarimenti e informazioni circostanziate sia sull'azione difensiva intrapresa dalla regione, sia sugli esiti delle azioni di controllo tecnico-amministrativo (con eventuale conseguente recupero di somme indebite) delle prestazioni a carico del SSR effettuate dalla struttura privata accreditata, tenuto conto delle condizioni contrattuali previste nell'accordo stipulato nell'anno 2008 (ed in vigore per gli anni 2008-2009).***

- Nota (prot. 145\_A del 27.06.2013) con cui, con riferimento alla materia farmaceutica e rispetto alla ricognizione dei ricorsi in essere alla data del 10 ottobre, è stata segnalata la favorevole sentenza del TAR Molise che ha dichiarato improcedibile il ricorso (ed i motivi aggiunti) di Neuromed avverso delibere di giunta regionale dell'anno 2008-2009 con cui è stata disciplinata l'erogazione di farmaci utilizzati nel trattamento della sclerosi multipla.



- Nota (prot. 147\_A del 27.06.2013), di aggiornamento sul contenzioso in materia sanitaria.

**Tavolo e Comitato richiamano la favorevole sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013, resa il 7 maggio 2013, con cui è stato accolto l'appello promosso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, dai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, dal Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di Rientro disavanzi del SSR molisano.**

**Il Consiglio di Stato ha riformato la sentenza del TAR Molise n. 448/2010 che aveva accolto il ricorso della Università Cattolica del Sacro Cuore avverso decreti commissariali, sollecitati dai Ministeri affiancanti, di ritiro di disposizioni regionali (la DGR n. 638/2008 e l'Accordo fra il Presidente della Regione e l'Università Cattolica) che prevedevano, fra l'altro, il riconoscimento economico di oneri *extra* tariffari per le prestazioni sanitarie rese dalla struttura privata accreditata "Centro Giovanni Paolo II" di Campobasso, gestita dalla Università ricorrente.**

**Il Consiglio di Stato ha accolto *in toto* le contestazioni e le argomentazioni formulate dalle Amministrazioni appellanti in quella controversia.**

**Si rammenta al riguardo che con nota prot. 132-P del 3 giugno 2013 i Ministeri affiancanti, alla luce della suddetta sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013, hanno reiterato "la richiesta di costantemente monitorare e relazionare i Ministeri affiancati su tutti quei provvedimenti regionali (amministrativi, normativi e legislativi) e su tutti quegli atti (quali ad esempio intese, contratti ecc..) che possano risultare o d'ostacolo alla piena realizzazione dei Piani di Rientro, o illegittimi, o inopportuni".**

**A seguito di tale attività di ricognizione dovranno essere poi promossi, da parte delle gestioni commissariali o degli organi regionali ordinari, interventi finalizzati a rimuovere gli atti/provvedimenti non funzionali al raggiungimento degli obiettivi del Piano di Rientro.**

La gestione commissariale non ha provveduto ad inviare la richiesta ricognizione.

### **Istituto Neuromed**

#### **Procedura di conferma del riconoscimento di IRCSS**

Nella riunione del 17 aprile 2013 Tavolo e Comitato avevano dichiarato che non risultava conclusa la procedura di conferma del riconoscimento di IRCSS sebbene la gestione commissariale avesse confermato la coerenza del suddetto carattere scientifico con la programmazione sanitaria regionale (per un totale di 156 pp.ll. riferiti alle discipline specialistiche, come accreditati secondo quanto previsto dai decreti di riorganizzazione delle reti assistenziali). Si era ribadito inoltre che nella riunione del 9 novembre 2012, era già stato fatto presente che la riorganizzazione avrebbe potuto essere rivalutata a seguito dell'emanazione del PSR e delle disposizioni vigenti.

Nella valutazione del PSR (prot.167\_P del 05.07.2013), con particolare riferimento all'IRCCS Neuromed, i Ministeri hanno chiesto di chiarire la problematica relativa alla conferma di riconoscimento ad IRCSS e i relativi posti letto di Neuromed.

### **Fondazione Giovanni Paolo II**

Per la Fondazione di Ricerca e Cura "Giovanni Paolo II" è prevista la rimodulazione dell'accREDITAMENTO (pag. 121 del nuovo PSR).

#### **Si resta in attesa dei chiarimenti richiesti.**

Con riferimento alla richiesta ricognizione dei rapporti contrattuali intercorrenti tra Asrem e operatori sanitari privati, la struttura commissariale precisava in occasione della scorsa riunione, che è emerso che, nel corso del 2012, Asrem ha eseguito prestazioni richieste dalla Fondazione Giovanni Paolo II. La struttura commissariale chiedeva all'azienda di conoscere se tali prestazioni fossero state remunerate dalla Fondazione, se fosse stata sottoscritta una convenzione tra le cui clausole si prevede

uno sconto del 50% delle tariffe assolutamente unilaterale che la struttura commissariale definisce inopportuna e dannosa economicamente per il SSR che, invece, paga senza sconti la Fondazione. Risulta, inoltre l'invio da parte di Asrem di suoi medici ad eseguire delle prestazioni presso Neuromed tramite una deliberazione aziendale dichiarata dalla struttura commissariale illegittima e che si chiedeva di revocare. La struttura commissariale chiedeva, infine, all'azienda di rendicontare su tutte le ulteriori convezioni in essere con strutture private.

**Tavolo e Comitato chiedono aggiornamenti in merito.**

## **ADOZIONE DEI PROGRAMMI OPERATIVI 2013-2015**

Nelle riunioni del 17 aprile 2013 Tavolo e Comitato nel rilevare il ritardo nella trasmissione dei Programmi operativi 2013/2015 prevista per il 31.12.2012 avevano prorogato il termine ultimo per la consegna al 10 maggio 2013 ribadendo che la redazione di tale atto programmatico è compito prioritario del nuovo Commissario ad acta ai sensi della delibera del CDM del 21 marzo 2013.

Al riguardo il Commissario *ad acta* di Laura Frattura, ha trasmesso una nota (prot. 118\_A del 08.05.2013) con la quale ha chiesto una proroga al 10 giugno per la trasmissione del P.O. 2013-2015, al fine di consentire alla nuova gestione commissariale, di poter acquisire tutte le informazioni ed i dati necessari.

I Ministeri Affiancanti con prot. 128\_P del 21 maggio 2013, in risposta alla richiesta di proroga, ribadivano l'urgenza della predisposizione del documento principale della programmazione essendo ormai già trascorsa la prima metà dell'anno e invitavano la Struttura Commissariale ad inviare il P.O. 2013-2015 nel più breve tempo possibile rammentando quanto già evidenziato in sede di riunione di verifica tenutasi il 17 aprile 2013.

Nonostante tale nota di sollecito il Commissario ha inviato il Programma operativo 2013-2015 in data 10/06/2013 con la nota prot. 138\_A, , firmato dal solo Commissario ad Acta di Laura Frattura. Il provvedimento non è stato valutato in quanto privo della sottoscrizione del Sub Commissario.

Quindi, il Programma operativo è stato rinviato in data 3 luglio 2013 (prot. 163\_A) con la sottoscrizione dell'intera struttura commissariale a seguito della nota dei Ministeri affiancanti con cui veniva chiarito che i documenti trasmessi dalla regione devono essere condivisi e sottoscritti sempre dall'intera struttura commissariale pena la loro validità ai fini dell'istruttoria ministeriale. **Tavolo e Comitato, a questo proposito, ricordano che la struttura commissariale della Regione Molise è attualmente composta dal Commissario e dal Sub commissario dott. Rosato e che tutti i documenti relativi all'attuazione del Piano di rientro devono essere predisposti, condivisi e sottoscritti da entrambi. In caso contrario i predetti documenti non saranno ritenuti validi.**

Nel merito come sopra ribadito il Programma Operativo verrà valutato tenendo in considerazione quanto evidenziato nel parere reso in merito al PSR 2013-2015.

*Il provvedimento è tuttora in istruttoria, in ogni caso in via preliminare si osserva che nella redazione dell'atto programmatico sono state solo parzialmente recepite le indicazioni dei Ministeri, di cui alle "Linee di indirizzo alla predisposizione dei Programmi Operativi 2013-2015". Il dettaglio dei contenuti dei singoli programmi è nella maggior parte dei casi corredato da un'analisi di contesto che descrive sia lo scenario attuale che le azioni intraprese nel triennio 2010-2012. Si apprezza la schematizzazione tabellare inerente gli indicatori afferenti ad ogni azione, tuttavia è necessario che il documento sia strutturato prevedendo che, per ciascuno degli interventi/azioni che si intende realizzare venga riportato, l'impatto economico ed il cronoprogramma senza i quali il PO appare privo del suo significato.*

*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 alle linee d'indirizzo per la redazione del PO 2013-2015 anche al fine di programmare specifiche riunioni di affiancamento. La nuova versione del programma operativo deve essere trasmessa entro il 10 settembre 2013.*

## ANALISI TENDENZIALI

*In relazione a quanto emerso sul conto consuntivo 2012, di cui al paragrafo A, che ha visto un notevole peggioramento del risultato di gestione e una notevole presenza di riclassificazioni tra componenti di costo, è necessario che la costruzione del tendenziale e del programmato abbia a riferimento il dato di consuntivo 2012 in luogo del dato di IV trimestre che risulta essere abbondantemente sottostimato e che presenta errori di classificazione.*

*I prospetti tendenziali sono costruiti sulla base di specifiche aggregazioni regionali che non seguono il modello predisposto dai Ministeri affiancanti. Mancano i modelli estesi CE, SP ed LA. Pertanto sulle diverse voci (per esempio l'accantonamento per contributi vincolati non utilizzati) non è possibile fare approfondimenti e valutazioni).*

*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 il riporto a nuove di fondi vincolati di anni precedenti e gli accantonamenti per risorse vincolate dell'esercizio in corso non impiegate nell'esercizio di riferimento.*

### RICAVI:

*La quantificazione del FSN indistinto a livello nazionale è stata effettuata a partire dal dato 2012 applicando un tasso di crescita di 1% nel 2013 e nel 2014 e dello 0.5% nel 2015. Tali tassi di crescita sono definiti nel PO come "prudenziali" (pagina 36). Su tali valori sono stati poi applicate le riduzioni del FSN derivanti dalla normativa vigente.*

*Tale modalità di stima non è assentibile in quanto i livelli del FSN sono già definiti dalla normativa vigente. La quota spettante al Molise dovrebbe essere stimata (nelle more della predisposizione del riparto 2013) sulla base dell'applicazione della quota di accesso 2012 ai valori del FSN definiti a livello nazionale sulla base della legislazione vigente.*

*Si evidenzia, che le valutazioni riportate scontano anche la riduzione del FSN ex DL 95/2012 connesso alla introduzione dei nuovi ticket. Si fa presente che tale provvedimento, è stato dichiarato costituzionalmente illegittimo. Pertanto, il livello effettivo del FSN dovrebbe essere integrato in misura pari alla mancata manovra.*

*In via ulteriore si fa presente che l'importo associato a tale ticket non risulta correttamente stimato.*

*Le risorse per Obiettivi di Piano e vincolate sono poste pari al livello dell'anno 2012. Al riguardo si deve operare con il valore riportato nel consuntivo 2012 in quanto quello relativo al IV trimestre non era corretto.*

*Il saldo di mobilità è posto pari al livello del 2012 ma non risulta coerente con il riparto come da ultimo modificato in data 20 giugno 2013 .*

*La regione dichiara di aver fatto correzioni non meglio specificate per tenere conto di errori di imputazioni pregressi. Anche in questo caso si segnala la difficoltà di valutazione connessa all'impiego di aggregazioni specifiche adottate dalla regione.*

*Payback: non si fa menzione circa la valorizzazione delle entrate da payback derivanti dalla ridefinizione dei tetti per la farmaceutica ospedaliera, ai sensi del DL 95/2012.*

*In merito alla rettifica dei contributi in c/esercizio per destinazione ad investimento, come già*



*richiamato, è necessario utilizzare il dato di consuntivo 2012.*

COSTI ferma restando la valutazione che deve partire dai dati di consuntivo 2012 si fa presente quanto segue:

Personale: *si evidenzia che non risulta valorizzato il costo relativo alla IVC per l'anno 2015, pari a 0.5077% (tasso di riferimento per il primo anno), quantificabile in circa 1 mln di euro.*

Prodotti farmaceutici: *l'aggregato viene fatto crescere ad un tasso del 2%. Tale ipotesi di crescita non è coerente con la dinamica osservata dalla voce (tasso di crescita medio annuo 2008/2011 pari al 9%): La variazione 2012/2011 è pari a circa il 10%.*

Beni e servizi: *l'aggregato è fatto crescere a un tasso del 2% (indice dei prezzi al consumo 2012) che risulta più che coerente con il tasso medio di crescita della voce (al netto dei prodotti farmaceutici) nel periodo 2008-2012 (pari allo 0.2%). La manovra di riduzione dell'aggregato prevista dal DL 95/2012 (-5% del valore consuntivato nel 2011, -10% a decorrere dal 2014) non è interamente scontata nel tendenziale: per l'anno 2013 la riduzione è pari a 2.5% mentre negli anni successivi il livello di spesa è posto pari al valore dell'anno 2013. Al riguardo si chiedono chiarimenti.*

Medicina di base: *la voce non viene affrontata nel PO. Dall'analisi dei dati riportati nelle tabelle si rileva come la voce viene fatta crescere ad un tasso pari al 2%. Tale previsione di crescita non è coerente con le disposizioni normative vigenti che prevedono il congelamento dei livelli retributivi del personale convenzionato sino al 2014, in linea con quanto previsto per il personale dipendente.*

ospedaliera e 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.*

altre prestazioni da privato, la voce viene fatta crescere ad un tasso pari al 2%. *Tale ipotesi di crescita non è coerente con la dinamica osservata dalla voce (tasso di crescita medio annuo 2008/2011 pari a circa l'8%).*

Accantonamenti: *il PO non evidenzia alcuna specifica circa gli accantonamenti. Al riguardo occorre evidenziare che con riferimento all'anno 2015 dovrebbero essere accantonate anche le risorse per IVC del personale convenzionato per l'anno 2015, nella misura dello 0.50077% del costo, in linea con quanto previsto dalla normativa. Inoltre, in assenza dello strumento giuridico che consenta di pagare l'IVC per gli anni pregressi, dovrà continuare a prevedersi l'accantonamento nella misura pari allo 0.75%, in linea con quanto fatto per l'anno 2012.*

Ammortamenti e costi capitalizzati: *Il PO riporta il solo saldo e non fornisce alcuna indicazione circa i criteri alla base della valorizzazione della voce "ammortamenti, con particolare riferimento alle aliquote adottate.*

### **Manovra Personale:**

i risparmi sono ascrivibili a due interventi: il turnover e l'applicazione dell'istituto della risoluzione consensuale.

Con riferimento al turnover, si evidenzia come le stime dei risparmi sono state fatte tenendo conto non solo del tasso medio di cessazione del triennio precedente ma inglobando anche una stima (basata su una rilevazione fra il personale) delle cessazioni future, attraverso l'acquisizione delle istanze di disponibilità alla cessazione da parte dei dipendenti.

L'inclusione di tale valutazione (relativamente alla quale non viene fornito il peso rispetto alle cessazioni complessivamente stimate) introduce un elemento aleatorio nelle valutazioni del risparmio da turnover, segnalato peraltro nel medesimo PO: "Si evidenzia, infine, che, in considerazione del fatto che la stima è stata effettuata sulla base di istanze alla cessazione dal servizio da parte del personale dipendente, in qualche misura queste stesse potrebbero essere revocate" (pagina 105).



Unitamente a ciò, le stime dei risparmi non sembrano scontare le economie derivanti dalla rideterminazione obbligatori a dei fondi per la contrattazione integrativa, come previsto dalla normativa vigente.

Con riferimento agli effetti della risoluzione consensuale, tale manovra vale circa la metà dei risparmi attesi negli anni 2013 e 2014. Non vengono forniti elementi circa le modalità di stima dei risparmi ipotizzati.

Nel complesso, i risparmi ipotizzati sull'aggregato non appaiono sufficientemente dimostrati.

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

### **1.1 Governance del PO (Programma 1)**

Nel PO 2013-2015, in riferimento all'area "Governance del PO", si prevedono azioni di potenziamento dell'attività di monitoraggio dello stesso, attraverso la costituzione del Nucleo di Coordinamento e Controllo dei Programmi Operativi.

Sono indicate inoltre azioni volte al miglioramento della governance dei rapporti con gli organi istituzionali della regione con riferimento alla coerenza degli atti da questi assunti con gli obiettivi del Programma Operativo o rimozione di provvedimenti in contrasto con il Programma Operativo nell'ottica di semplificare il percorso di attuazione degli interventi e il conseguimento degli obiettivi previsti entro il 2015.

*Si evidenzia che l'intervento 1.3 tratta dell'attivazione del processo di regolarizzazione delle carte contabili dell'Asrem sulle quali non sono precedentemente state evidenziate criticità da parte della struttura commissariale e dell'advisor.*

## **2. ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 118/2011 (programma 2 Linee di indirizzo)**

### **2.1 attuazione delle disposizione del d.lgs 118/2001: si evidenzia che la regione non ha ancora individuato il terzo certificatore dei dati della GSA.**

## **3. CERTIFICABILITA' DEI BILANCI (Programma 3 Linee di indirizzo)**

### **3.1 Individuazione della struttura responsabile della definizione e dell'attuazione del Percorso attuativo della certificabilità (PAC)**

La Struttura Commissariale ha in merito trasmesso il DCA n. 13/13 del 25.06.2013 (prot. 155 del 28.06.2013) ad oggetto: "Piano Attuativo della Certificabilità (PAC)".

E successivamente il DCA n. 14/13 del 27.06.2013 (prot. 168 del 05.07.2013) ad integrazione del DCA n. 13/13".

Nel PO 2013-2015, in riferimento all'area "certificabilità dei bilanci del SSR", è prevista una specifica azione *Attuazione art.79 Legge n.133/2008*, al fine di creare un output comune regionale su:

- flussi operativi e contabilità analitica;
- programmazione degli acquisti e dei pagamenti;
- flusso dei dati operativi e di contabilità analitica riguardanti il fattore lavoro (dipendente, ecc.);
- elaborazioni di contabilità puntuali, attendibile e uniformi a livello di azienda, di Gestione Sanitaria Accentrata e di Consolidato Regionale e relativo budget e reporting;
- integrazione con il Sistema Informativo Contabile della Regione (Titolo I del D.lgs

118/2011).

*Si rinvia al parere*

#### **4. FLUSSI INFORMATIVI (Programma 4 Linee di indirizzo)**

Nel PO 2013-2015, in riferimento all'area "flussi informativi", sono previste azioni volte al potenziamento e miglioramento dei flussi informativi gestionali e contabili al fine di disciplinare in maniera completa il processo di rilevazione, condivisione e utilizzo dei dati derivanti dalle prestazioni sanitarie erogate, a tutti i livelli, dalle strutture regionali, per indirizzare con maggior vigore le politiche regionali e aziendali al raggiungimento degli obiettivi di salute. Inoltre, si specifica che alla puntuale rilevazione dei dati sanitari nei tempi e nei modi disciplinati, dovrà seguire una idonea fase di validazione degli stessi, non solo ai fini di onorare il debito informativo nei confronti del Governo ma anche per rilevare, in tempo utile, eventuali comportamenti "anomali" dell'intero sistema sanitario regionale.

Inoltre, è prevista l'attivazione dei Flussi NSIS non ancora operativi quali SIMES ed Hospice.

Sono previsti altresì interventi di potenziamento e superamento delle criticità ancora presenti nel flusso Tessera Sanitaria.

*Relativamente ai flussi NSIS tuttavia risultano ancora poco chiare le azioni specifiche di miglioramento delle criticità in quanto non sono descritte le criticità né sono riportati gli indicatori di risultato che dovrebbero garantire il superamento delle stesse in termini di completezza e qualità.*

*Inoltre si osserva che le date indicate per la risoluzione delle criticità sono piuttosto avanzate rispetto a flussi in regime da tempo.*

*Per il flusso SIMES, un flusso basato su un'applicazione web-based, nel PO 2013-2015 si dichiara che il flusso non è ancora attivato e la tempistica di attivazione dipenderebbe dall'acquisizione di un nulla-osta da parte del Ministero della Salute, così come relativamente al flusso Hospice. Per entrambi detti flussi non è prevista la necessità di alcun nulla osta da parte del Ministero della Salute.*

*Si evidenzia la necessità di provvedere con ogni possibile urgenza al superamento delle problematiche inerenti i disposti della legge 38/2010 e in linea con i contenuti dell'Accordo Stato-Regioni del 16.12.2010 e dell'Intesa del 25 luglio 2012.*

**Relativamente al Programma "Tessera Sanitaria" è necessario includere (fra gli indicatori) anche l'attuazione dei procedimenti di controllo delle esenzioni da reddito.**

#### **5. ACCREDITAMENTO (Programma 5 Linee di indirizzo)**

Nel PO 2013-2015, in riferimento all'area "Accreditamento", la Regione elenca obiettivi di natura programmatica riportando una mappatura del processo di accreditamento istituzionale per le singole strutture private di specialistica ambulatoriale, sociosanitarie, assistenza ospedaliera e altre sanitarie riservandosi di adeguare il processo di accreditamento alla nuova normativa in conseguenza dell'approvazione del PSR 2013-2015.

*Si rileva, in via preliminare, che la Regione nel P.O. 2013-2015 si limita ad elencare generici obiettivi di natura programmatica, dai quali non si evince né lo stato dell'arte delle strutture interessate né il crono programma secondo il quale la struttura commissariale intende dare attuazione agli obiettivi stessi, con particolare riferimento all'iter procedurale delle strutture che*

*appaiono ancora in fase di accreditamento*

*Inoltre nelle tabelle riepilogative inserite nel testo, risultano segnalati come “conclusi” i procedimenti di accreditamento di numerose strutture sanitarie e socio-sanitarie per i quali i Ministeri affiancanti avevano sospeso la valutazione dei relativi decreti di accreditamento istituzionale definitivo, in attesa di ulteriori elementi.*

### **5.1 Definizione del fabbisogno; Accreditamento definitivo; Requisiti autorizzativi**

Tavolo e Comitato nella riunione del 17 aprile 2013, avevano rilevato che la definizione del fabbisogno non risultava sufficientemente articolata in relazione alle diverse caratteristiche delle strutture di offerta né supportata da un’analisi di domanda e che, pertanto, andava rivista alla luce degli standard e delle disposizioni normative introdotte con D.L. n. 95/2012 (conv. con L. 135/2012);

Inoltre avevano osservato che, dalle visite ispettive effettuate nell’ambito della procedura di accreditamento, era emerso che una parte delle strutture non aveva soddisfatto in tutto o in parte i criteri e requisiti organizzativi e strutturali previsti.

La Struttura Commissariale con la nota prot. 160 del 01.07.2013 ha trasmesso il DCA n. 22 del 27.06.2013 ad oggetto *"Intesa, ai sensi dell'art. 8, c. 6, della L. 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" e la relativa Relazione Tecnica.*

*Nel rinviare al parere che verrà reso si prende atto del recepimento dell’intesa e ci si riserva di svolgere eventuali valutazioni sul testo dell’emananda norma regionale.*

Inoltre con nota prot. 165\_A del 04.07.2013, la Gestione Commissariale riferisce che alla data del 03.12.2012, la regione ha concluso il passaggio all’accreditamento istituzionale definitivo di tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie private e che per le strutture Neuromed e Fondazione Giovanni Paolo II si tratta solo di rimodulazioni degli accreditamenti già in essere.

*La nota non risulta esaustiva rispetto a quanto richiesto dai Tavoli e pertanto Tavolo e Comitato non possono che ribadire quanto già espresso nelle varie sedi (da ultimo con il parere reso sul PSR) ossia le criticità relative agli aspetti metodologici di definizione del fabbisogno (DCA 10/2012 e DCA 24/2012).*

Si richiama al riguardo il parere negativo 6\_P reso dai Ministeri affiancanti del 09.01.13, dove si evidenzia che la definizione del fabbisogno basata sulla sola capacità dell’offerta e non sufficientemente articolata né supportata da un’analisi della domanda non può essere accolta. Inoltre, nella determinazione dei fabbisogni devono essere tenuti in considerazione i disposti normativi in materia, contenuti nel D.L. 95/2012.

Nel P.O. 2013-2015, in riferimento alle specifiche azioni di *“definizione del fabbisogno; accreditamento definitivo; requisiti autorizzativi”*, è prevista l’individuazione del fabbisogno di prestazioni per tutte le tipologie assistenziali (sanitarie e sociosanitarie), e conseguente definizione del fabbisogno di offerta, articolato per ciascun livello di assistenza mediante lo sviluppo di un insieme di indicatori, sia epidemiologici che di attività appropriata, in grado di verificare la corrispondenza fra fabbisogno stimato dai vari provvedimenti e domanda espressa per gli ambiti ospedaliero, territoriale ed ambulatoriale.

*Si rinvia al parere*

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

### **6.1 Appropriatezza**

Dalla lettura del prospetto relativo all'erogazione dei LEA, si evince un consistente decremento dell'ospedalizzazione totale nel 2012, il cui tasso standardizzato si mantiene, tuttavia, al di sopra del valore di riferimento. Si è osservato un lieve decremento del ricorso a ricoveri ad alto rischio di inappropriata se erogati in modalità ordinaria, che presenta, tuttavia, ulteriori ampi margini di diminuzione. Il tasso di ospedalizzazione della popolazione ultra-settantacinquenne si mantiene più elevato del valore medio nazionale, senza mostrare segnali di riduzione. Analogo andamento è rilevabile nel 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, che si mantiene, nel 2012, al di sopra del valore medio nazionale.

Tavolo e Comitato nella riunione del 17 Aprile 2013 avevano rilevato che gli impegni sul fronte dell'appropriatezza assunti dalla struttura commissariale nella programmazione operativa 2011-2012 non erano stati rispettati.

Si rammenta che la regione è inadempiente sui punti:

g) appropriatezza (anno 2011) in quanto il DCA n. 83/2011 recante "Istituzione della Chirurgia ambulatoriale complessa. Classificazione delle prestazioni e tariffazione. Linee guida e modalità applicative" è stato osservato dai Ministeri affiancanti e si è in attesa di modifiche al riguardo;

r) tasso di ospedalizzazione (dall'anno 2009)

am) Controllo cartelle cliniche (dall'anno 2009) in quanto la regione non ha ancora trasmesso il report relativo alle attività di controllo delle cartelle cliniche secondo quanto previsto dall'art.3 c.2 del DM 10.12.2009.

### **6.2 Rapporti con gli erogatori privati (Programma 7)**

#### **Accordi contrattuali**

Nel verbale di verifica del 17 aprile 2013 era stato rilevato che per l'anno 2012 non risultavano stipulati i contratti con gli erogatori privati accreditati, e che tale criticità relativa alla procedura di acquisto delle prestazioni dagli erogatori privati costituiva indice della non piena governance del settore. Anche per il 2013 non risultano stipulati contratti con gli erogatori privati.

La Gestione Commissariale ha trasmesso il DCA n. 83/13 del 31.12.2012 (prot. 101\_13 del 21.03.2013) con cui è stato confermato il rapporto convenzionale con quattro istituzioni socio – assistenziali, *Coop.A.S.S.*, *Casa mia per anziani*, *Fondazione Opera Serena*, *Serena Senectus*, ai sensi del DPCM 8 agosto 1985. Rispetto a tale provvedimento i Ministeri hanno espresso con parere prot. 126 del 17.05.2013 una valutazione negativa, invitando la regione ad aggiornare la regolamentazione attinente all'assistenza socio – sanitaria adeguandola alla normativa in vigore.

E' pervenuta inoltre la seguente documentazione.

- DCA n. 15 del 27.06.2013 (prot. 150\_13 del 27.06.2013) con cui vengono definiti per il triennio 2012-2014, i limiti massimi di spesa per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale dagli erogatori privati accreditati a rettifica ed integrazione dei DCA n. 59/2012 e DCA n. 44/2012. (parere n. 79-P del 15/03/2013).



*Il decreto è in istruttoria, in via preliminare si osserva che nel definire i limiti massimi di spesa per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, sono state applicate le disposizioni di cui all'art. 15 comma 14 della legge 135/2012; non vi è corrispondenza però tra la spesa consuntivata 2011 valorizzata nel NSIS e quella riportata nel provvedimento regionale (valore di riferimento per l'applicazione della norma). Dall'anno 2013 i budgets vengono definiti al lordo come più volte richiesto dai Ministeri affiancanti. I budgets sono calcolati sommando il consuntivo netto al ricavato delle compartecipazioni e l'abbattimento è effettuato sulla spesa calcolata al lordo*

- DCA n. 16 del 27.06.2013 (prot. 151\_13 del 27.06.2013) con cui vengono definiti i limiti massimi di spesa, per il triennio 2012-2014, per l'acquisto di prestazioni di assistenza sanitaria riabilitativa, ex art. 26 ed ex art. 44 Legge 833/78, dagli erogatori privati accreditati

*Il decreto è in istruttoria, in via preliminare si osserva che con riferimento alle prestazioni ex art. 26 e ex art. 44 della legge n. 833/1978 si provvede a definire i limiti massimi di spesa per l'acquisto delle suddette prestazioni dagli erogatori privati accreditati provvedendo, per l'anno 2013 a determinare il budget al lordo rispetto alle compartecipazioni, viene inoltre allegato un prospetto sulla spesa consuntivata per l'anno 2011 che, sulla base di quanto riportato nel DCA n.16/2013, dovrebbe essere coincidente con il budget 2013, ancorchè quest'ultimo sia fissato al lordo delle compartecipazioni..*

- DCA n. 17 del 27.06.2013 (prot. 152 del 27.06.2013) di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale". Recepimento ed ulteriori determinazioni."

- DCA n. 19 del 27.06.2013 (prot. 154\_13 del 27.06.2013) ad oggetto: "Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di ricovero ospedaliero".

*Il DCA n. 17 e il DCA n. 19 del 27.06.2013 sono in istruttoria, tuttavia, pur rinviando al relativo parere da rendersi, si evidenzia preliminarmente, che i 2 provvedimenti recepiscono il decreto del Ministero della Salute del 18/10/2012 in materia di tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e ambulatoriale. Entrambi i decreti dispongono esplicitamente la revoca di ogni altro precedente provvedimento in materia che risulti incompatibile con quanto disposto dal decreto ministeriale.*

*In ogni caso si riportano di seguito alcune osservazioni critiche:*

- *Il dispositivo del decreto in oggetto non ribadisce la conferma delle previgenti norme nazionali e regionali citate in premessa.*
- *La data del decreto è successiva alla decorrenza del nuovo tariffario. Ciò può determinare un contenzioso con gli erogatori.*
- *La regione deve evidenziare se le tariffe per i DRG di alta complessità e per i ricoveri di riabilitazione nelle discipline cod. 75 e 28, fissate dal decreto in misura pari alle tariffe TUC 2012 e successive rimodulazioni, sono superiori a quelle ex DM 18.10.2012 e se e con quali modalità intende garantire il rispetto degli art. 1 e 5 del DM 18.10.2012 nel caso in cui la TUC venga aggiornata.*

*Si ricorda che il DM 18.10.2012, come indicato all'art. 1, "determina le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale" e all'art. 5 stabilisce che "In caso di adozione da parte delle regioni di tariffe superiori a quelle stabilite dal presente decreto, gli importi tariffari superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente*

*per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005 (Rep. Atti n. 2271/CSR), abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni, su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale". Inoltre, come lo stesso decreto esplicita nelle premesse, la facoltà di applicare tariffe maggiori di quelle nazionali è inibita alle regioni in Piano di rientro a norma dell'art. 17 comma 7 del DL 95/2012.*

- *La previsione di una remunerazione aggiuntiva per farmaci oncologici non è prevista dal DM 18.10.2012.*

Il Decreto, inoltre, approva il "Regolamento che disciplina l'erogazione dei ricoveri e l'applicazione delle tariffe". Al riguardo, si rappresenta quanto segue:

- L'art. 4 che cita gli "art. 1 e 6 del DM.  
*Non è chiaro a quale Decreto Ministeriale si faccia riferimento..*
- L'art. 12 cita erroneamente il DM 30.06.2007 mentre il riferimento corretto dovrebbe essere al DM 30.06.1997.
- L'art. 13 che prevede la remunerazione aggiuntiva per l'attività protesica per specifici DRG e specifici interventi/procedure.  
*La previsione di una remunerazione aggiuntiva di dispositivi ad alto costo deve essere limitata a specifici erogatori e a quantitativi massimi indicati ai sensi dell'art. 4 del DM 18.10.2012 che recita "Le regioni possono prevedere una remunerazione aggiuntiva, limitatamente a erogatori espressamente individuati e in relazione a quantitativi massimi espressamente indicati, per i costi associati all'eventuale utilizzo di specifiche dispositivi ad alto costo esclusivamente nei casi, specifici e circoscritti, individuati e regolamentati nei vigenti accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria approvati dalla Conferenza Stato-Regioni nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati."*

### **6.3 Tariffe (Programma 7)**

Nella riunione di verifica del 17 aprile 2013, in ordine al DCA n. 6 del 15.03.2013 - "Tariffe Presidi di riabilitazione extraospedaliera (già Centri e Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78) - Adeguamento ISTAT" (prot. 85-A), erano stati richiesti chiarimenti circa la mancata sottoscrizione da parte del sub-commissario.

Al riguardo i Ministeri affiancanti si sono espressi con prot. n. 137 del 07/06/2013 invitando, la Gestione Commissariale a trasmettere ai Ministeri affiancanti chiarimenti e la relativa documentazione mancante.

La Struttura Commissariale in riscontro al succitato parere ministeriale, ha trasmesso con prot. 171 del 05.07.2013 il DCA n. 24 del 05.07.2013 con cui annulla il DCA n. 6/13.

#### **Accordi di Confine**

Nel verbale del 17 aprile 2013, Tavolo e Comitato avevano evidenziato che, i previsti accordi di confini, azione 8.1.2 del P.O. 2011-2012, non risultavano realizzati. In particolare avevano rilevato:

- la mancata sottoscrizione, entro il 31 dicembre 2011, del Piano delle attività con la Regione Campania, per il triennio 2011-2013;
- la mancata sottoscrizione degli accordi di confine con le Regioni Lazio, Abruzzo, Puglia e Basilicata;
- la mancata definizione dei posti letto (delle strutture Neuromed e Cattolica) destinati ai cittadini non residenti

La Struttura Commissariale con prot. 161 del 03.07.2013 ha trasmesso nel merito quattro note, che nello specifico risultano essere relative a:

- una dichiarazione d'intenti della Struttura medesima ad avviare tavoli di trattativa per la definizione degli accordi con le regioni Abruzzo, Lazio e Puglia;
- l'intendimento a rinnovare l'accordo di confine già stipulato con la regione Campania e scaduto il 31/12/2012.

***Si resta in attesa degli esiti. Ci si riserva comunque di formulare eventuali osservazioni sul testo degli accordi che dovranno essere trasmessi ai Ministeri affiancanti.***

Nel PO 2013-2015, in riferimento all'area "rapporti con gli erogatori privati e relative tariffe", è prevista l'emanazione, entro luglio 2013, di decreti volti ad aggiornare le tariffe in modo da allineare la Regione Molise alle normative nazionali più recenti e a quanto adottato in regioni più virtuose.

Nello specifico la struttura commissariale provvederà a:

- individuare vincoli di budget che incentivino l'appropriatezza non solo organizzativa ma anche clinica nell'erogazione delle prestazioni sanitarie (con riferimento, ad esempio, ai DRG LEA del DPCM 29.11.2001 e del "Patto della Salute 2010-2012");
- stipulare i relativi contratti di erogazione con le strutture private per evitare l'incertezza derivante dall'assenza di contratto, avvalendosi delle clausole di rinuncia al contenzioso e/o giudizi relativi ai contratti o contro atti o provvedimenti prodromici o consequenziali agli accordi;
- concludere le trattative per la stipula degli accordi di confine.

***Si rinvia al parere***

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

Con prot. 68 del 14.03.2013 la Gestione Commissariale, così come già riportato nel verbale del 17 aprile 2013, riferiva il permanere della volontà della Regione di continuare ad intrattenere rapporti di reciproca collaborazione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore per l'attivazione di corsi di laurea delle professioni sanitarie, senza utilizzare fondi del SSR ma risorse regionali destinate alla formazione professionale.

I Ministeri affiancanti con il prot. 135 del 06/06/2013, ai fini della valutazione di merito, richiedevano l'invio del protocollo d'intesa tra la regione Molise e l'Università del Sacro Cuore sottoscritto in data 17.09.2003. La Struttura Commissariale in riscontro ha trasmesso con prot. 169 del 05.07.2013 il Protocollo d'Intesa tra la Regione Molise e l'Università Cattolica del Sacro Cuore - Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" - per l'attivazione dei Corsi di Laurea del professioni sanitarie ai sensi del Decreto del Ministero dell'università e della Ricerca Scientifica e tecnologica di concerto con il Ministero della Sanità del 2 Aprile 2001 sottoscritto in data 17 settembre 2003.

Nel PO 2013-2015 nulla è previsto in merito.

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

Nel PO 2013-2015 si prevedono azioni volte al potenziamento della formazione del personale e della comunicazione ai cittadini, con la finalità di:

- interpretare meglio la domanda e i bisogni sanitari,
- qualificare l'assistenza in rapporto alla domanda,
- utilizzare più equamente e razionalmente le risorse,
- garantire omogeneità dei livelli di prestazione,
- impostare in maniera intersettoriale le azioni di tutela della salute,
- comunicare efficacemente ai cittadini le politiche sanitarie
- assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure, mediante l'elaborazione di protocolli e procedure finalizzati alla tutela della sicurezza del paziente e degli operatori

L'ASReM svilupperà programmi annuali di formazione per garantire, nel triennio, l'acquisizione da parte del personale sanitario dei crediti minimi ECM previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro. Per i dirigenti di tutti i ruoli, e per i quadri intermedi, devono essere sviluppati programmi di formazione che permettano di acquisire o affinare le conoscenze e le competenze manageriali, congiuntamente alle conoscenze e competenze professionali specialistiche.

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

Nel PO 2013-2015 sono previste azioni volte ad eliminare i contratti relativi all'acquisto di beni e servizi che a tutt'oggi risultano in regime di proroga procedendo al bando di nuove gare.

Tali obiettivi, derivanti dall'espletamento di gare centralizzate, verranno perseguiti con l'attuale struttura organizzativa della Centrale Acquisti.

A tal proposito la Regione intende potenziare la struttura della Centrale Acquisti ASReM al fine di conseguire ulteriori misure di razionalizzazione della spesa per acquisti di beni e servizi da parte del servizio ASReM competente in materia e/o raggiungere una contrazione della tempistica delle procedure di gara rispetto a quanto attualmente previsto.

*La struttura commissariale dichiara che sussistono ancora contratti di fornitura in regime di proroga, vietata ai sensi della legge 537/1993 e tuttavia al riguardo dice semplicemente che "inviterà formalmente l'ASReM a portare a compimento le azioni avviate negli esercizi precedenti ed ancora in corso". Quindi a tutt'oggi non sembra sia stata presa alcuna misura per la soluzione del problema sebbene poi a pag. 93 si dica che nel corso del 2012 l'ASReM si è impegnata ad eliminare i contratti relativi all'acquisto di beni e servizi a tutt'oggi in regime di proroga. Non è chiaro quindi, ad oggi, quale sia effettivamente la situazione dei contratti vigenti in regime di proroga.*

*A pag. 91 vengono quantificati 7,1 mln di euro di risparmio derivanti da misure di razionalizzazione della spesa in beni e servizi senza fornire alcuna misura per la loro quantificazione. In particolare a pag. 92 si dice genericamente che la metodologia di stima dei risparmi si basa sull'ipotesi di risparmi da riduzione dei prezzi di acquisto a parità di consumi e di risparmi derivanti da minori consumi senza fornire però i necessari elementi di riscontro.*

*A pag. 94 con riferimento alle gare in fase di espletamento si parla in via del tutto generica di un risparmio del 5% da realizzare nel corso del triennio di operatività del Programma a cui viene aggiunto un ulteriore abbattimento prudenziale del 20% quantificati complessivamente in -1,3 mln di euro nel 2014 e di cui non viene fornita alcuna metodologia di calcolo. In via del tutto analoga vengono quantificati i risparmi per le gare in corso di predisposizione, -0,8 mln di euro*



*tra il 2014 e il 2015, per le gare da predisporre, -0,5 mln di euro nel 2015 e per alcune azioni prioritarie da attivare nel corso del triennio 2013-2015, pari a -0,7 mln di euro.  
Nella forma in cui sono state presentate nessuna di queste stime può, al momento, essere accolta.*

## **10. PERSONALE (Programma 10 Linee di indirizzo)**

La Struttura Commissariale ha in merito trasmesso la seguente documentazione:

- Nota (prot. 148 del 27.06.2013) recante "Riscontro Parere n. 205 del 30/08/2012: recupero somme indebitamente corrisposte dall'ASREM ai direttori amministrativo e sanitario.

*Il provvedimento è in istruttoria, in via preliminare, Tavolo e Comitato evidenziano che è stata avviata la procedura per il recupero delle somme non dovute al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo.*

- Trasmissione Tabelle 2 (prot. 170 del 05.07.2013) relative al monitoraggio della spesa per il personale relative al quarto trimestre 2012 e primo trimestre 2013.

*Si segnala che non è pervenuta la tabella di monitoraggio del personale relativa al consuntivo 2012.*

*In una nota esaminata nel corso della precedente riunione il commissario precisava che l'azienda non ha smentito, con riferimento agli incentivi al personale, di aver corrisposto emolumenti extra contrattuali.*

*Tavolo e Comitato chiedono aggiornamenti.*

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

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 17 aprile 2013 avevano rilevato che la Struttura Commissariale aveva richiesto la deroga al blocco del turn over , ai sensi dell'art. 4 bis della legge 8 novembre 2012, n. 189. I Ministeri affiancanti hanno pertanto trasmesso alla Regione il verbale della riunione congiunta svoltasi il 10 dicembre 2012 con le indicazioni in merito alla documentazione da produrre.

*La Struttura Commissariale non ha provveduto ad inoltrare la documentazione richiesta.*

*Si rappresenta in ogni caso che, a seguito di quanto valutato nella riunione del 17 aprile 2013, in ragione del disavanzo non coperto 2012 nella regione operano gli automatismi fiscali ulteriori rispetto alla massimizzazione delle aliquote e riprende vigore il blocco automatico del turn over , che opererà fino al 31/12/2015.*

Nel PO 2013-2015, per tale obiettivo, si prevedono le seguenti azioni:

- Ricollocamento del personale reso disponibile dalle dismissioni e accorpamenti di unità operative e correlata riduzione del personale a tempo determinato
- Approvazione della nuova dotazione organica con rideterminazione delle unità operative complesse e semplici, delle posizioni organizzative di grande rilievo e degli incarichi di coordinamento sanitario in applicazione dei criteri approvati in Conferenza Stato Regioni
- Riduzione dei costi complessivi del personale
- Riforma dei contratti integrativi aziendali.

*Si rileva la mancanza di un quadro analitico di sintesi che mostri il percorso di rientro fino ad ora operato, utile per una valutazione ex ante ai fini delle manovre programmatiche previste per*

*gli anni su cui insiste il P.O.*

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

*Ciò premesso si rileva che il contenimento della spesa di personale si basa sostanzialmente sulla manovra del blocco del turnover. Si rappresenta in ogni caso che, a seguito di quanto valutato nella riunione del 17 aprile 2013, in ragione del disavanzo non coperto 2012 nella regione operano gli automatismi fiscali ulteriori rispetto alla massimizzazione delle aliquote e riprende vigore il blocco automatico del turn over , che opererà fino al 31/12/2015.*

*Inoltre, come precedentemente rappresentato, non appaiono opportunamente documentate le economie scontate per l'istituto della risoluzione consensuale.*

*A pag. 102 del P.O. si afferma che il 31.2% delle Unità operative complesse pari a 32 unità risulta vacante evidenziando che "talune delle strutture vacanti risultano da disattivare a seguito della riorganizzazione aziendale". A tale proposito si chiede di esplicitare quante delle strutture vacanti si prevede di disattivare e come si intende procedere per le rimanenti strutture.*

## **11. PREVENZIONE (Programmi 11-12 Linee di indirizzo)**

### **11.1 Sanità veterinaria e sicurezza alimentare (Programma 12)**

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 17 aprile 2013 avevano osservato che, nonostante il percorso di miglioramento avviato, l'area in questione necessitava di ulteriori interventi.

La struttura commissariale ha in merito trasmesso:

- DCA n. 20/13 del 27.06.2013 (prot. 158 del 28.06.2013): "Regolamento CE n. 882/2004 del 29 aprile 2004 e s.m.i. - Decreto Legislativo 6 novembre 2007, n. 193 - Intesa Stato-Regioni del 16/12/2010 (Rep. Atti n. 236/CSR) recante Piano Nazionale Integrato dei controlli (PNI) 2011-2014 sulla sicurezza alimentare. Recepimento dell'Intesa e approvazione del piano di controllo pluriennale integrato 2012-2014. Modifiche ed integrazioni."

- DCA n. 21/13 del 27.06.2013 (prot. 159 del 28.06.2013) "Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante:"Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, delle Regioni e delle Province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria" (Rep. atti n. 46/CSR). Recepimento e linee operative regionali."

La struttura commissariale, nel corso dell'ultimo periodo, ha attivato le necessarie iniziative volte a dare seguito alle numerose osservazioni che erano state formulate nei diversi pareri ministeriali, emessi nel 2011, relativi al Piano Regionale Integrato dei controlli e ad altri documenti tecnici di indirizzo per l'ASREM. L'attività è ancora in corso.

La struttura commissariale ha proseguito nel percorso di attuazione delle azioni strutturali previste, quali:

- l'attivazione di un sistema di audit nel settore, e la conduzione di una attività di audit sull'ASREM (4 audit di sistema svolti nel 2012 )
- l'attivazione di un percorso di formazione funzionale agli aspetti strutturali e gestionali delle attività in sicurezza alimentare e sanità veterinaria

La struttura commissariale ha inoltre registrato un miglioramento nella gestione degli adempimenti informativi, oggetto di certificazione da parte del Tavolo LEA.

Nel PO 2013-2015, per tale obiettivo, si prevedono obiettivi finalizzati a:

- costruire anche a livello regionale i presupposti organizzativi e strutturali per mettere la Regione in condizione di operare in linea con le scelte strategiche europee e nazionali di potenziamento delle attività di prevenzione;
- sviluppare e diffondere tra i cittadini una cultura della prevenzione, anche per ridurre la necessità (e contenere l'abitudine) del ricorso alle strutture ospedaliere per affrontare i problemi di salute;
- garantire l'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie previste dai Livelli essenziali di assistenza;
- consolidare e sviluppare gli obiettivi del PSR approvato con DCA n. 8/2013.

La Regione Molise si propone, pertanto, la definizione di un assetto organizzativo che consenta il consolidamento e l'implementazione delle attività di prevenzione sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo e di efficienza del sistema mediante la riorganizzazione del Dipartimento Unico di Prevenzione per lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- igiene e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- sanità animale;
- igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Altro obiettivo da perseguire attiene alla riconduzione ad una unitarietà dei flussi informativi esistenti, articolando e distinguendo tra le informazioni necessarie al governo della prevenzione e quelle necessarie all'esercizio della prevenzione.

***Tavolo e Comitato fanno presente che le azioni già intraprese e non ancora concluse sopra indicate dovranno ritrovarsi nel PO 2013-2015 con ulteriori interventi alla luce delle linee guida sui criteri di funzionamento e miglioramento delle autorità competenti previste dall'accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013.***

## **12. RETI ASSISTENZIALI (Programmi 13-14-15-16 Linee di indirizzo)**

Nel PO 2013-2015, per tale obiettivo, si prevedono azioni volte all'efficientamento dell'intero sistema ed il miglioramento in termini di efficacia e qualità dei servizi e delle prestazioni offerte ai cittadini mediante un modello di integrazione dei livelli di assistenza, con differenziazione dell'offerta in rapporto alla complessità organizzativa del SSR, al fine di collocare, su scale differenti, la componente strettamente ospedaliera e quella più marcatamente territoriale e socio – sanitaria, caratterizzate da una risposta al paziente differente ed integrata in base alla logica delle reti.

In particolare, focus delle attività del SSR risiede nella risposta alla domanda clinico - sanitaria espressa dalla popolazione, al fine di garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale.

Il Piano, quindi, mira da un lato alla promozione del territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari, con la realizzazione di un sistema integrato di assistenza che costituisca un forte riferimento per la prevenzione, la cronicità, le patologie a lungo decorso e la personalizzazione delle cure; dall'altro, alla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera puntando all'appropriatezza dei ricoveri nella fase di acuzie, riabilitazione e lungodegenza.

*Si rinvia al parere sottolineando in ogni caso il ritardo sulla riorganizzazione delle reti assistenziali.*

### **12.1 Rete ospedaliera (Programma 14)**

Come si evince dalla tabella sulla erogazione dei LEA la dotazione totale di posti letto risulta ancora elevata e pari a 4,5 posti letto per 1000 residenti al 1° gennaio 2013, sia per l'assistenza agli acuti, che per le post-acuzie.

*Si osserva preliminarmente che nella proposta di PO 2013-2015, la Regione intende raggiungere i parametri di 2,76 p.l. per 1.000 ab. per le acuzie e 1,51 p.l. per 1.000 ab. per la post-acuzie.*

*Non si può che segnalare l'evidente contrasto della post acuzie con gli standard nazionali.*

*La regione è ancora considerata inadempiente sul punto f) posti letto.*

Nel PO 2013-2015, per tale obiettivo, è previsto un processo di rideterminazione della rete dei posti letto per gli ospedali della Regione Molise basato sostanzialmente sul perseguimento dei seguenti obiettivi di fondo:

- garantire il soddisfacimento della domanda di ospedalizzazione presso le strutture pubbliche regionali, evitando fenomeni di mobilità passiva motivati da prossimità o da saturazione dell'offerta stessa;
- garantire la presenza dell'offerta privata accreditata ove la stessa trova ragion d'essere in riferimento al bisogno espresso dalla popolazione regionale;
- incentivare la mobilità attiva già presente presso gli istituti Pubblici;
- recuperare la mobilità passiva extraregionale, ove possibile e compatibilmente con il grado di complessità degli interventi richiesti in coerenza con il regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

*Si rinvia al parere, occorre in prima analisi evidenziare che, relativamente alla rete ospedaliera, pur se presente un'analisi dell'attuale situazione alla stessa non corrisponde la programmazione e definizione del nuovo assetto che la Regione intende raggiungere. Tra l'altro il PO 2013-2015 non risulta coerente con il PO 2011-2012 né con il PSR. E' necessario che si completino in tutte le loro parti le tabelle in merito in quanto dai dati riportati non risulta chiaro il numero di posti letto per post-acuzie previsti per i singoli presidi. Risulta inoltre un incremento di pl per presidi di cui era prevista la riconversione quali Agnone, Larino e Venafro.*

*Si ribadisce l'occasione del PO 2013 -2015 per formulare un indirizzo puntuale e tempestivo alla definizione di un atto programmatico contenente, confermente agli standard nazionali, le strutture pubbliche e private con posti letto per disciplina e organizzazione di struttura complessa e semplice.*

#### **Percorso nascita**

Nelle riunioni del 17 aprile 2013 Tavolo e Comitato per quanto concerne il "Percorso nascita", avevano rilevato il mancato riferimento all'attivazione, completamento e messa a regime del sistema di trasposto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN), così come previsto dalla prima



(Misure di politica sanitaria e di accreditamento) delle 10 linee di azione contenute nel Accordo CSR 16 dicembre 2010.

La struttura commissariale in riscontro a tali osservazioni ha trasmesso una nota (prot. 164 del 04.07.2013) con allegato il documento "Progetto UTIN-STEN-STAM, sulla rete assistenziale per l'emergenza neonatale in Molise".

L'elaborato tecnico definisce i criteri organizzativi e funzionali della rete per l'emergenza neonatale e appare coerente con le linee di indirizzo oggetto dell'Accordo siglato in sede di Conferenza Unificata il 16 dicembre 2010; i punti nascita sono collocati in strutture già individuate quali snodi della rete dell'emergenza generale e appaiono pertanto garantite anche le correlazioni funzionali nell'ambito della rete stessa.

Il documento è ancora in istruttoria, in via preliminare risulta privo di riferimenti quantitativi relativi ai singoli Punti Nascita.

***Si ritiene necessario che, una volta approvato dai Ministeri affiancanti, detto provvedimento venga ratificato con specifico decreto commissariale e che si proceda con tempestività all'attuazione di quanto previsto.***

Inoltre è pervenuto il DCA n. 23/13 del 04.07.2013 (prot. 166\_13 del 04.07.2013) che revoca il decreto 106/2011 di istituzione del Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNr) e prevede che le funzioni già in capo al CPNr sono assunte dal Comitato Percorso Nascita aziendale.

## **12.2 Rete Territoriale (Programma 14)**

Per quanto riguarda la situazione relativa all'erogazione dell'assistenza territoriale, come si evince dalla tabella iniziale, gli ultimi dati disponibili evidenziano una quota di anziani assistiti a domicilio inferiore all'atteso, come da valore definito adeguato dal Comitato Lea, seppure in aumento. Inoltre evidenziano una dotazione inadeguata di posti letto presso strutture residenziali che erogano assistenza psichiatrica o presso strutture residenziali destinate alla popolazione anziana non autosufficiente.

Nella riunione del 17 aprile 2013, Tavolo e Comitato avevano ritenuto indispensabile e urgente che la struttura commissariale chiarisse e disciplinasse *ex novo* la situazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale per anziani e per disabili. La Struttura Commissariale in merito dichiarava che non esistevano strutture semiresidenziali per disabili e che non erano erogati trattamenti di lungoassistenza e mantenimento ai disabili.

La regione è infatti ancora inadempiente sul punto s) assistenza domiciliare e residenziale per l'anno 2011.

Successivamente la Struttura Commissariale non ha trasmesso nulla in merito.

Nel PO 2013-2015, per tale ambito, si intende procedere alla prosecuzione delle principali azioni avviate con il precedente Piano di Rientro volte alla riorganizzazione del territorio attraverso il cambiamento dei modelli organizzativi dei distretti spostando l'attenzione dalla cultura dei servizi territoriali a quella dei luoghi di presa in carico, nella consapevolezza di un traguardo da raggiungere su un versante culturale, organizzativo e tecnologico.

Punti cardine della rete integrata di assistenza territoriale sono rappresentati da:

- Attivazione moduli di RSA;

- Sperimentazione Case della Salute e Presidi Territoriali di Assistenza;
- Riqualificazione della rete riabilitativa;
- Integrazione Ospedale-Territorio;
- Sviluppo delle attività territoriali con riguardo all'area della fragilità;
- Sviluppo dell'assistenza domiciliare;
- Sviluppo dell'assistenza ai disabili;
- Riqualificazione assistenza primaria;
- Riqualificazione continuità assistenziale territoriale;
- Regolamentazione Hospice e relativi costi;
- Riorganizzazione salute mentale;
- Sviluppo dell'area materno - infantile;
- Sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria

*Pur rinviando al parere, si anticipano alcune importanti osservazioni :*

*E' prioritario che la struttura commissariale:*

- *indichi l'attuale offerta assistenziale per pazienti non autosufficienti, anche anziani, distinta per regime residenziale e semiresidenziale (come già detto in diverse occasioni) e per intensità assistenziale (intensivo, estensivo e di mantenimento);*
- *definisca gli interventi necessari a coprire il fabbisogno minimo di 10 posti letto ogni 1.000 anziani >65;*
- *indichi le azioni che intende avviare per ricomprendere le strutture socio assistenziali convenzionate nell'area sanitaria;*
- *chiarisca il percorso di inserimento dei pazienti nelle strutture residenziali e semiresidenziali, adottando linee guida per gli operatori;*
- *precisi le misure per garantire l'utilizzo di un unico strumento di valutazione multidimensionale per l'inserimento dei pazienti nelle strutture;*
- *indichi quali azioni intende avviare per monitorare l'andamento della riorganizzazione nell'area della non autosufficienza.*

*Di conseguenza, è necessario che la regione stabilisca gli obiettivi per ciascun anno, individui gli appropriati indicatori di processo (ad esempio adozione di provvedimenti, linee guida, ecc.) e indicatori di esito (ad es. utilizzo dello SVAMA, PUA attivati, equipis multidisciplinari, n° di posti utenti inseriti).*

*Inoltre, con specifico riguardo agli interventi per la definizione del modello organizzativo di rete delle cure palliative e terapia del dolore, si rileva che le proposte programmatiche dovrebbero essere ulteriormente sviluppate e corredate del relativo cronoprogramma, in linea con i disposti normativi e le linee di indirizzo nazionali per il paziente adulto e pediatrico.*

### **12.3 Rete dell'emergenza-urgenza (Programma 15)**

Con riferimento alla riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza, Tavolo e Comitato nella riunione del 17 aprile 2013 avevano segnalato che non risultavano ancora attivate le reti delle patologie tempo-dipendenti e avevano richiesto ulteriori elementi relativi alla loro attivazione ed articolazione.

La regione è ancora infatti inadempiente relativamente al punto aag) emergenza urgenza dell'anno 2011.

Nulla è pervenuto in merito.

Nel PO 2013-2015, per tale ambito, la struttura commissariale si propone di raggiungere obiettivi che riguardano più estesamente:

- la ridefinizione della rete nelle sue componenti territoriale ed ospedaliera;
- per la rete di emergenza territoriale: la razionalizzazione delle postazioni dei mezzi di soccorso di base ed avanzato, del servizio di elisoccorso; l'individuazione dei PPI (Punti di primo intervento);
- l'integrazione con il servizio di Continuità Assistenziale (razionalizzazione delle postazioni) e con gli Ospedali;
- per la rete di emergenza ospedaliera: definizione dei requisiti organizzativi (Osservazione Breve Intensiva), articolazione dei presidi secondo il modello HUB & SPOKE; rete della gestione delle patologie tempo dipendenti (Sindrome coronarica acuta, Stroke, Trauma);
- la revisione delle modalità di coordinamento dell'Emergenza a livello Regionale ed Inter-Regionale.

*Si rinvia al parere ma già ad un primo esame emerge la mancanza di chiarezza relativamente a quali aspetti della rete siano ad oggi a regime poiché sono previsti nuovi cronoprogrammi di attuazione, adeguamento e revisione.*

#### **12.4 Sanità penitenziaria (Programma 16)**

Relativamente alla verifica adempimenti 2011 per il punto ap) sanità penitenziaria la Regione è inadempiente in quanto non sono state stipulate le convenzioni per il trasferimento dei locali; non sono avvenuti gli interventi di presa in carico dei servizi di salute mentale per la dimissione di almeno il 40% degli internati in OPG con proroga della misura di sicurezza per mancanza di strutture sul territorio; non sono stati stipulati gli accordi previsti dalle "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria".

Nel PO 2013-2015 la Regione intende definire un nuovo assetto organizzativo per la Sanità Penitenziaria attraverso una rete regionale integrata che garantisca continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità, avvalendosi di almeno due strutture distrettuali, una semplice dipartimentale nel distretto sanitario di Campobasso, che abbia referenza aziendale per la materia e che gestisca le attività negli istituti di Campobasso e Larino e l'altra semplice nel distretto sanitario di Isernia, che coordini l'attività nell'istituto di Isernia.

La Regione Molise s'impegna, inoltre, a sottoscrivere protocolli di intesa con la Regione Abruzzo in materia di Sanità Penitenziaria relativamente alla condivisione di strutture sanitarie e gestione dei pazienti in cura.

*Nulla si dice in merito all'Accordo tra la regione Molise e la regione Abruzzo definito per la realizzazione delle strutture alternative agli ospedali psichiatrici; si segnala inoltre, la presenza di imprecisioni nella compilazione delle diverse tabelle.*

### 13. RETE LABORATORISTICA (Programma 14 Linee di indirizzo)

La regione risulta inadempiente relativamente al punto ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio per l'anno 2011, in quanto si è ancora in attesa di una rimodulazione della rete.

Infatti con il decreto 4 del 18/02/2011, sulla base delle indicazioni espresse dai Ministeri affiancanti era stato revocato il Decreto n.32/2010 contenente il Piano Regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private di diagnostica di laboratorio...”, e si era tornati al Piano di cui alla DGR 996 del 30/08/2007.

Nel PO 2013-2015, la Regione Molise ha previsto il ridisegno della rete in esame, attraverso l'integrazione in rete su scala regionale dei laboratori pubblici con strutture flessibili dal punto di vista operativo con supporto tecnologico ed in particolare quello informatico, la valorizzazione delle professionalità degli specialisti in medicina di laboratorio, al fine di garantire la qualità della prestazione analitica, e perseguire l'appropriatezza e l'efficacia clinica del dato di laboratorio, la riduzione dei tempi di risposta, la garanzia della qualità del servizio attraverso la Verifica esterna della qualità (VEQ).

Al processo di riorganizzazione dell'area dei laboratorio andrà parimenti affiancato un processo di integrazione dei sistemi applicativi.

*Si rinvia al parere*

### 14. FARMACEUTICA (Programma 17 Linee di indirizzo)

La Struttura Commissariale in merito all'obiettivo previsto dai precedenti Programmi Operativi 2011-2012, inerente l'acquisizione diretta dell'ossigeno medicinale, ha trasmesso la seguente documentazione:

- DCA n. 11/13 del 31.05.2013 (prot. 141\_13 del 19.06.2013) ad oggetto "Proroga dell'Accordo Regione e Farmacie pubbliche/private per la distribuzione dell'ossigeno liquido mediante il canale convenzionale". Esito parere (prot. 143\_13 del 26.06.2013).

Il provvedimento non è stato valutato dai Ministeri affiancanti in quanto privo della sottoscrizione per condivisione del sub commissario si veda in merito parere prot. 143-P/2013

Successivamente la Struttura Commissariale ha inoltrato una nota di riscontro al parere ministeriale (prot. 162\_13 del 03.07.2013) a firma del sub-commissario Rosato e commissario ad Acta di Laura Frattura con cui, in riferimento ai DCA n. 11/13 specificava che il decreto è stato oggetto di valutazione congiunta con il sub-commissario ad acta e che lo stesso è stato inviato privo della prevista sottoscrizione per mero disguido, chiedendone quindi la relativa convalida.

- Nota (prot. 146\_13 del 27.06.2013) con cui la gestione commissariale e il DG Francioni, evidenziano che la Regione nella relazione tecnica al DCA 102/11, come modificato e parzialmente revocato con provvedimento n. 16712, ha fornito la quantificazione del risparmio per l'anno 2012, descrivendo la metodologia seguita.

Inoltre ha trasmesso:

- Relazione tecnica al DCA n. 62 del 27/12/2012 (prot. 149\_13 del 27.06.2013), recante "Prontuario Terapeutico Ospedaliero regionale (PTOR). Aggiornamento 2012". *Al riguardo si evidenzia l'opportunità, per il futuro, che le relazioni tecniche ai DCA vengano trasmesse*



*contestualmente ai relativi provvedimenti, al fine di consentire una puntuale e compiuta istruttoria.*

Nel PO 2013-2015, sul versante dell'assistenza farmaceutica convenzionata/territoriale sono previste azioni di :

- monitoraggio della attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci equivalenti attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, ai sensi di quanto previsto dall'art. 11, comma 7, lett. b) del D.L 78/2010;
- acquisizione diretta ossigeno medicinale.;
- attribuzione di un budget annuale ai Medici di medicina generale..
- potenziamento della distribuzione DPC dei farmaci PHT mediante riduzione della percentuale massima di distribuzione sul canale convenzionato degli stessi;
- monitoraggio di informazione/formazione su prescrittori di classi farmaceutiche iperprescritte in termini di numero di dosi;
- potenziamento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico alla dimissione ed in esito a visita specialistica in strutture pubbliche;
- razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale;
- razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera

*Nel programma operativo 2013-2015 a pag. 213, capoverso “lo sconto dovuto dalle farmacie...”, si fa erroneamente riferimento al testo del DL 95/2012 prima della conversione. Le percentuali corrette degli sconti a carico di farmacia ed industria sono indicate nel capoverso precedente.*

*Al capoverso “La previsione della spesa farmaceutica territoriale...”, non si comprende a cosa si riferisca il valore di previsione di spesa territoriale 2012, indicato in circa 1.340 milioni di euro, in quanto la spesa farmaceutica territoriale della regione nel 2012 è risultata pari a 72 milioni di euro. Né si comprendono le percentuali successivamente indicate, non corrispondenti a quelle riscontrate in Molise (né a quelle registrate a livello nazionale).*

*A pag. 214, capoverso “della eliminazione della differenza...”, non si comprende a cosa si riferisca il valore di 93 milioni di euro, in quanto la quota relativa alla differenza con il prezzo di riferimento in Molise vale circa 6 milioni di euro e a livello nazionale vale circa 833 milioni di euro*

*Misura 17.1.3 Attribuzione budget medici MMG per prescrizioni farmaceutiche: i risparmi ipotizzati (0.5 mln di euro nel 2013, 0.97 mln di euro nel 2014 e 1.4 mln di euro nel 2015) non sono supportati da dati che consentano di valutare la consistenza delle stime: come riportato nel PO, in assenza di tali dati, è stata ipotizzato una riduzione della spesa farmaceutica convenzionata a seguito della misura in esame pari al 2% annuo. Tale previsione di risparmio non è accettabile, in assenza di ipotesi fondate di costruzione della stessa. •*

*A pag. 215, primo capoverso, l'indicata percentuale del tetto di spesa deve essere corretta in 11,35% (ora è riportato 11,3%) ed il comma indicato (comma 4) deve essere corretto in comma 3.*

*Misura 17.1.4 Potenziamento della distribuzione in DPC dei farmaci del PHT mediante riduzione della percentuale massima di distribuzione sul canale convenzionale degli stessi.*

*Non è chiaro se nel computo dei costi per la DPC, sia incluso solo il prezzo del farmaco o anche la quota di remunerazione dei farmacisti. Qualora la regione non avesse considerato tale ultimo*

*fattore di costo, dovrebbe rivedere le stime di risparmio.*

*Misura 17.1.5 Azioni mirate di informazione su prescrittori di classi farmaceutiche iperprescritte in termini di numero di dosi.*

*La misura è finalizzata a normalizzare i livelli prescrittivi sulla base del benchmark rappresentato dalle regioni non sottoposte a piano di rientro. Non sono stati chiaramente esplicitati i parametri sulla base dei quali si è operata la valorizzazione dei risparmi in quanto “La quantificazione è stata prudenzialmente stimata per un importo pari a circa l’1% del valore complessivo della Farmaceutica Convenzionata al IV trimestre 2012 (pagina 231). In considerazione di ciò, i risparmi associati non risultano consistentemente valutati.*

*Misura 17.1.6 potenziamento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico alla dimissione ed in esito a visita specialistica in strutture pubbliche.*

*Non si comprende in che modo siano stati stimati i risparmi.*

*Misura 17.2.2 Razionalizzazione del processo di approvvigionamento /catena logistica del farmaco*

*Si prevedono risparmi per circa un 1 mln di euro connessi alla gestione unica centralizzata del magazzino per gli anni 2014 e 2015 nonché ulteriori 0.900 mln di euro per l’anno 2014 e 0.447 nel 2015 in relazione alla riduzione degli immobilizzi delle scorte di magazzino.*

*Per entrambi gli interventi non sono esplicitati i parametri alla base della valutazione dei risparmi, non fornendo sufficienti garanzie circa la consistenza degli stessi..*

*Misura 17.2.6 Messa a valore delle prossime scadenze brevettuali di alcune molecole inerenti la spesa farmaceutica ospedaliera*

*La misura riporta i risparmi conseguenti alla scadenza del brevetto per tre farmaci. La valorizzazione del risparmio è stata effettuata sotto un’ipotesi di abbattimento del prezzo del generico rispetto al farmaco non generico dell’ordine del 50%. Tale abbattimento del prezzo non appare verosimile, rendendo non consistenti i risparmi associati alla misura in esame.*

*Infatti l’ipotizzata riduzione del 50% del prezzo del farmaco in funzione della scadenza brevettuale sembrerebbe sovrastimato. Peraltro, in un’ottica di governo della spesa complessiva, è presumibile che gli spazi finanziari che si liberano in relazione alle scadenze brevettuali, saranno compensati da immissione in commercio di nuovi farmaci.*

## **15. SICUREZZA E RISCHIO CLINICO (Programma 18 Linee di indirizzo)**

La struttura commissariale, in materia di governo clinico, nel PO 2013-2015, si propone di implementare le seguenti attività al fine di istituire, entro dicembre 2014, una Unità Operativa per il governo clinico:

- Diffondere la cultura dell’ Evidence Based Medicine (EBM), pratica della medicina basata sull’integrazione dell’esperienza clinica del medico con la migliore evidenza scientifica disponibile applicata alle caratteristiche ed ai valori del singolo paziente;
- Elaborare e favorire l’applicazione delle Linee Guida.
- *Audit* clinico, volta ad esaminare sistematicamente le attività ed i risultati confrontandoli con standard espliciti, al fine di migliorare la qualità e gli *outcome* dell’assistenza

## **F. VERIFICA ADEMPIMENTI**

### **Adempimenti 2007**

Per l'anno 2007 la Regione, rispetto a quanto valutato nella verifica del 17 aprile 2013, continua ad essere inadempiente alle lettere a), l), aa) e ag) in attesa della definitiva copertura del disavanzo che è collegata all'effettivo accesso alle risorse FAS.

### **Adempimenti 2008**

Per l'anno 2008 la Regione, rispetto agli esiti della verifica del 17 aprile 2013 continua ad essere inadempiente sui punti: a), l), aa) e ag) in attesa della definitiva copertura del disavanzo che è collegata all'effettivo accesso alle risorse FAS.

### **Anno 2009**

#### **Inadempiente con rinvio al Piano di Rientro:**

- a) verifica del disavanzo e misure di copertura e) mantenimento erogazione dei LEA
- f) posti letto
- l) ripiano superamento tetti farmaceutica
- r) riduzione assistenza ospedaliera erogata
- aa) vicolo di spesa del 2%
- ag) contenimento spesa personale dipendente

#### **Inadempiente:**

- am) cartelle cliniche

### **Anno 2010**

#### **Inadempiente con rinvio al Piano di Rientro:**

- a) verifica del disavanzo e misure di copertura
- b) acquisto di beni e servizi: la regione non ha trasmesso né comunicato i provvedimenti sanzionatori applicabili nei confronti degli amministratori inadempienti in materia e vigenti nell'anno di verifica. Si chiede alla regione di specificare se il provvedimento che è stato indicato nella rilevazione 2011 è stato operativo anche nel 2010.
- e) mantenimento erogazione dei LEA
- f) posti letto
- l) ripiano superamento tetti farmaceutica
- r) riduzione assistenza ospedaliera erogata
- aa) vincolo di spesa del 2%
- ag) contenimento spesa personale dipendente: in merito si rinvia al parere reso con prot. 198-P/2011;
- az) art. 12 Patto per la salute
- aaa) certificazione in merito al blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non obbligatorie: non è pervenuta documentazione.

#### **Inadempiente:**

- am) cartelle cliniche

### **Anno 2011**

#### **Inadempiente con rinvio al Piano di Rientro:**

- a) verifica del disavanzo e misure di copertura
- e) mantenimento erogazione dei LEA
- f) posti letto
- g) appropriatezza
- j), k) e ae) Tessera Sanitaria risulta quanto segue
  1. punto j) monitoraggio prescrizioni: verifica nel Piano di rientro. Permangono le seguenti criticità.
    - Qualità dei dati: basso invio delle ricette di specialistica da parte delle strutture pubbliche. Errori nella trasmissione delle ricette di specialistica (ticket e importo prestazioni). Non risulta pervenuta documentazione sulle iniziative regionali intraprese;
    - Utilizzo dei dati TS: risulterebbe che la regione per il monitoraggio delle prestazioni di farmaceutica utilizzi un proprio sistema regionale (MARNO) (cfr. prot. 70/2013);
    - Esenzioni da reddito: il 10% delle ricette del I semestre 2013 risulta non associa agli esenti per reddito di cui agli elenchi del DM 11/12/2009. Sono in corso le attività regionali di approfondimento (prot. 103/2013);
    - Ricetta elettronica: stazionario il numero dei medici invianti (51% al 30/06/2013).
  2. punto k) ricettari: ha adempiuto;
  3. punto ae) accordi integrativi con i MMG e PLS: non risulta pervenuta alcuna documentazione;
- l) ripiano superamento tetti farmaceutica
- n) contabilità analitica
- r) riduzione assistenza ospedaliera erogata
- s) assistenza domiciliare e residenziale
- aa) vincolo di spesa del 2%
- ad) accantonamenti personale dipendente e convenzionato: rispetto alla richiesta di chiarimenti di cui al verbale del 9 novembre 2012 si resta in attesa delle conseguenti determinazioni e della rettifica del modello CE consuntivo 2011;
- ag): si resta in attesa della trasmissione delle tabelle relative al consuntivo 2011;
- ak) riorganizzazione rete laboratoristica
- az) art. 12 Patto per la salute, si rinvia alla lettera ag)
- aaa) certificazione in merito al blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non obbligatorie: risulta documentazione
- aag) emergenza-urgenza

**Inadempiente:**

- am) cartelle cliniche
- ap) sanità penitenziaria
- aac) acquisizione dati NSIS-SIND
- aae) attività trasfusionale

L'istruttoria è in corso per l'adempimento b).

**Anno 2012**

Relativamente all'anno 2012 l'istruttoria è in corso. Con riferimento agli adempimenti MEF si fa presente che, ad oggi, non risulta pervenuta alcuna documentazione ad eccezione delle certificazioni trimestrali di accompagnamento al conto economico.



## CONCLUSIONI

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

- la regione Molise a consuntivo 2012 presenta un disavanzo prima delle coperture di 54,764 mln di euro in aumento di circa 20 mln di euro rispetto a quanto registrato a IV trimestre 2012. Dopo le coperture a valere sulla leva fiscale, nei termini previsti dal Piano di rientro, che ammontano a 21,813 mln di euro, residua un disavanzo non coperto di 32,951 mln di euro.

Considerando la perdita 2011 e precedenti non coperta, pari a 35,743 mln di euro e la distrazione di risorse utilizzate per la copertura del debito, pari a 19 mln di euro, residua una perdita non coperta 2012 e precedenti di 87,694 mln di euro.

Tale risultato non ingloba l'effetto della stima del gettito dell'ulteriore maggiorazione delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta 2013, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30, così come verificato nel verbale della riunione del 17 aprile 2013, in attesa della relativa comunicazione da parte del competente Dipartimento delle finanze né la rideterminazione dei gettiti derivanti dalla massimizzazione delle aliquote.

Tavolo e Comitato rilevano come sia ancora molto lontano l'obiettivo dell'equilibrio economico da parte della regione e ciò a sei anni dalla sottoscrizione dell'Accordo per il piano di rientro. La regione limitatamente all'anno 2012 presenta una percentuale di disavanzo dell'8,9% ben al di sopra della soglia del 5% considerata di riferimento per l'obbligatorietà della sottoscrizione di un piano di rientro. Considerando anche i disavanzi pregressi, la percentuale di disavanzo è pari al 17,9%.

Con riferimento all'accesso ai fondi FAS rilevano il ritardo con cui la struttura commissariale sta procedendo ad acquisire i predetti fondi che, quindi, non sono ad oggi disponibili per la copertura dei disavanzi del SSR.

- rilevano che il bilancio regionale, al 31.1.2.2012, deve a valere su risorse già incassate dallo Stato o preordinate per la copertura da parte del bilancio regionale e non trasferite al SSR 336,646 (320+16) mln di euro, rideterminate alla luce delle anticipazioni effettuate per 82,914 mln di euro, in 253,732 mln di euro.

Chiedono alla gestione commissariale di assicurare il trasferimento delle predette risorse ed evidenziano che i tempi di pagamento dei fornitori sono superiori agli 800/1000 giorni.

Ricordano ancora una volta quanto previsto in materia di trasferimento delle risorse del SSR dal decreto legge 35/2013.

- restano in attesa della trasmissione della scheda di rilevazione del progresso da inviarsi entro il 10 settembre 2013;
- rilevano che anche per l'anno 2013 si prefigura il manifestarsi di un disavanzo non coperto di 18 mln di euro a cui deve aggiungersi tutta la situazione di disavanzo pregresso non coperto. Tavolo e Comitato evidenziano la gravità della situazione del Molise a distanza di sette anni dalla sottoscrizione del Piano di rientro.
- ricordano che la struttura commissariale della Regione Molise è attualmente composta dal Commissario e dal Sub commissario dott. Rosato e che tutti i documenti relativi all'attuazione del Piano di rientro devono essere predisposti, condivisi e sottoscritti da entrambi. In caso contrario i predetti documenti non saranno ritenuti validi;

- **in relazione al Piano Sanitario Regionale 2013-2015, si segnala, in particolare che:**
  - **risultano poco chiari i meccanismi di attribuzione dei posti letto alle strutture pubbliche a ancor più a quelle private inficiata da inadeguata metodologia di determinazione del fabbisogno;**
  - **occorre procedere tempestivamente a regolamentare il fenomeno della mobilità sanitaria attraverso gli Accordi di confine soprattutto per quanto attiene le strutture Neuromed e la Fondazione Giovanni Paolo II;**
  - **non risulta chiarita la rivisitazione dell'accreditamento dei posti letto della Fondazione Giovanni Paolo II;**
  - **si completi coerentemente con la programmazione regionale la procedura per la conferma del riconoscimento del carattere scientifico quale IRCCS della struttura Neuromed;**
  - **non risulta appropriato, in quanto a rischio di inutile duplicazione di costi, l'utilizzo dei propri sistemi informativi per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per il monitoraggio delle prestazioni di assistenza farmaceutica e non quanto già reso disponibile con Tessera Sanitaria.**
- **con riferimento all'applicazione del d.lgs. 118/2011 si rileva la mancata individuazione del terzo certificatore. In particolare, quindi, non viene data attuazione all'articolo 22, comma 3, lettera d) del decreto leg.vo118/11, laddove è prevista l'individuazione di un terzo certificatore che, nella rendicontazione trimestrale, "certifichi" che il responsabile della GSA abbia provveduto alla:**
  - a) **regolare tenuta dei libri contabili e della contabilità,**
  - b) **riconciliazione dei dati della G.S.A. con le risultanze del bilancio finanziario,**
  - c) **riconciliazione dei dati di cassa,**
  - d) **coerenza dei dati inseriti nei modelli ministeriali di rilevazione statistica dei conti con le risultanze della contabilità,**

**nonché in sede di rendicontazione annuale, la corrispondenza del bilancio di esercizio alle risultanze della contabilità.**
- **il richiesto Programma operativo 2013-2015, pervenuto in ritardo, necessita di importanti integrazioni e modifiche. Si evidenzia che è ormai trascorsa abbondantemente la prima metà dell'anno 2013 senza una programmazione definitiva. Si resta in attesa della nuova versione del programma operativo da inviarsi entro il 10 settembre 2013;**
- **la definizione del fabbisogno non risulta sufficientemente articolata in relazione alla diverse caratteristiche delle strutture di offerta né supportata da un'analisi di domanda e deve essere rivista alla luce degli standard e delle disposizioni normative introdotte con D.L. 95/2012 (conv. con L. 135/2012);**
- **in merito all'accreditamento delle strutture socio-sanitarie, Tavolo e Comitato ribadiscono che i provvedimenti di accreditamento risultano ancora carenti nell'istruttoria;**
- **permane l'alto livello di contenzioso espresso in particolare dalle principali strutture private accreditate a diretta gestione regionale;**
- **si evidenzia l'estremo ritardo con il quale si procede nella stipulazione di accordi/contratti con le strutture private accreditate per i diversi setting assistenziali;**
- **non può ritenersi definita la procedura di conferma del carattere scientifico dell'Istituto Neuromed e di accreditamento istituzionale della medesima struttura;**

- non vengono fornite informazioni sui controlli tecnico contabili svolti sulle strutture private accreditate (in particolare Neuromed e Fondazione Giovanni Paolo II);
- in merito alla richiesta di deroga al blocco del turn-over, la Struttura Commissariale non ha ancora provveduto ad inoltrare la documentazione richiesta e si evidenzia che è nuovamente operativo il blocco totale del turn over fino al 31/12/2015 in conseguenza del mancato raggiungimento dell'equilibrio sull'anno 2012;
- in merito alle riorganizzazioni delle reti assistenziali, si segnala che:
  - per la rete ospedaliera, si osserva preliminarmente che nella proposta di PO 2013-2015, la Regione intende raggiungere i parametri di 2,76 p.l. per 1.000 ab. per le acuzie e 1,51 p.l. per 1.000 ab. per la post-acuzie. Non si può che segnalare l'evidente contrasto della post acuzie con gli standard nazionali;
  - per la rete territoriale, in riferimento ai Programmi Operativi 2013-2015, è prioritario che la regione indichi l'attuale offerta assistenziale per pazienti non autosufficienti, anche anziani, distinta per regime residenziale e semiresidenziale e per intensità assistenziale e quali azioni intende avviare per monitorare l'andamento della riorganizzazione nell'area della non autosufficienza;
  - per la rete dell'emergenza-urgenza, la riorganizzazione non è stata ancora completata, nonostante gli impegni temporali assunti in precedenza;
  - non risulta ancora correttamente pianificato un piano di riorganizzazione della rete laboratoristica
- in merito agli interventi intrapresi in materia di sanità veterinaria si fa presente che le azioni già intraprese e non ancora concluse dovranno ritrovarsi nel PO 2013-2015 con ulteriori interventi alla luce delle linee guida sui criteri di funzionamento e miglioramento delle autorità competenti previste dall'accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013.
- non risulta pervenuto l'Atto Aziendale dell'Asrem;
- non risultano aggiornamenti circa l'attuazione del DL 95/2012 in materia di beni e servizi;
- con riferimento a Tessera sanitaria persistono delle criticità;
- valutano ancora non sufficiente la documentazione trasmessa ai fini della valutazione degli adempimenti.

**Tavolo e Comitato, alla luce della gravi criticità riscontrate sui conti di consuntivo della regione Molise che hanno registrato, per il conto economico 2012, un incremento di circa il 60% rispetto a quanto valutato in sede di IV trimestre; alla luce delle risorse destinate al SSR e trattenute dal bilancio regionale; alla luce del disavanzo non coperto che si prospetta per l'anno 2013, alla luce della valutazione negativa sul Programma operativo 2013-2015 trasmesso non idoneo a recuperare la situazione fortemente compromessa della regione a 7 anni dalla stipula del Piano di rientro, raccomandano fortemente la gestione commissariale a porre in essere, nel minor tempo possibile, tutte le azioni di risanamento che, ad oggi, avrebbero già dovuto essere approntate. Raccomandano l'advisor contabile di effettuare un monitoraggio e un'azione di supporto più stringente al fine di coadiuvare le azioni regionali e aziendali.**