

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

Regione Lazio

Riunione del 18 dicembre 2013

Oggetto della riunione:

- **Risultato di gestione anno 2012**
- **Analisi stato patrimoniale anno 2012**
- **Scheda rilevazione pregresso 2001-2011**
- **Andamento II trimestre 2013**
- **Verifica attuazione Piano di rientro**
- **Verifica adempimenti**

Sono presenti:

- per il Tavolo di verifica degli adempimenti: i rappresentanti delle Amministrazioni centrali (Ministero dell'economia e delle finanze, Ministero della salute), della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, del Dipartimento per gli Affari regionali il Turismo e lo Sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, del Coordinamento delle regioni per gli affari finanziari – Regione Lombardia, dell'ulteriore rappresentante della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome – Regione Toscana;
- per il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza (LEA) i rappresentanti delle Amministrazioni centrali (Ministero dell'economia e delle finanze, Ministero della salute), del Dipartimento per gli Affari regionali il Turismo e lo Sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, del rappresentante della Regione Campania;
- il Commissario della Regione Lazio;
- l'advisor contabile.

OGGETTO DELLA RIUNIONE

Nella riunione del 30 luglio 2013 Tavolo e Comitato avevano constatato l'impossibilità di procedere ad una valutazione del consuntivo dell'anno 2012 in quanto i dati trasmessi risultavano carenti dell'istruttoria preliminare da parte della regione e della struttura commissariale nella sua interezza, con ciò confermando una grave carenza amministrativo-contabile della regione e della stessa struttura commissariale. Inoltre i dati relativi allo stato patrimoniale 2012 erano stati trasmessi con grave ritardo e, quindi, non erano stati oggetto della predetta riunione.

Con riferimento all'andamento dell'anno 2013, i Tavoli tecnici registravano un'inversione di tendenza, dal momento che la stima del risultato d'esercizio 2013 appariva in peggioramento rispetto al preconsuntivo 2012. Ritardi e criticità si riscontravano anche nell'applicazione del d. lgs. 118/2011.

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 i Tavoli tecnici rilevavano che il Programma operativo 2013-2015, adottato dal Commissario, non era stato aggiornato così come già richiesto dagli stessi Tavoli in occasione di precedenti riunioni, e continuava, pertanto, a presentare diverse criticità.

In particolare le criticità riguardavano:

- i mancati trasferimenti di ingenti risorse preordinate per il SSR da parte del bilancio regionale;
- la definizione dei rapporti con tutti gli erogatori privati e la corretta applicazione del DL 95/2012 in materia di tetti di spesa;
- il rilevante contenzioso;
- il quadro di dettaglio dell'intera rete ospedaliera e territoriale, più volte modificata;
- il mancato rinnovo dei Protocolli d'Intesa con tutte le università statali e non statali;
- la corretta conclusione delle procedure riguardanti l'accreditamento;
- la definizione delle azioni riguardanti il personale, date le criticità riscontrate in merito al mancato rispetto del blocco del turn over in talune aziende sanitarie;
- l'applicazione del DL 95/2012 in materia di beni e servizi;
- persistenza di criticità con riferimento a Tessera sanitaria e alla verifica adempimenti.

Alla luce di quanto sopra Tavolo e Comitato invitavano la struttura commissariale a prendere i provvedimenti necessari al fine di evitare la compromissione dei risultati attesi per gli anni 2013 e seguenti.

...

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. Sarà esaminata la scheda di rilevazione del progresso 2001-2011.

Nel corso della riunione sarà aggiornato lo stato di attuazione del decreto legislativo 118/2011. Sarà condotta la verifica dello stato di attuazione del Piano di rientro ed esaminati gli ulteriori provvedimenti commissariali trasmessi entro il 14 ottobre 2013. Inoltre sarà aggiornata la verifica adempimenti per gli anni 2011 e precedenti. Sarà verificata la trasmissione della documentazione pedepedeutica alla verifica adempimenti 2012.

A. STRUTTURA COMMISSARIALE

Tavolo e Comitato segnalano che nella seduta del Consiglio dei Ministri del 17 dicembre 2013 è stato rivisto l'assetto della struttura commissariale della regione con riferimento alle figure dei Subcommissari. Con deliberazione il Consiglio dei Ministri ha disposto che:

- **il dott. Giorgi e il dott. Spata cessano, con decorrenza immediata, dalle funzioni loro assegnate precedentemente con delibera del 20 gennaio 2012;**
- **il dott. Botti, con decorrenza 7 gennaio 2014, viene nominato subcommissario per l'attuazione del Piano di rientro della regione con il compito di affiancare il Commissario nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale.**

In seguito a tali decisioni del Consiglio dei Ministri, il dott. Giorgi ha trasmesso una relazione in cui ha riepilogato le consegne. Tavolo e Comitato fanno presente che tale relazione sarà oggetto di esame nella prossima riunione.

B. RISULTATO D'ESERCIZIO ANNO 2012

Preliminarmente si ricorda che la regione ha inviato al Sistema Informativo Sanitario i dati relativi al consuntivo 2012 una prima volta in data 4 luglio 2013. In occasione della riunione del 30 luglio 2013 i Tavoli tecnici avevano ritenuto non possibile procedere alla determinazione del risultato di gestione dal momento che sussistevano ragionevoli dubbi sulla bontà delle iscrizioni effettuate e che, peraltro, erano in corso di approfondimento da parte della regione stessa.

I Tavoli, quindi, avevano chiesto alla regione e alla struttura commissariale di fornire dati affidabili entro il 10 settembre 2013, al fine di renderne possibile l'esame e chiudere l'anno 2012.

La regione ha trasmesso nuovamente i dati al Sistema Informativo Sanitario in data 10 ottobre 2013, accompagnando i dati di consuntivo con relazioni di dettaglio predisposte dall'advisor e dalla regione stessa. In particolare la regione, a seguito di incontri tecnici svoltisi a partire dall'11 settembre 2013 con le aziende, ha modificato il modello CE "000" (GSA), i modelli CE delle aziende San Filippo Neri, Policlinico Umberto I e, di conseguenza, il modello CE consolidato regionale "999".

Alla data di invio della relazione la regione e l'advisor precisano che:

- tutte le aziende del SSR hanno adottato il bilancio d'esercizio 2012 e trasmesso la relativa delibera alla regione, ad eccezione delle due aziende che hanno aggiornato i dati 2012 e che stanno predisponendo le delibere per l'aggiornamento del bilancio d'esercizio;
- con riferimento ai verbali dei collegi sindacali, la regione conferma la ricezione degli stessi ed evidenzia che, per le aziende RM G e Frosinone i rispettivi collegi sindacali hanno espresso un parere non favorevole. La regione ha ritenuto di prendere atto ugualmente dei bilanci delle predette aziende, riservandosi di avviare degli approfondimenti sui rilievi formulati, anche nell'ambito delle attività che verranno svolte ai fini della certificabilità del bilancio;
- sono in corso le attività regionali propedeutiche all'approvazione dei bilanci d'esercizio delle aziende 2011 e 2012 da parte della regione;
- sono state individuate le variazioni da apportare all'apertura dell'SP della GSA al 1.1.2012 a seguito della ricognizione straordinaria 2001-2011; è in corso, quindi, la rilevazione dell'SP di apertura della GSA;
- sono stati modificati i modelli CE e SP 2012 della GSA per accogliere le variazioni ritenute necessarie dal responsabile della GSA a seguito degli incontri individuali con tutte le aziende sanitarie avviati in data 11 settembre 2013;
- si sta ultimando la documentazione necessaria per l'approvazione del primo bilancio d'esercizio della GSA comprensivo di nota integrativa, LA e rendiconto finanziario;

- è in corso la predisposizione dei prospetti di raccordo previsti dalla norma per le attività del terzo certificatore vale a dire:
 - o le attività di riconciliazione dei dati della GSA con le risultanze del bilancio finanziario;
 - o la riconciliazione dei dati di cassa;
 - o la verifica di coerenza dei dati inseriti nei modelli ministeriali di rilevazione dei conti con le risultanze della contabilità, nonché per la corrispondenza degli stessi rispetto al bilancio. Tale attività è ancora in corso;
- sono in corso le attività per l'adozione e l'approvazione del bilancio della GSA e consolidato regionale riferiti all'anno 2012.

La regione prevede di concludere l'iter amministrativo entro il 31.10.2013 per la GSA ed entro il 31.03.2014 per il consolidato regionale.

La regione evidenzia che è in corso l'iter regionale volto alla verifica dell'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi ed oneri iscritti nei bilanci d'esercizio delle aziende e che tale attività potrà concludersi in tempi utili per la predisposizione del bilancio d'esercizio 2013, pertanto per il 2012 la regione ha preso atto degli accantonamenti rilevati nei bilanci d'esercizio delle aziende e della GSA.

Tavolo e Comitato prendono atto di quanto rappresentato, rilevando il ritardo, da parte della regione, nel controllo e approvazione dei bilanci aziendali 2012 che, essendo ancora in corso di approfondimento per talune poste significative (accantonamenti e fondi rischi), riportano ancora, ad ottobre 2013, dati non completamente affidabili.

Si segnala, inoltre che non sarebbero ancora stati approvati i bilanci 2011.

Si sottolinea il ritardo con cui si sta procedendo ad adottare e approvare il bilancio della GSA e del Consolidato regionale per l'anno 2012.

Nel corso della riunione la regione fa presente che i bilanci d'esercizio 2011 sono stati approvati, tranne che per l'azienda Tor Vergata, per la quale sono in corso approfondimenti.

Con riferimento alla GSA la regione precisa che sono state concluse le attività di apertura dello stato patrimoniale all'1.1.2012, mentre con riferimento all'adozione e approvazione del bilancio della GSA e consolidato regionale riferiti all'anno 2012, la regione precisa che il ritardo è dovuto ai cambiamenti intervenuti in regione con riferimento al soggetto designato quale terzo certificatore. La regione assicura che, entro marzo 2014, saranno concluse le attività.

Tavolo e Comitato ricordano alla regione e alla struttura commissariale che i modelli CE e SP sono allegati del bilancio d'esercizio (Art. 26, comma 4, del d.lgs 118/2011) e che quest'ultimo, per le aziende e la GSA, deve essere approvato dalla Giunta regionale entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento (Art. 32, comma 7, del d.lgs n.118/2011). I Tavoli invitano il responsabile della GSA a redigere il proprio bilancio al più presto. Il tutto al fine di poter redigere il bilancio consolidato regionale per l'anno 2012 che, ai sensi dell'articolo 32 del d.lgs. 118/2011 avrebbe dovuto essere redatto ed approvato dalla Giunta regionale entro il 30 giugno 2013.

Entrate

- alla voce AA0030 relativa ai contributi in conto esercizio per FSN indistinto risultano iscritti 9.737,843 mln di euro. Tale dato coincide con quello iscritto nel mese di luglio ed è superiore al valore assegnato alla regione e inglobato nel riparto FSN indistinto per l'anno 2012 per 0,779 mln di euro. La regione precisa che il disallineamento è dovuto al finanziamento per medicina penitenziaria che, sino al 2012, è stato ripartito alle aziende sanitarie nell'ambito del FSR.

Pertanto la regione non ha richiesto alle aziende di riallineare il dato in modo da garantire la corrispondenza tra quanto iscritto dalle aziende e quanto riportato nei decreti regionali di assegnazione.

Si ricorda, alla regione, che deve essere, a partire dall'anno 2012, sempre garantita la corrispondenza nella voce AA0030, tra il riparto del fondo sanitario indistinto e quanto iscritto nel modello CE. Laddove la somma dei finanziamenti assegnati alle aziende dovesse divergere dal totale del fondo indistinto, la regione provvederà tramite le iscrizioni della GSA a garantire l'esatta corrispondenza. In ogni caso si rappresenta che l'importo assegnato per la medicina penitenziaria alla regione, pari a 0,782 mln di euro, non afferisce alla quota indistinta bensì al finanziamento vincolato e dovrebbe essere iscritto sulla voce AA0040.

Si invita la regione a iscrivere il dato corretto di cui si terrà conto nella determinazione del risultato di gestione e a prestare attenzione all'esattezza delle iscrizioni effettuate.

Si conferma l'esatta iscrizione delle somme nel bilancio regionale 2012 relative all'accertamento del Fondo sanitario indistinto e l'impegno del Fondo sanitario indistinto al netto della mobilità.

- la voce AA0040 relativa al finanziamento del FSN vincolato, è valorizzata per 188,725 mln di euro. Tale dato è inferiore rispetto al valore assegnato alla regione e inglobato nel riparto FSN indistinto per l'anno 2012 per 0,780 mln di euro. La differenza rispetto a quanto riportato nel riparto 2012 era stata già segnalata a luglio 2012 ed ammontava a -0,119 mln di euro.

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

La regione aveva trasmesso, a luglio 2013, le determine di riparto delle risorse relative agli obiettivi di piano e ad alcune somme vincolate.

La GSA iscrive nella voce AA0040 una somma di 9,699 mln di euro (rideterminato in diminuzione rispetto a luglio 2013, a seguito delle attività di verifica condotte) e provvede ad accantonare per quote inutilizzate la somma di 4,713 mln di euro, in quanto dovranno essere assegnate alle aziende dal 2013 i contributi attribuiti per fondo di esclusività (2,8 mln di euro); AIDS (1,3 mln di euro); fibrosi cistica (0,5 mln di euro) e hanseniani (0,1 mln di euro). Il differenziale di 5 mln di euro è stato assegnato alla GSA per le seguenti fattispecie:

- rimborso fornitori a valere su contributi AIDS per 3,8 mln di euro;
- iscrizione di 1,6 mln di euro per obiettivi di piano a causa di un disallineamento negli atti di comunicazione dei ricavi per cui le aziende non hanno iscritto tale somma nei loro bilanci pur avendo effettivamente rendicontato i costi e nonostante la somma fosse impegnata in loro favore. L'allineamento tra costi e ricavi avverrà nei bilanci delle aziende e della GSA nel 2013;
- rettifica errata assegnazione alle aziende dei contributi per borse di studio MMG per - 0,4 mln di euro.

Con riferimento alla iscrizione nel bilancio regionale in entrata e in uscita delle somme assegnate alla regione a valere su obiettivi di piano e vincolate per il solo anno 2012, la regione comunica di aver avviato, sulla base di disallineamenti rilevati nell'esercizio 2012 tra le risultanze contabili e i capitoli finanziari, un iter di accertamento-impegno dei contributi vincolati dell'anno 2012. L'iter di ricognizione si concluderà entro il 31.12.2013.

Si prende atto di quanto rappresentato e si invita la regione ad attenersi al dettato del d.lgs. 118/2011 che all'art. 20, comma 2, lettera a), prevede l'accertamento e l'impegno nel corso dell'esercizio, indipendentemente dalla data di effettiva riscossione, dell'intero importo relativo al finanziamento sanitario vincolato o finalizzato. Pertanto si invita la regione a

provvedere al primo bilancio utile. Con l'occasione si invita, di nuovo, la regione a verificare che le somme iscritte nel bilancio siano esattamente corrispondenti alle singole voci del riparto 2012 nei termini comunicati dal Ministero della salute.

In proposito si segnala che è pervenuta, in data 5 dicembre 2013, la DGR n. 367/2013 relativa alla variazione di bilancio riguardante vari capitoli di entrata e spesa con variazioni in termini di competenza e di cassa. Dalle denominazioni dei capitoli si evince che si tratta di somme relative alle vincolate. Si chiede alla regione di fornire una relazione tecnica della predetta deliberazione al fine di rendicontare puntualmente le variazioni apportate e al fine di rendere raccordabili le somme assegnate nel riparto 2012 con quanto iscritto sui capitoli di bilancio regionale. Si chiede di evidenziare la competenza delle iscrizioni per somme vincolate in base all'anno di riferimento.

- con riferimento alle voci AA0070 (60,661 mln di euro) e AA0100 (62,311 mln di euro) relative a contributi regionali extra fondo vincolati e altro, la regione precisa che le aziende hanno contabilizzato i contributi di competenza anno 2012 (impegnati nel bilancio regionale 2012) e i contributi di competenza anno 2011 e ante iscritti in base al criterio di cassa, in quanto il criterio della cassa è stato quello prevalentemente seguito fino al 2011. Si rilevano, inoltre iscrizioni di quote di fondo sanitario vincolato di competenza anno 2011 erroneamente iscritti dalle aziende a titolo di contributi regionali extrafondo. La regione precisa che su tale ultima fattispecie, essendo le iscrizioni errate di modesta entità, non ha proceduto a richiedere alle aziende una correzione nei bilanci 2012 bensì nel 2013. La GSA ha, però, accantonato l'importo complessivo di 8,8 mln di euro. Al fine di evitare il ripetersi di tale casistica, dall'esercizio 2013, la regione provvederà a controllare trimestralmente le iscrizioni operate dalle aziende.

La regione ha inviato la descrizione e i relativi importi dei capitoli regionali che accolgono tali contributi. Con riferimento alla voce AA0070 i contributi assegnati sono, per la maggior parte, relativi all'utilizzo di assegnazioni di fondi statali, mentre con riferimento alla voce AA0100 si riscontrano la quasi totalità dei contributi per la sterilizzazione degli interessi impliciti dell'operazione SANIM.

Si chiedono chiarimenti sui “contributi regionali accantonati in GSA non extra fondo” che contribuiscono come addendi alla somma delle predette voci.

Si ribadisce, in ogni caso, che la voce AA0070 a IV trimestre risultava valorizzata per 105 mln di euro, praticamente dimezzati in occasione della trasmissione dei dati di consuntivo.

Con riferimento al differenziale (+18 mln di euro) riscontrato nell'iscrizione della voce AA0160 tra consuntivo e IV trimestre 2012, la regione precisa che è dovuto alla non corretta classificazione di conto ministeriale utilizzata dalle aziende in sede di IV trimestre. L'importo era stato, infatti, contabilizzato nei contributi regionali extrafondo.

Nel bilancio regionale l'importo di competenza anno 2012 pari, a 20,8 mln di euro, è stato accertato nel capitolo 227114 ed impegnato nel capitolo H11111. Il differenziale tra quanto iscritto in bilancio regionale e quanto contabilizzato dalle aziende è relativo all'iscrizione, da parte di talune aziende, del contributo per quota parte di competenza anni precedenti.

Tavolo e Comitato prendono atto di quanto comunicato e invitano la regione a verificare la correttezza delle iscrizioni effettuate dalle aziende in tempo utile e, laddove ce ne fosse bisogno, a richiedere la correzioni di errori.

- la voce AA0080 – Contributi da regione extra fondo risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA è valorizzata, come già a luglio 2013, per 808,682 mln di euro ed è iscritta dalla GSA a titolo di risorse aggiuntive regionali preordinate a valere sulla leva fiscale dell'anno d'imposta 2013 per l'equilibrio dell'anno 2012. La regione conferma che nel bilancio regionale tali risorse sono state stanziare nei capitoli d'entrata 121505 e 121509 per un valore complessivo di 886,018 mln di euro di cui 799,018 impegnate sul capitolo d'uscita H31550 a favore della sanità e 90 mln di euro impegnate per il pagamento delle rate del mutuo inerente il piano di rimborso per la ricapitalizzazione delle aziende nel periodo ante 2004.
La regione precisa che il conguaglio relativo agli anni precedenti pari a 9,664 mln di euro, sarà stanziato in sede di assestamento del bilancio di previsione 2013;
- la voce AA0090 – Contributi da regione extra fondo risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA- non risulta movimentata.
Con riferimento a quanto iscritto sul bilancio regionale 2013 alla Missione 13 “Tutela della salute”, Programma 02 “Servizio sanitario regionale – finanziamento aggiuntivo corrente per livelli di assistenza superiori ai LEA” la regione conferma che non vengono erogate prestazioni extra LEA e che dalle verifiche effettuate è stato accertato un errore nella descrizione del capitolo del bilancio regionale che dovrà essere modificato in sede di assestamento.
Si segnala che è pervenuta, in data 5 dicembre 2013 la DGR n. 421/2013 relativa alla variazione dell'iscrizione dei capitoli di spesa dal programma 02 al programma 07 della missione 13. Si resta in attesa di una relazione tecnica che dia evidenza sia degli importi trasferiti, che non si evincono dalla delibera, sia del contenuto puntuale dei predetti capitoli dal momento che dalla sola denominazione non è di immediata evidenza.
Il Ministero della salute fa presente che, contrariamente a quanto dichiarato dalla regione, sembrerebbe che in regione vengano erogate prestazioni extra lea, in quanto è stata prevista un'esenzione dei ticket nazionali. Si resta in attesa di opportuni chiarimenti da parte della regione e della struttura commissariale;
- con riferimento al saldo di mobilità, la regione ha correttamente modificato il dato iscritto a CE (-118,979 mln di euro) al fine di renderlo coincidente con il dato del riparto 2012;
- le voci AA0250 – rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti da regione per quota FSR e AA0260 – rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi sono rispettivamente valorizzate per -13,097 mln di euro e -1,130 mln di euro, così come già a luglio 2013.
La regione precisa che, sulla base delle informazioni disponibili, gli investimenti del SSR sono stati pari a 161,4 mln di euro di cui circa 92,9 mln di euro finanziati con contributi in c/capitale e circa 68,5 mln di euro finanziati con contributi in c/esercizio. La regione precisa che le voci AA0250 e AA0260 sono state correttamente valorizzate salvo alcuni disallineamenti di modesta entità che verranno rettificati dalle aziende nell'esercizio 2013. Le aziende che hanno contabilizzato diversamente sono state la RM A che ha applicato la rettifica al 100% del valore degli investimenti 2012, spendendo quindi tutto l'investimento sull'anno 2012,; la Asl di Frosinone che, per mero errore materiale, ha duplicato l'iscrizione di una prima nota del valore di circa 0,6 mln di euro; il Policlinico Tor Vergata che ha applicato la rettifica del 20% al valore degli investimenti 2012 correlata all'effettiva entrata in utilizzo del bene.
La regione informa che sta attivando la verifica della coerenza degli investimenti effettuati dalle aziende rispetto ai piani di investimento.

Si ricorda nuovamente che la regione, con nota prot. 217121 del 22.11.2012, ha imposto l'interruzione immediata di ogni investimento non finanziato e imputato su spesa corrente.

Si prende atto dell'avvio della verifica, con ritardo, della coerenza degli investimenti effettuati con i singoli Piani di investimento e si resta in attesa degli esiti. Si chiede di conoscere l'esistenza degli atti formali di assegnazione dei contributi in c/capitale contabilizzati e la riconciliazione con gli impegni risultati dal bilancio regionale in merito ai finanziamenti per investimenti.

Con riferimento al ricalcolo degli ammortamenti in applicazione della l. 228/2012, la regione ha inviato un prospetto riepilogativo che dà conto del ricalcolo effettuato salvo che per la ASL di Rieti, alla quale è stato chiesto di effettuare il ricalcolo dei fondi ammortamento sul bilancio 2013. Dal prospetto riepilogativo (al netto di Rieti) si evince un valore del fondo ammortamenti 2011 di 1.790 mln di euro e un valore del fondo ammortamenti ricalcolato di 1.783 mln di euro, con una differenza di -7,448 mln di euro. I maggiori scostamenti si osservano nelle aziende di Viterbo (-10,4 mln di euro) e San Camillo Forlanini (-27 mln di euro).

La regione precisa che l'azienda di Rieti sta avendo delle difficoltà tecniche nel ricalcolo del fondo ammortamenti.

Tavolo e Comitato invitano la regione e la struttura commissariale ad attivarsi nel supporto dell'azienda, al fine di completare l'operazione.

In ogni caso Tavolo e Comitato chiedono alla regione di raccordare tale dato con quello risultante dalla scheda del pregresso;

- la voce AA0280 – utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi esercizi precedenti da regione per quota FS è valorizzata per 4 mln di euro. La regione precisa di aver richiesto alle aziende la corretta riclassifica dei risconti passivi presenti nello SP all'1.1.2012 inerenti i contributi non utilizzati, nei conti di SP "quote per contributi non utilizzati". Le aziende nell'esercizio 2012 hanno provveduto a rilevare nel conto CE l'utilizzo del contributo di competenza.

Tavolo e Comitato prendono atto della riclassifica e chiedono conferma che la voce SP PBA160 sia stata correttamente stornata dei 4 mln di euro iscritti nel CE;

- la voce AA0290 - utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi esercizi precedenti da altri soggetti pubblici è valorizzata per 9,453 mln di euro.

Tavolo e Comitato chiedono conferma che la voce SP PBA170 sia stata correttamente stornata dei 9,4 mln di euro iscritti nel CE;

- con riferimento alla voce AA0560 – ricavi per differenziale tariffe TUC la voce non è valorizzata. La regione precisa che, sulla base dei dati a disposizione, non è stato possibile per l'esercizio 2012 rilevare il differenziale TUC. La regione ha avviato le procedure per la verifica dell'eventuale differenziale TUC che verrà recepito nel bilancio 2013.

Tavolo e Comitato, nel constatare il ritardo con cui si sono avviate le procedure per la verifica del differenziale TUC, che dovrebbe essere già noto, invitano la regione a valorizzare correttamente le voci del modello CE;

- con riferimento alla voce AA0600, mobilità internazionale, valorizzata per 5,151 mln di euro, la regione conferma il dato già iscritto a luglio 2013;

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

La regione, a conclusione delle attività di verifica, conferma il disallineamento rilevato tra i conti CE relativi alla sterilizzazione che, tuttavia, non produce effetti sui risultati economici in quanto l'errore è imputabile alla contabilizzazione, da parte delle aziende, nella voce AA1000

“finanziamenti per investimenti da regione” l’intero importo del finanziamento c/capitale ex art. 20.

La regione, con nota del 11.09.2013, ha richiesto alle aziende di predisporre un prospetto che dettagli i contributi per finanziamenti al 31.12.2012. Tale attività è propedeutica al completamento dell’istruttoria regionale e alla richiesta di eventuali riclassifiche alle aziende che varranno, in ogni caso, applicate nel bilancio 2013.

Tavolo e Comitato invitano la regione e le aziende a verificare l’esattezza delle iscrizioni contabili effettuate e a provvedere alle opportune riclassifiche in tempi utili all’esame del CE.

Costi

- il costo del personale nel suo complesso risulta invariato rispetto a quanto rendicontato nel mese di luglio 2013. Nella riunione di luglio 2013 il complessivo costo del personale (dipendente e non, ivi ricomprendendo gli specialisti convenzionati interni e le consulenze e le altre forme di ricorso al fattore lavoro) rendicontato dalle aziende, era stato valutato pari a 3.347 mln di euro incluso accantonamenti e IRAP, in diminuzione di circa 119 mln di euro rispetto al consuntivo 2011.

L’advisor specificava che la tabella B del consuntivo aveva rilevato per alcune aziende scostamenti significativi rispetto al CE del IV trimestre 2012 e che erano in corso approfondimenti.

Si chiede di conoscere l’esito degli approfondimenti.

L’advisor precisa che le aziende hanno allineato i dati tra il CE e le tabelle di monitoraggio per l’anno 2012.

- con riferimento ai prodotti farmaceutici ed emoderivati la spesa complessiva rilevata nel 2012 è pari a 758 mln di euro (invariata rispetto a luglio 2013) in aumento rispetto al consuntivo 2011 di 20,6 mln di euro.

I Tavoli tecnici avevano richiesto alla regione di assicurare la corretta contabilizzazione dei costi dei vaccini (con AIC e senza AIC) nella voce BA0260 “Materiali per la profilassi (vaccini)” appositamente istituita nel nuovo modello CE dal 1° gennaio 2012, anche al fine di assicurare un corretto monitoraggio del rispetto del tetto, previsto dalla normativa vigente, sulla farmaceutica ospedaliera. Anche per i dispositivi medici, si invitava la regione a voler operare le opportune riclassificazioni nelle corrette voci di costo.

La regione precisa che ha proceduto ad aggiornare il piano dei conti regionale con DCA 427/2012, vigente dal 2013, anche al fine di assicurare il corretto monitoraggio del rispetto del tetto previsto dalla normativa vigente. La regione informa che procederà all’emanazione di linee guida sulla corretta classificazione merceologica, al fine di assicurare il corretto monitoraggio dei tetti stabiliti.

- con riferimento alla spesa farmaceutica convenzionata si rileva un valore contabilizzato a CE di 976 mln di euro (come già rilevato a luglio 2013) in diminuzione rispetto al 2011 di 158 mln di euro.

Nella riunione di luglio si segnalava che l’analisi degli scostamenti delle singole aziende effettuata dall’advisor faceva riferimento ai dati di IV trimestre e non di consuntivo 2012. Non risultano aggiornamenti.

Con riferimento allo scostamento tra il dato rilevato tramite le DCR e il valore di Tessera sanitaria di circa 6 mln di euro, la regione precisa che il predetto scostamento è confermato anche dai dati relativi al 2013. La regione intende richiedere un approfondimento alle aziende per tracciare le motivazioni del disallineamento.

Tavolo e Comitato prendono atto della volontà della regione e sottolineano che lo scostamento era presente già a partire dai dati del IV trimestre 2012. Invitano, pertanto, la regione a procedere celermente.

- con riferimento alla voce relativa a “altri beni e servizi” la spesa rilevata non presenta scostamenti rispetto a quanto rendicontato a luglio 2013 quando si è registrato un valore di 2.112 mln di euro in aumento di 22,6 mln di euro rispetto al consuntivo 2011 e in aumento di 18 mln di euro rispetto al IV trimestre 2012.

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

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

La regione precisa che sta avendo delle difficoltà nel dare attuazione all’articolo 15, comma 13, lettera b), del decreto legge 95/2013 (20% dei prezzi di riferimento dell’AVCP) e che ci sono delle criticità con riferimento alla revisione dei contratti di fornitura su alcune tipologie di beni e servizi. In ogni caso assicura che, su tale aspetto, ci saranno dei miglioramenti anche in considerazione della recente istituzione della direzione regionale dedicata.

Tavolo e Comitato chiedono alla regione e alla struttura commissariale di assicurare la manovra prevista dalla legislazione vigente, superando le criticità.

- con riferimento alla voce per medicina di base si registra un costo di 615 mln di euro (come a luglio 2013) con un aumento di 2 mln di euro rispetto al consuntivo 2011 e di 0,805 mln di euro rispetto al IV trimestre 2012;
- con riferimento alle prestazioni da privato risultano sottoscritti i contratti per il 2012. L’importo dei tetti di spesa per le prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale è stato rideterminato con i decreti nn. 348 e 349 del 2012.

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

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

In particolare:

- per l’ospedaliera il valore iscritto a CE è pari a 1.262 mln di euro. Non risultano aggiornamenti rispetto a quanto valutato a luglio 2013 al cui verbale si rimanda.

Con riferimento ai controlli esterni di appropriatezza, la regione precisa che i controlli esterni 2011 non erano disponibili in occasione della chiusura del bilancio d’esercizio 2012 e gli stessi saranno comunicati alle aziende in tempo utile per il bilancio d’esercizio 2013.

Con riferimento ai controlli esterni e al controllo dell’appropriatezza si ribadisce quanto riportato già nel verbale di luglio 2013: “si invita la regione a costruire meglio il fabbisogno e i relativi budget in quanto il dato relativo ai controlli esterni pari a 60 mln è indicativo di una non adeguata e appropriata erogazione dei LEA. Si invita la regione a tener conto di tale dato nella definizione dei budget e a rivedere anche il sistema dei controlli in modo da non incentivare l’inappropriatezza.”

Con riferimento al possibile rischio di overbudget rilevato in occasione dell’analisi del IV trimestre 2012, l’advisor precisa che, sulla base delle informazioni disponibili, i tetti risultano sottoscritti con tutti gli erogatori privati e pertanto, la regione, anche alla luce degli abbattimenti Appro e controlli esterni, non ha accantonato l’eventuale over produzione degli erogatori privati, con l’unica eccezione dell’azienda RM D che ha accantonato 8,3 mln di euro;

- per la specialistica ambulatoriale il valore iscritto a CE è pari a 372 mln di euro così come a luglio 2013. Non risultano aggiornamenti rispetto a quanto valutato a luglio 2013 al cui verbale si rimanda.

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

- per l'altra assistenza si registra un valore complessivo, compresa la riabilitazione extra-ospedaliera, di 788 mln di euro, superiore di circa 42 mln di euro rispetto al consuntivo 2011. Non risultano aggiornamenti rispetto a quanto valutato a luglio 2013 al cui verbale si rimanda.

Accantonamenti

Il totale gli accantonamenti dell'esercizio iscritti a CE consuntivo 2012 è pari a 422,158 mln di euro, in aumento di circa 48 mln di euro rispetto a quanto iscritto a luglio 2013.

Gli accantonamenti per rischi sono valorizzati per 318,393 mln di euro di cui circa 227 operati dalle aziende.

In particolare sulla voce BA2710 (accantonamenti per cause civili ed oneri processuali), pari a 80 mln di euro, si segnalano i seguenti accantonamenti delle aziende:

- RM E: 61 mln di euro di cui circa 51 mln di euro a titolo di richiesta di riconoscimento e rimborso del costo sostenuto per i rinnovi contrattuali del personale dipendente avanzata dall'Ospedale classificato e l'IRCCS privato. L'iscrizione, precisa l'azienda, è stata effettuata in considerazione dell'orientamento espresso implicitamente dal tribunale con il quesito posto alla CTU. E' in corso un approfondimento regionale i cui esiti saranno recepiti nel bilancio d'esercizio 2013. L'azienda ha anche accantonato 4,7 mln su sentenza di condanna in giudizio intentato da un factoring per crediti verso un operatore classificato non liquidati dall'azienda, ma riconosciuti dal tribunale. L'azienda ha presentato appello. L'azienda ha accantonato anche 5,3 mln di euro stimati dall'ufficio legale per interessi sul contenzioso in essere.

La regione precisa di aver già fatto presente all'azienda che tali oneri non sono dovuti, ma che l'azienda ha comunque ritenuto di effettuare l'accantonamento. Inoltre la regione precisa che potrebbero esserci anche fatture cedute che contengono la richiesta di pagamento degli oneri contrattuali.

Tavolo e Comitato ricordano che non sono dovuti gli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente degli ospedali privati, che siano classificati o meno e invitano la regione e la struttura commissariale a governare meglio le sue aziende e a controllare che le fatture cedute non contengano oneri non dovuti

Si ribadisce quanto riportato nel verbale della riunione di aprile 2013 "Tavolo e Comitato invitano la gestione commissariale a presidiare meglio le aziende, al fine di evitare che alcune di esse possano riconoscere agli ospedali classificati o a istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato remunerazioni non previste dalla normativa vigente".

Ricordano inoltre che il decreto legislativo 118/2011 all'articolo 29, lettera g), nel disporre che il collegio sindacale attesta l'avvenuto rispetto degli adempimenti necessari per procedere all'iscrizione dei fondi rischi ed oneri ed al relativo utilizzo, dispone altresì che "lo stato dei rischi aziendali è valutato dalla regione, che verifica l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio degli enti"

- RM G: 5,7 mln di euro principalmente legati al rischio di soccombenza anni 2008-2011 per messa in liquidazione coatta della società assicurativa con cui l'azienda aveva stipulato la polizza RCT/RCO;
- RM H: 2,9 mln di euro per contenzioso per danni a terzi da prestazioni sanitarie;
- Rieti: 1,9 mln di euro per contenzioso cause responsabilità civile; spese legali e processuali; franchigia assicurativa;
- PUI: 2,3 mln di euro per contenzioso per responsabilità professionale; contenzioso per cause di responsabilità civile a seguito della gestione autonoma dei sinistri e del contenzioso.

Con riferimento alla voce BA2730 (rischi per prestazioni da privato), valorizzata per un totale di 147,8 mln di euro, di cui 57 mln di euro accantonati dalle aziende. Le contabilizzazioni hanno riguardato le seguenti aziende:

- RMA: 19,7 mln di euro riferibile prevalentemente al contenzioso con un erogatore privato classificato;
- RM D per 20 mln di euro di cui 11,7 mln di euro connessi a fatture da operatori sanitari privati contestate e rilevate come note di credito da ricevere e circa 8,3 mln di euro quale accantonamento per overbudget;
- Frosinone per 16,9 mln di euro connessi al contenzioso su prestazioni codice 75 e prestazioni RAI per gli anni 2010 e 2011. Tavolo e Comitato chiedono maggiori informazioni stante il contenzioso, anche di carattere penale, che è instaurato con alcune strutture private dell'area di afferenza alla ASL di Frosinone.

Gli accantonamenti per rischi effettuati dalla GSA relativi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato sono pari a circa 91 mln di euro, in aumento di circa 47 mln di euro rispetto all'iscrizione di luglio 2013. A tale variazione è imputabile l'intero scostamento degli accantonamenti iscritti a CE 999 rispetto a luglio 2013.

L'advisor precisa che 44 dei 91 mln di euro accantonati per rischi da prestazioni sanitarie da privato sono così composti:

- prestazioni ospedaliere: 14,4 mln di euro;
- prestazioni ambulatoriali: 4,8 mln di euro;
- prestazioni di riabilitazione extra-ospedaliera: 7,5 mln di euro;
- prestazioni RSA: 9,4 mln di euro;
- prestazioni di hospice: 8,2 mln di euro.

L'advisor precisa che l'integrazione operata dalla GSA di 47 mln di euro è imputabile al saldo delle poste delle poste straordinarie attive/passive iscritte dalle aziende sul consuntivo 2012 a seguito delle determine regionali B07064 e B03341 del 2012. Alla luce delle note di credito non pervenute la regione ha ritenuto opportuno accantonare le economie determinate sul consolidato regionale dalle seguenti aziende: RM A (19 mln di euro); RM E (19,6 mln di euro); Viterbo (1,7 mln di euro); RM H (4,1 mln di euro); RM D (2,2 mln di euro).

La regione precisa di non aver ancora concluso le attività di verifica dell'adeguatezza degli accantonamenti e della consistenza dei fondi degli anni precedenti ai sensi del d.lgs. 118/2011, art.29, lett. g). La regione ritiene che tale attività sarà conclusa per la predisposizione del bilancio d'esercizio 2013; nel frattempo la regione ha preso atto di quanto riportato nei bilanci d'esercizio delle aziende e della GSA dell'anno 2012.

Si segnala, in ogni caso, che il valore degli accantonamenti per rischi relativi alle prestazioni da privato rappresenta l'iscrizione più alta dell'intero SSN e rappresenta il 68% del valore contabilizzato a consuntivo 2012 dall'intero SSN.

Con riferimento alla voce BA2750 (altri accantonamenti per rischi), pari a 59,4 mln di euro, le contabilizzazioni hanno riguardato le seguenti aziende:

- RM C per 8,6 mln di euro all'acquisto di prestazioni sanitarie da IRCCS privato S. Lucia per codice 75;
- PUI per 24,8 mln di euro di cui circa 20 mln di euro relativi ad un accantonamento prudenziale per i ricavi contabilizzati dall'azienda a titolo di rimborso sul costo sostenuto dalla stessa per la mancata sostituzione del personale universitario cessato e 4 mln di euro per passività potenziali relative alla richiesta di rimborso dei costi sostenuti per l'anno 2012 dalla università per il personale "ex-prefettato".

Con riferimento alla voce BA2820 altri accantonamenti, il valore iscritto a CE è pari a 54,138 mln di euro. La regione aveva inviato il dettaglio per azienda in occasione della riunione di luglio.

Nella voce altri accantonamenti la GSA ha provveduto ad accantonare i contributi regionali FSR vincolati iscritti erroneamente dalle aziende a titolo di contributi extrafondo (iscritti nelle voci CE relative ai contributi extrafondo da regione e nelle sopravvenienze attive). L'importo include anche 0,062 mln di euro quale rischio minore contabilizzazione da parte delle aziende degli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale convenzionato (come segnalato dai Tavoli nella scorsa riunione di verifica). La correzione, su indicazione regionale, verrà rilevata nei bilanci 2013 delle aziende attraverso l'utilizzo del fondo rischi costituito in GSA.

Tavolo e Comitato ricordano alla regione che esiste un'apposita voce, sul modello CE, deputata ad accogliere gli accantonamenti per i rinnovi contrattuali. Pertanto, anche nel caso di iscrizione temporanea sul modello CE della GSA, in attesa che, nel 2013, le aziende recepiscano tale importo, la regione avrebbe dovuto effettuare l'iscrizione nella voce BA2840. Si invita la regione a controllare sempre la corretta corrispondenza delle iscrizioni effettuate con le apposite voci presenti nei modelli ministeriali e le relative linee guida.

Gestione finanziaria

Il saldo della gestione finanziaria è pari a -110,441 mln di euro. Non risultano aggiornamenti rispetto alla riunione di luglio 2013.

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

Si chiedono aggiornamenti, anche alla luce dell'accesso al prestito di cui al dl 35/2013.

Gestione straordinaria

Il saldo della gestione straordinaria è pari a -21 mln di euro, così come a luglio 2013.

Si rileva una significativa variazione dei dati tra IV trimestre e consuntivo 2012. La regione non ha ritenuto necessario richiedere modifiche sui bilanci delle aziende dell'anno 2012.

La regione precisa che per i conti inerenti le poste straordinarie attive e passive verso gli erogatori privati di prestazioni sanitarie, le aziende hanno rilevato gli effetti contabili indotti dalle determinazioni regionali B07064 e B03341 del 2012, i recuperi aziendali per controlli mirati verso gli erogatori e gli importi derivanti da sentenze con esito negativo e non precedentemente accantonati.

Per le aziende che hanno movimentato le poste straordinarie la regione ha acquisito le richieste delle note di credito agli erogatori privati a seguito delle determinazioni regionali predette.

Tenuto conto che non risultano pervenute da parte degli erogatori privati le richiamate note di credito, la regione ha provveduto ad accantonare in GSA l'economia rilevata nel 2012 dalle aziende così come evidenziato nella parte dedicata agli accantonamenti.

La regione, infine, precisa che nel corso delle attività di verifica condotte si sono rilevate iscrizioni di poste straordinarie attive su contributi regionali FSR vincolato di competenza anno 2011 e ante erroneamente iscritti dalle aziende a titolo di contributi regionali extrafondo). Per tali poste la GSA ha accantonato negli altri accantonamenti l'importo di 6,6 mln di euro ed è stato chiesto alle aziende di apportare le dovute correzioni nei bilancio 2013.

I proventi straordinari sono pari a 201,9 mln di euro (come a luglio 2013), in aumento di 94 mln di euro rispetto al IV trimestre 2012. Gli importi maggiori sono relativi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato il cui importo aumenta di 40 mln di euro rispetto al IV trimestre 2012.

Con riferimento alla richiesta chiarimenti sull'iscrizione dell'azienda RM E un valore di 28,8 mln di euro di altre insussistenze v/altri, l'advisor precisa che si tratta prevalentemente di recupero somme verso una struttura classificata in seguito ad una sentenza.

Con riferimento alla variazione di 4 mln di euro rispetto al IV trimestre 2012 della voce EA0230 si segnala che tale scostamento è imputabile all'azienda S. Camillo per chiusura debiti 2011 per fatture da ricevere. Con riferimento alle altre sopravvenienze v/terzi (pari a 25 mln di euro) l'advisor precisa che lo scostamento di circa 5 mln di euro rispetto al IV trimestre è dovuto a iscrizioni contabili da parte delle aziende per incassi da regione di contributi vincolati di anni precedenti. La GSA ha accantonato gli importi per un totale di 6,6 mln di euro e ha richiesto alle aziende di apportare le dovute correzioni nel bilancio 2013.

Tavolo e Comitato chiedono chiarimenti in ordine alle iscrizioni aziendali e alle iscrizioni del consolidato regionale con riferimento agli anni pregressi.

Con riferimento alle insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto di prestazioni sanitarie da operatori accreditati si segnala una variazione rispetto al IV trimestre di 4,7 mln di euro imputabile all'azienda RM E a seguito della regolarizzazione di fatture vs una struttura privata (transazione INPS).

Si evidenzia che i proventi straordinari rappresentano il valore assoluto più alto in Italia e rappresentano il 20% del totale dei proventi straordinari contabilizzati dal SSN a consuntivo 2012. Al loro interno i proventi straordinari per le prestazioni da privato accreditato rappresentano, anche in questo caso, il valore in assoluto più alto in Italia e il 56% del totale dei proventi straordinari per prestazioni da privato accreditato contabilizzati a consuntivo 2012 dal SSN.

Gli oneri straordinari sono pari a 180,8 mln di euro, come a luglio 2013, e sono in aumento di 50 mln di euro rispetto al IV trimestre. In particolare si segnalano le sopravvenienze v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi (40 mln di euro) e le altre sopravvenienze passive v/terzi (62,6 mln di euro). L'azienda di Frosinone iscrive a sopravvenienza passiva una svalutazione crediti 2001 e ante non associabili a specifici fornitori pari a 10 mln di euro.

L'azienda RM D iscrive come insussistenze passive v/terzi circa 15 mln di euro a valere su note di credito generiche riferibili agli anni 2001-2003 non associabili a specifici fornitori.

Tavolo e Comitato rilevano che le fatture 2005 e ante avrebbero già dovuto essere comprese nel Piano di rientro.

Chiedono un approfondimento alla regione e all'advisor sul trattamento contabile di tali poste alla luce della casistica applicativa del decreto legislativo 118/2011.

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

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

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

Procedure di consolidamento

Il confronto tra la somma dei risultati di gestione dei singoli enti, ivi ricomprendendo il risultato della GSA, e il risultato di gestione del consolidato regionale evidenzia un disallineamento di 0,445 mln di euro sulla base di quanto riportato nella seguente tabella.

	Risultato di gestione 000 (1)	Somma risultati delle aziende in utile o pareggio (2)	Somma risultati delle aziende in perdita (3)	Valore atteso (4)=(1)+(2)+(3)	999 (5)	Differenza valore atteso - 999 (6)=(4)-(5)
Lazio	931.935	8.866	-735.995	204.806	204.361	445

Tavolo e Comitato ricordano che il consolidamento deve essere a somma zero.

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

Pertanto il consolidamento non è a pareggio ed evidenzia un differenziale pari a 0,449 mln di euro.

La regione, a luglio 2013, precisava che nel corso dell'anno 2013 avrebbe potuto essere istituito un tavolo di conciliazione regionale che avrebbe potuto generare effetti contabili nell'esercizio 2013. Si chiedono aggiornamenti. La regione fa presente di aver risolto le problematiche inerenti le poste intercompany tra le aziende.

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

Risultato di gestione

Tavolo e Comitato, sulla base di quanto sopra rappresentato, provvedono alla valutazione del risultato di gestione dell'anno 2012 non senza segnalare che:

- il CE 999 dell'anno 2012 è stato trasmesso una prima volta in data 4/07/2013, con un miglioramento di 100 mln di euro rispetto al IV trimestre 2012 da imputarsi alle poste straordinarie attive sulla cui bontà di iscrizione sussistevano ragionevoli dubbi essendo, peraltro, soggette ad approfondimenti da parte della regione stessa. Tavolo e Comitato chiedevano alla regione di ritrasmettere i dati entro il 10/09/2013;
- in data 10/10/2013 la regione ha trasmesso nuovamente i dati relativi al CE 999 2012, avendo provveduto ad aggiornare il risultato di gestione del modello 000 con l'iscrizione di circa 50 mln di euro di accantonamenti per rischi, al fine di bilanciare le poste straordinarie attive iscritte dalle aziende;
- gli errori di contabilizzazione, per la maggior parte, non sono stati corretti dalle aziende che, sulla base di indicazioni regionali, provvederanno alla loro correzione in occasione del bilancio 2013.

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

Il conto economico consuntivo 2012 inviato dalla Regione Lazio al NSIS in data 10 ottobre 2013 evidenzia, al netto della voce AA0080, una perdita di 604,321mln di euro.

Tavolo e Comitato richiamano i disallineamenti rispetto all'Intesa sul riparto 2012 relativi al finanziamento indistinto per 0,779 mln di euro e agli obiettivi di piano e somme vincolate per -0,780 mln di euro e invitano la regione ad apportare le conseguenti rettifiche sul modello CE.

Inoltre, in attuazione dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, provvedono a verificare l'eventuale presenza di aziende in utile. Dalla verifica effettuata risultano aziende in utile per un totale di 8,866 mln di euro.

In merito alle coperture preordinate dal Piano di rientro la regione ha provveduto alla loro iscrizione sul modello CE alla voce AA0080 a ciò finalizzata.

Tavolo e Comitato procedono, comunque, alla valutazione delle coperture preordinate dal Piano di rientro a partire dalla stima del Dipartimento delle finanze, depurandole dalla quota di 90 mln di euro destinata al pagamento del debito pregresso. Il gettito disponibile per l'equilibrio 2012 derivante dalla massimizzazione delle aliquote fiscali per l'anno d'imposta 2013, è pari a 799,018 mln di euro.

Si riportano, nella seguente tabella, gli effetti finanziari scontando anche gli effetti della rideterminazione delle stime delle aliquote fiscali degli anni d'imposta 2011 e 2012 e la consuntivazione dell'anno d'imposta 2010:

Regione Lazio

milioni di euro

	riunione del 17 aprile 2013	riunione del 18 dicembre 2013
	IV trimestre 2012	consuntivo 2012
risultato di gestione modello CE (al netto voce AA0080)	-650,944	-604,321
rettifica iscrizioni fondo indistinto		-0,779
rettifica iscrizioni fondi vincolati e per obiettivi di piano	-0,796	0,780
rettifica iscrizioni saldo di mobilità	-0,014	
rettifica minori accantonamenti	-0,081	
rettifica minori accantonamenti per obiettivi di piano non distribuiti	-3,029	
rettifica somma aziende in utile	0,000	-8,866
Risultato di gestione rideterminato	-654,864	-613,186
Rischio insussistenza INRCA	-6,000	
risultato di gestione rideterminato	-660,864	-613,186
coperture:		
stima gettito da aumento delle aliquote Irap e add. Irpef sui livelli massimi - anno imposta 2013	799,018	799,018
rideterminazione stima gettito a.i. 2011, 2012 e consuntivazione a.i. 2010	9,664	9,664
totale coperture	808,682	808,682
risultato di gestione dopo coperture	147,818	195,496

La Regione Lazio a consuntivo 2012 presenta un disavanzo prima delle coperture di 613,186 mln di euro.

Dopo il conferimento delle coperture fiscali di 808,682 mln di euro preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi del SSR, residua un avanzo di 195,496 mln di euro.

In merito a tale risultato, inoltre, Tavolo e Comitato ricordano che l'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011 prevede che resta fermo quanto previsto dall'articolo 1, comma 6, dell'Intesa Stato – Regioni del 3 dicembre 2009 per cui eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni rimangono nelle disponibilità delle regioni stesse.

Precisano che gli eventuali risparmi nella gestione del SSR dovranno essere accertati da Tavolo e Comitato stessi con riferimento all'intera gestione sanitaria regionale sia da un punto di vista patrimoniale che economico; solo a seguito di tali analisi le regioni potranno effettivamente disporre di eventuali eccedenze.

A tal proposito Tavolo e Comitato ricordano che, con riferimento alla rilevazione delle risultanze pregresse dal 2001 al 2011, utile anche ai fini di quanto disposto dal dl 35/2013, è in fase di valutazione la scheda di rilevazione inviata dalla regione.

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

La regione ha inviato il modello SP 999 e il modello SP 000 una prima volta in data 24 luglio 2013. I dati sono poi stati aggiornati il 10 ottobre 2013, con riferimento al modello 000 e il 14 ottobre 2013 con riferimento al modello consolidato regionale '999'. Sono stati, inoltre, modificati i modelli SP delle aziende S. Filippo Neri e Policlinico Umberto I.

Si ricorda, di nuovo, che la scadenza per l'invio al NSIS delle risultanze aziendali era prevista per il 30 maggio 2013 e per le risultanze consolidate regionali per il 30 giugno 2013.

Tavolo e Comitato, nel sottolineare il grave ritardo con cui la regione e la struttura commissariale hanno provveduto alla trasmissione del modello SP, provvedono all'esame dello stato patrimoniale anno 2012.

La regione e l'advisor hanno inviato un documento di analisi di quanto iscritto nel modello SP.

L'advisor ricorda che la regione sta completando le attività di predisposizione della nota integrativa, rendiconto finanziario e relazione sulla gestione sia della GSA sia del consolidato regionale.

Tavolo e Comitato sottolineano il persistere del ritardo.

L'advisor sottolinea che, in assenza di un sistema informatico adeguato a supporto delle operazioni di riconciliazione con le risultanze del bilancio finanziario, è stata applicata la stessa metodologia già adottata per l'anno 2011 dettagliata per i singoli capitoli regionali perimetrati con DCA 427/2012 ai fini della predisposizione del bilancio della GSA e del bilancio consolidato del SSR.

Ai sensi delle linee guida per la chiusura del bilancio d'esercizio 2012, gli uffici regionali competenti hanno analizzato il modello SP delle aziende e hanno prodotto lo SP 000 tenendo conto dei CE 2006-2011 e le risultanze dei capitoli del bilancio regionale che rappresentano nei modelli ministeriali i crediti verso Stato e Regione e i debiti verso le aziende rilevate dalla Direzione regionale bilancio, ragioneria, finanza e tributi, nei capitoli rientranti nella perimetrazione.

L'INRCA non ha inserito il modello SP 2012 nel NSIS. La regione, quindi, anche in considerazione del DCA 426/2012 che ha disposto la dismissione del presidio nella regione, quantificando in 15,5 mln di euro la somma a saldo di tutte le posizioni creditorie e debitorie tra INRCA e Regione Lazio, ha iscritto nell'ambito dei debiti la somma pattuita. Tuttavia la regione ha provveduto ad impegnare nel 2013 la somma di 15,5 mln di euro sul capitolo di ripiano perdite 2012, mantenendo anche gli impegni di competenza 2012 per un importo complessivo di 4,4 mln di euro. L'advisor consiglia un approfondimento sulla chiusura dei rapporti con l'INRCA.

Si resta in attesa di conoscere, nel minor tempo possibile, l'esito dei predetti approfondimenti.

La regione, nel processo di consolidamento, ha eliso i crediti e i debiti rilevati nel bilancio dell'AO San Giovanni Addolorata relativi ai pagamenti centralizzati per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e riabilitazione ex art. 26 erogate da strutture private accreditate, in quanto già iscritti nei bilanci delle singole aziende sanitarie. Tale elisione vale 15,9 mln di euro.

Con riferimento alle elisioni delle voci R, consolidate per 68,3 mln di euro, ed RR, consolidate per 2.565,8 mln di euro, l'advisor precisa che tali partite presentano valori diversi che non si compensano alla data del 31.12.2012 e consiglia, in considerazione dell'errato utilizzo dei conti SP intercompany da parte delle aziende, di leggere i valori differenziali in termini aggregati.

Tavolo e Comitato invitano la regione a controllare in modo più puntuale i bilanci inviati dalle aziende e a trasmettere modelli di bilancio valorizzati correttamente.

MODELLO 999

ATTIVO

Immobilizzazioni

La voce è pari a 3.064,296 mln di euro di cui:

- Immobilizzazioni immateriali: 292,721 mln di euro;
- Immobilizzazioni materiali: 2.716,563 mln di euro;
- Immobilizzazioni finanziarie: 55,012 mln di euro.

Crediti

- Crediti verso Stato: l'importo iscritto a SP 2012 è pari a 1.496,317 mln di euro, composto da:
 - o crediti vs Stato per spesa corrente – integrazione a norma d. lgs. 56/2000 per 994,296 mln di euro, iscritto dalla GSA. Tale importo corrisponde a quote 2011 e ante per 668 mln di euro (di cui 96,29 mln di euro per quote premiali del FSR 2008; 283,33 mln di euro di quote premiali del FSR 2010; 288,53 mln di euro per quote premiali FSR 2011) e a quote FSR 2012 per 325,84 mln di euro. Con riferimento al Fondo indistinto il valore dei residui attivi risultante dai capitoli di bilancio regionale, pari a 702 mln di euro, è più elevato rispetto a quanto rilevato nei modelli SP 2011 e 2012. La differenza è in corso di approfondimento da parte della regione.

Si chiede alla regione di verificare gli importi iscritti con quelli riportati nella scheda di rilevazione della situazione economico patrimoniale del pregresso 2001-2011 e ante e di rendere coerenti le iscrizioni sul modello SP.

La regione ha riferito della difficile rintracciabilità degli accertamenti che, in tali annualità, potrebbero essere stati effettuati in capitoli non specifici della sanità. Gli impegni, invece, risultano allineati rispetto alle assegnazioni salvo: 50 mln di euro riferiti all'annualità 2008 che riguardano somme erogate direttamente all'Ospedale Bambino Gesù e non transitate nel bilancio regionale; 2 mln di euro riferiti all'annualità 2005 di maggiori impegni rispetto alle assegnazioni; 11 mln di euro riferiti all'annualità 2010 dovuti per 6,5 mln di euro alle visite fiscali non accertate nel bilancio regionale in quanto in quanto accantonate e per 4,5 mln di euro ad economie vincolate ancora da impegnare. E', in ogni caso, in corso un approfondimento regionale;

- o crediti vs Stato per spesa corrente – FSN per 278,903 mln di euro, iscritto dalla GSA. Tali crediti si riferiscono a quote FSR vincolato di cui 90 mln di euro per quote relative al 2011 e ante (di cui 26 mln di euro non accertati nel bilancio regionale) e 189 mln di euro di FSR vincolato anno 2012 (di cui 37 mln di euro non accertati nel bilancio regionale).

Si chiede alla regione di verificare gli importi iscritti con quelli riportati nella scheda di rilevazione della situazione economico patrimoniale del pregresso 2001-2011 e ante e di rendere coerenti le iscrizioni sul modello SP.

Il disallineamento è in corso di approfondimento da parte della regione. Sono, inoltre, emerse ulteriori differenze tra il valore degli accertamenti e le assegnazioni per 88 mln di euro (che risultano erogati da Stato) imputabili alle annualità 2001, 2003 e 2006. La regione ha riferito della difficile rintracciabilità degli accertamenti che, in tali annualità, potrebbero essere stati effettuati in capitoli non specifici della sanità. In particolare per l'esercizio 2006 si rileva una riduzione dell'accertamento iniziale di circa 37 mln di euro per compensazione della mobilità sanitaria extraregionale anni 97-2004. Con riferimento alla differenza tra impegni e assegnazioni pari a 123 mln di euro, la regione precisa che la quota di 26,6 mln di euro è inerente alle quote da accertare e impegnare; per la parte restante è in corso un approfondimento;

- crediti vs Stato per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente per 24,674 mln di euro, iscritto dalla GSA, di cui 20 mln di euro per la legge 210/92;
- crediti vs Stato per finanziamenti per investimenti per 153,573 mln di euro, di cui 148,871 mln di euro iscritti dalla GSA e costituiti da 102,5 mln di euro di finanziamenti ex art. 20; da 45 mln di euro di assegnazioni dello Stato per la realizzazione di strutture sanitarie per l'attività libero-professionale intramuraria; da 1 mln di euro di altri finanziamenti.

Tavolo e Comitato chiedono alla regione di produrre il dettaglio della composizione di tale voce corredato dei singoli provvedimenti di assegnazione al fine di permettere il relativo riscontro da parte dei competenti uffici del Mef.

- crediti vs prefetture per 40,487 mln di euro.

La regione ha ricostruito extra contabilmente i valori riferiti ai crediti verso Stato per spesa corrente e per investimenti, a partire dalle informazioni disponibili nel bilancio regionale.

Con riferimento al FSR vincolato sono stati confrontati gli accertamenti effettuati nel corso delle annualità 2012 e ante con gli atti formali di assegnazione dei finanziamenti. Da tale attività sono emersi circa 63 mln di euro di fondi non accertati (di cui 2011 e ante per 26 mln di euro e 37 relativi al 2012) che sono stati sommati al valore risultante dai residui attivi nei confronti dello Stato.

L'importo di 325 mln di euro, come richiesto dai Tavoli di verifica, è stato eliminato dal bilancio di previsione 2013 e dal modello SP 2012. La regione ha trasmesso i capitoli di bilancio regionale a supporto di tale cancellazione.

- Crediti vs Regione per un importo totale di 5.395,522 mln di euro. Rispetto all'esercizio 2011 la voce subisce un incremento di circa 1.100 mln di euro.
 - Crediti vs regione per spesa corrente per 4.276,018 mln di euro in aumento di circa 500 mln di euro rispetto al 2011;
 - Crediti vs regione per mobilità attiva extraregionale per 12,7 mln di euro. Su tale punto è in corso un approfondimento presso le aziende i cui effetti saranno recepiti nel bilancio 2013;
 - Crediti vs regione per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA per 808,682 mln di euro relativi alle manovre fiscali anno d' imposta 2013;
 - Crediti vs regione per spesa corrente – altro per 3.454,656 mln di euro. Tale valore è stato determinato dalla regione in base al differenziale ottenuto tra le spettanze residue verso Stato e le disponibilità finanziarie complessive della sanità rilevate dalla Direzione bilancio, ragioneria, finanze e tributi e relative ad economie vincolate, residui passivi, perenzione ricognita iscritta in bilancio, stock di perenzione ricognito non iscritto in bilancio.

Si chiede alla regione di imputare nelle apposite voci i crediti vs regione con riferimento alla relativa natura;

- Crediti vs regione per versamenti a PN per 1.119,504 mln di euro, iscritti nella voce per ripiano perdite. L'importo è stato determinato dalla regione in base al differenziale ottenuto tra le spettanze residue verso Stato e le disponibilità finanziarie complessive rilevate dalla Direzione bilancio, ragioneria, finanze e tributi e relative a residui di stanziamento, residui passivi, perenzione, disponibilità da accertare. Il dettaglio di tale voce è composto:
 - 160 mln di euro relativi a fondino anno 2007;
 - 12,3 mln di euro relativi a manovre fiscali anno d'imposta 2008;
 - 0,2 mln di euro relativi a manovre fiscali anno d'imposta 2009;
 - 17,4 mln di euro relativi a manovre fiscali anno d'imposta 2010;
 - 255,7 mln di euro relativi a manovre fiscali anno d'imposta 2011;
 - 673,8 mln di euro relativi a manovre fiscali anno d'imposta 2012.

L'advisor precisa che, per la predisposizione del modello SP 999 la regione ha eliso i valori rilevati dalle aziende nel conto patrimoniale "crediti finanziari vs regione" per 585 mln di euro.

Si chiedono maggiori informazioni.

- Crediti vs aziende sanitarie pubbliche per 3,604 mln di euro, iscritti totalmente vs aziende sanitarie pubbliche extraregione. La regione ha provveduto ad elidere i crediti vs aziende sanitarie pubbliche della regione composti da:
 - 68 mln di euro quali crediti per mobilità attiva in compensazione. Tale voce è stata erroneamente rilevata dall'azienda RM G nella voce ABA560, mentre avrebbe dovuto essere rilevata nella voce ABA570;
 - 266 mln di euro quali crediti per mobilità non in compensazione;
 - 412 mln di euro quali crediti per altre prestazioni.

La regione, come precedentemente detto, ha previsto la possibilità di richiedere l'istituzione di un Tavolo di conciliazione regionale, al fine di evitare il ricorso ad azioni giudiziarie reciproche tra aziende. Gli esiti di tale Tavolo verranno scontati nell'esercizio 2013.

- Crediti vs comuni per 47,6 mln di euro;
- Crediti vs altri per 757,7 mln di euro composti da:
 - 192 mln di euro vs clienti privati;
 - 74 mln di euro vs gestioni liquidatorie;
 - 322 mln di euro vs altri soggetti pubblici. Su tale posta si rileva, anche sulla base delle risposte pervenute dai Collegi sindacali, un potenziale rischio di esigibilità in alcune aziende. La regione intende avviare un approfondimento i cui effetti saranno recepiti nel bilancio 2013;
 - 6 mln di euro vs soggetti pubblici per ricerca;
 - 163 mln di euro per crediti diversi.

La regione ha richiesto alle aziende una ricognizione straordinaria del grado di esigibilità dei crediti vs terzi. Da tale ricognizione è emerso che, alla data della rilevazione (31.10.2012) le aziende avevano avviato azioni di recupero per circa il 10% del valore dei crediti vs terzi e circolarizzato circa il 20% dei crediti. Sono emersi crediti di certa esigibilità (20%), crediti di incerta esigibilità (4%), crediti di difficile esigibilità (5%) ed assenza di risposta per il 70% dei crediti circolarizzati.

Disponibilità liquide per 239,122 mln di euro di cui 151 mln di euro iscritti dalla GSA a valere su conto di tesoreria unica. La regione ha avviato le attività di riconciliazione trimestrale delle giacenze

presenti presso il c/c di tesoreria intestato alla sanità con le risultanze dell'istituto tesoriere sul 2012 e 2013.

PASSIVO

Patrimonio netto

Il patrimonio netto è iscritto per 1.763,556 mln di euro ed è così composto:

- **Fondo di dotazione** per -1.088,411 mln di euro. Gli approfondimenti avviati sul fondo di dotazione negativo delle aziende a partire dall'SP 2011, saranno completati con la riconciliazione dei residui passivi del bilancio regionale con i saldi contabili delle aziende.
Si chiedono maggiori dettagli e la tempistica di tale attività. Si ricorda che l'analisi di tale posta, data anche la dimensione, è strettamente collegata alle risultanze del pregresso;
- **Finanziamenti per investimenti** per 2.637,125 mln di euro. La regione ha chiesto alle aziende di dare evidenza, in nota integrativa, dei singoli atti di assegnazione dei finanziamenti che presentano un valore residuo al 31.12.2012, specificando nel contempo quali sono imputabili a quote di ammortamento residue delle immobilizzazioni già finanziate e quali, invece, ad immobilizzazioni da finanziare, tenendo conto del ricalcolo del fondo ammortamento. La regione ha chiesto la predisposizione di un prospetto informativo, al fine di completare l'istruttoria in tempo utile per il bilancio d'esercizio 2013. Sulla base delle informazioni disponibili, come precedentemente rappresentato, si rileva che gli investimenti del SSR sono stati pari a circa 161,4 mln di euro di cui circa 92,9 mln di euro finanziati con contributi in c/capitale e circa 68 mln di euro con contributi in c/esercizio. Rispetto a questi ultimi i principali disallineamenti rilevati nel conto economico "rettifica contributi in c/esercizio" sono stati rilevati dalle aziende RM A (rettifica al 100% e non al 20%); Frosinone (duplicazione di una nota per 0,6 mln di euro); PTV (applicazione della rettifica al 20% correlata ai mesi di effettiva entrata in utilizzo del bene). La regione ha chiesto l'allineamento nel bilancio 2013. La regione, inoltre, sta avviando la verifica della coerenza degli investimenti effettuati dalle aziende rispetto ai piani di investimento presentati dalle stesse;
- **Riserve da donazioni o lasciti** per 37 mln di euro;
- **Altre riserve** per 21 mln di euro;
- **Contributi per ripiano perdite** per 14.902,584 mln di euro, di cui 123,9 mln iscritti dalla GSA. Sono ancora in corso le attività regionali di verifica dell'allineamento dei residui passivi iscritti in bilancio regionale a titolo di ripiano perdite con i saldi contabili dei bilanci delle aziende.
Si resta in attesa degli esiti di tali approfondimenti;
- **Utili (perdite) portati a nuovo** per -14.950,920 mln di euro, di cui 9,217 mln di euro iscritti dalla GSA e non distribuiti.

Tavolo e Comitato ricordano che sulla base del d.lgs. 118/2011 e della casistica applicativa si compensano le poste contributi ripiano perdite e perdite portate a nuovo limitatamente alle perdite che sono state coperte e i fondi trasferiti.

L'articolo 29, comma d), del decreto legislativo 118/2011 riporta, infatti, che i contributi per ripiano perdite sono rilevati in un'apposita voce del patrimonio netto sulla base del provvedimento regionale di assegnazione, con contestuale iscrizione di un credito verso regione. Al momento dell'incasso del credito, il contributo viene stornato dall'apposita voce del patrimonio netto e portato a diretta riduzione della perdita all'interno della voce «utili e perdite portati a nuovo»;

- Utili (perdite) d'esercizio per 204,360 mln di euro. L'utile iscritto dalla GSA è pari a 931,935 mln di euro.

Fondi per rischi e oneri

La voce è valorizzata per 1.238,053 mln di euro di cui:

- Fondo rischi per 789 mln di euro legati principalmente (474 mln di euro) ai rischi connessi ad acquisti di prestazioni da privato e per il resto (202 mln di euro) ad altri rischi.
L'advisor precisa che ad oggi la regione non ha concluso le attività di verifica dell'adeguatezza degli accantonamenti e della consistenza dei fondi degli anni precedenti ai sensi del d.lgs. 118/2011. Si ritiene che l'attività verrà conclusa per la predisposizione del bilancio d'esercizio 2013. Nel frattempo, la regione ha preso atto di quanto riportato nei bilanci d'esercizio 2012 dalle aziende e dalla GSA. Non si hanno informazioni in merito all'utilizzo dei fondi in esame.

Quote inutilizzate di contributi

La voce è valorizzata per 85,6 mln di euro di cui 59 mln di euro a valere su quote inutilizzate di contributi vincolati da soggetti pubblici (extrafondo).

Altri fondi per oneri e spese

La voce è valorizzata per 361 mln di euro di cui 330 mln di euro rilevati sulla voce altri fondi (15 mln di euro rilevati dalla GSA a seguito di errate contabilizzazioni da parte delle aziende in merito ai contributi regionali extrafondo).

TFR

La voce è valorizzata per 49,9 mln di euro quasi interamente attribuibili al fondo premi operosità Sumai.

Debiti

La voce è valorizzata per 8.085,138 mln di euro così composti:

- debiti per mutui passivi per 4 mln di euro attribuibili, quasi interamente, all'azienda San Camillo (3,9 mln di euro) che rileva il debito riferito al mutuo passivo decennale a tasso fisso, finalizzato ad interventi strutturali ed impiantistici programmati (autorizzati con delibera di Giunta regionale n.99/2006). La restante parte è attribuibile all'azienda RM D che rileva il debito riferibile al mutuo passivo sottoscritto nel mese di febbraio 2003 per l'acquisto del complesso immobiliare di Casal Bernocchi, gravato da ipoteca di primo grado solo sulla parte del complesso adibita alle attività amministrative;
- debiti vs Regione sono stati elisi per 173 mln di euro ed erano stati iscritti dalle aziende di Viterbo (125,8 mln di euro) e Rieti (34,4 mln di euro).

Si chiedono chiarimenti su tali iscrizioni aziendali;

- debiti vs aziende sanitarie pubbliche per 20,8 mln di euro e si riferiscono a debiti vs aziende sanitarie extraregionali;
- I debiti vs aziende sanitarie pubbliche della regione sono pari a 5,2 mln di euro e rappresentano le partite intercompany elise in sede di consolidato SP 999 composte per:
 - 22 mln di euro da debiti per mobilità in compensazione. Il valore è stato erroneamente rilevato dall'azienda RM G e avrebbe dovuto essere inserito nella voce PDA200;
 - 228 mln di euro da debiti per mobilità non in compensazione;
 - 486 mln di euro da debiti per altre prestazioni;

- 4.326 mln di euro da debiti per quota FSR rilevati in GSA e derivanti dai residui passivi (4.271 mln di euro) cui è stato aggiunto lo stock di perenzione per tener conto dell'esposizione debitoria complessiva della GSA vs le aziende;
- 141 mln di euro da debiti per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA rilevati in GSA e derivanti dai residui passivi (106 mln di euro) a cui è stato aggiunto lo stock di perenzione per tener conto dell'esposizione debitoria complessiva della GSA vs le aziende.

I debiti vs aziende sanitarie pubbliche della regione per versamenti a patrimonio netto elisi ammontano a 736 mln di euro circa. Tali valori sono stati rilevati in GSA e derivano dai residui passivi (449 mln di euro) afferenti sia al ripiano perdite sia ai finanziamenti per investimenti ai quali è stato aggiunto lo stock di perenzione per tener conto dell'esposizione debitoria complessiva della GSA vs le aziende. Si ricorda ancora una volta che la regione ha previsto l'istituzione di un tavolo di conciliazione regionale al fine di evitare il ricorso ad azioni giudiziarie reciproche tra aziende che produrrà effetti contabili nel 2013;

- debiti vs società partecipate e/o enti dipendenti della regione per 79 mln di euro di cui 78,4 mln di euro rilevati dalla GSA e ascrivibili principalmente ad ARPA (22 mln di euro); Filas Spa (20,4 mln di euro); Lait (25,6 mln di euro); Asp (6,2 mln di euro), Agenzia regionale trapianti (2,9 mln di euro);
- debiti vs fornitori per 6.471,683 mln di euro di cui:
 - 1.662 mln di euro vs erogatori di prestazioni sanitarie;
 - 4.809 mln di euro vs altri fornitori (37,7 mln di euro iscritti dalla GSA)

La regione ha richiesto una ricognizione straordinaria alle aziende del debito residuo verso fornitori non oggetto di pagamento regionale. Dall'analisi della documentazione trasmessa era emerso che circa il 30% dei debiti rilevati nei bilanci 2011 non era oggetto di pagamenti centralizzati. Tuttavia erano emersi debiti verso erogatori di prestazioni sanitarie pagati in regime di acconto dalla regione per le quali si necessitava di un ulteriore approfondimento in sede di bilancio d'esercizio 2012.

Si resta in attesa degli esiti dell'approfondimento.

Si rappresenta che i tempi di pagamento verso i fornitori, fonte Assobiomedica, risultano nel periodo gennaio-settembre 2013 pari a 319 giorni a fronte dei 358 giorni del periodo equivalente relativo all'anno 2012 con una diminuzione in termini percentuali dell'11%;

- debiti vs istituto tesoriere per 644,5 mln di euro e rappresentano il debito per le anticipazioni di cassa rilevate dalle aziende che risulta tra i più alti in Italia;
- debiti vs altri per 570,7 mln di euro di cui:
 - 253,6 mln di euro per debiti vs dipendenti;
 - 288 mln di euro per debiti diversi di cui 58 mln di euro iscritti dalla GSA, afferenti principalmente a finanziamenti in c/capitale a erogatori di prestazioni sanitarie private. E' in corso un approfondimento i cui esiti saranno recepiti nel bilancio 2013.
- ratei e risconti passivi per 11 mln di euro. La regione ha fornito alle aziende indicazioni circa il trattamento dei ratei e dei risconti passivi al 31.12.2011 e ha chiesto di sottoporre l'istruttoria aziendale al Collegio sindacale e di recepire in contabilità gli esiti condivisi con lo stesso, fornendo dettagliata evidenza in nota integrativa.

Tavolo e Comitato ricordano che è in corso l'attività istruttoria relativa alla schede di rilevazione della situazione economico patrimoniale progressa 2001-2011 e chiedono alla regione

di allineare le poste di stato patrimoniale in coerenza con le risultanze della predetta scheda di rilevazione.

D. SCHEDA DI RILEVAZIONE DEL PREGRESSO 2001-2011

La struttura commissariale, in data 10 settembre 2013, ha inviato la scheda di rilevazione del progresso per gli anni 2001-2011, così come richiesto nei verbali delle riunioni tecniche del 22, 29 maggio e 6 giugno 2013.

La scheda trasmessa era priva di alcune informazioni richieste e pertanto non era esaminabile. La regione, quindi, ha effettuato un secondo invio in data 18 settembre 2013. La tabella 4 “ammortamenti e costi capitalizzati” non risulta completa.

Tavolo e Comitato fanno presente che l’analisi della predetta scheda di rilevazione richiede un ulteriore approfondimento con la regione, in quanto, dai dati trasmessi, emergono delle incongruenze rispetto alle risultanze conosciute dai Tavoli tecnici. Si chiede alla regione e alla struttura commissariale di produrre una relazione esplicativa delle schede del progresso 2001-2011.

Si segnala in particolare quanto segue.

Tabella 1- Fondo sanitario indistinto

I bilanci aziendali + 000 contabilizzano in entrata 4.145,637 mln di euro in più rispetto al Cipe. Tenendo conto delle contabilizzazioni in entrata relative al fondo transitorio di accompagnamento, pari a 1.363,544 mln di euro, che dovrebbero essere state incluse dalle aziende nelle entrate, di cui si chiede conferma alla regione, risultano nei bilanci aziendali + 000, maggiori entrate per 2.782,093 mln di euro.

In particolare con riferimento agli anni precedenti al Piano di rientro sempre con riferimento al Riparto Cipe FSN indistinto:

- i bilanci dell’anno 2001 presentano una maggiore iscrizione di 512 mln di euro;
- i bilanci dell’anno 2002 presentano una maggiore iscrizione di 1.165 mln di euro;
- i bilanci dell’anno 2003 presentano una maggiore iscrizione di 103 mln di euro;
- i bilanci dell’anno 2004 presentano una maggiore iscrizione di 127 mln di euro;
- i bilanci dell’anno 2005 presentano una minore iscrizione di 53 mln di euro.

Per gli anni 2006-2011, sempre con riferimento al Riparto Cipe indistinto e nel presupposto che includano anche le entrate da fondo transitorio di accompagnamento:

- i bilanci dell’anno 2006 presentano una maggiore iscrizione di 573 mln di euro;
- i bilanci dell’anno 2007 presentano una maggiore iscrizione di 128 mln di euro;
- i bilanci dell’anno 2008 presentano una maggiore iscrizione di 249 mln di euro;
- i bilanci dell’anno 2009 presentano una maggiore iscrizione di 8 mln di euro;
- i bilanci dell’anno 2010 presentano una maggiore iscrizione di 19 mln di euro.
- i bilanci dell’anno 2011 presentano una minore iscrizione di 47 mln di euro.

Il Bilancio regionale ha accertato un importo inferiore alle assegnazioni CIPE 2001-2011 per 760,766 mln di euro. Le differenze maggiori si rilevano sugli anni 2004-2005. Con riferimento all’anno 2008, si rinvia a quanto di seguito riportato. La regione precisa in proposito che: “il valore degli

accertamenti puntualmente individuati nei capitoli di bilancio dedicati alla sanità risulta essere, in taluni casi, inferiore rispetto al valore delle delibere CIPE, in quanto è verosimile che gli stessi siano stati imputati a capitoli non afferenti al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale. Ciò ha comportato, in alcuni casi, una difficoltà nella ricostruzione degli importi che tuttavia si ritengono comunque accertati, seppur non nei capitoli appositamente previsti per la sanità, in ragione della *presenza di impegni in linea con gli atti formali di assegnazione del FSR.*”

Con riferimento agli impegni si rileva un minore impegno rispetto all’assegnazione CIPE anni 2001-2011 per un totale di 59,322 mln di euro. la quasi totalità, pari a 50 mln di euro sono relativi all’anno 2008 e riferiti all’Ospedale Bambino Gesù che, in virtù della delibera CIPE n. 100 del 2008, ha beneficiato dell’erogazione diretta di tale somma che, pertanto non è transitata nel bilancio regionale. I residui mancati impegni rispetto al Cipe sono riferiti all’anno 2010.

Con riferimento all’erogazione di cassa la regione deve ancora erogare al SSR, considerando l’intera assegnazione CIPE, un totale di 1.259,440 mln di euro che, al netto delle somme ancora non erogate dallo Stato (pari a 304,890 mln di euro) diviene un importo di 954,550 mln di euro.

Tabella 2- Fondo sanitario vincolato e per obiettivi di piano

Le somme iscritte sui bilanci aziendali+000 sono inferiori rispetto alle assegnazioni CIPE per un totale di 784,297 mln di euro.

La regione ha accertato somme inferiori rispetto a quanto assegnato dal CIPE per 101,553 mln di euro. La regione precisa che “il valore degli accertamenti puntualmente individuati nei capitoli di bilancio dedicati alla sanità risulta essere, in taluni casi, inferiore rispetto al valore delle delibere CIPE, in quanto è verosimile che gli stessi siano stati imputati a capitoli non afferenti al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale. Ciò ha comportato, in alcuni casi, una difficoltà nella ricostruzione degli importi che tuttavia si ritengono comunque accertati, seppur non nei capitoli appositamente previsti per la sanità, in ragione della presenza di impegni in linea con gli atti formali di assegnazione del FSR”.

La regione ha impegnato somme inferiori rispetto al CIPE di 123,970 mln di euro.

Con riferimento all’erogazione di cassa la regione deve ancora erogare al SSR, considerando l’intera assegnazione CIPE, un totale di 723,986 mln di euro che, al netto delle somme ancora non erogate dallo Stato (pari a 42,534 mln di euro) diviene un importo di 681,453 mln di euro.

Considerando le maggiori iscrizioni rispetto al fondo indistinto e le minori iscrizioni rispetto al fondo vincolato (Tabella 1 e Tabella 2), Tavolo e Comitato segnalano, nel complesso sui bilanci aziendali+000, maggiori iscrizioni in entrata a titolo di FSR indistinto e vincolato per tutto il periodo considerato di 3.361 mln di euro che, depurati dall’iscrizione relativa al fondo transitorio di accompagnamento, evidenziano maggiori iscrizioni in entrata da parte dei bilanci aziendali+000 di 1.998 mln di euro.

Tavolo e Comitato restano in attesa dei chiarimenti della regione per poter iniziare l’analisi.

Tabella 3- Ulteriori risorse da bilancio regionale

Le aziende hanno iscritto un valore minore degli impegni del bilancio regionale di circa 1.180 mln di euro.

Si chiedono chiarimenti al fine di completare l'istruttoria con riferimento alle conseguenti erogazioni di cassa.

Tabelle 4-5 –ammortamenti, costi capitalizzati e ricalcolo ammortamenti

Con riferimento ai costi capitalizzati si segnala che le iscrizioni risultanti sul modello CE non sono coerenti con le iscrizioni effettuate dai bilanci aziendali, in quanto i bilanci riportano un importo superiore di 66,174 mln di euro.

Con riferimento agli ammortamenti si segnala che le iscrizioni risultanti sul modello CE non sono coerenti con le iscrizioni effettuate dai bilanci aziendali, in quanto i bilanci riportano un importo superiore di 90,911 mln di euro.

La regione non ha fornito il dettaglio delle determine dirigenziali di assegnazione dei contributi.

Si resta in attesa di tale informazione per continuare l'istruttoria.

Con riferimento al ricalcolo ammortamenti, risulta un importo di 11,951 mln di euro. La regione non ha valorizzato gli importi sterilizzati.

Si chiedono chiarimenti.

Si chiedono anche chiarimenti con riferimento all'importo indicato dalla regione in occasione dell'analisi del consuntivo 2012. La regione, infatti, rileva un importo di - 7,448 mln di euro.

Tabelle 8 - risultati di gestione

Si resta in attesa di acquisire le informazioni sulle iscrizioni in entrata da FSN come evidenziato per la tabella 1 e la tabella 2 al fine di condurre l'analisi sui risultati di gestione.

Sulla base dei dati contenuti nella tabella 8 si riepilogano, nella tabella seguente, i risultati di gestione valutati dai Tavoli tecnici, i risultati d'esercizio derivanti dalla somma dei risultati di gestione aziendali negativi, i risultati d'esercizio della GSA.

	risultato Tavolo	bilanci negativi aziende	bilanci positivi aziende	Risultati GSA
2001-2005	- 6.298.918	-8.728.286	42	612.648
2006	- 1.966.913	- 2.082.921	3.083	335.890
2007	- 1.696.481	- 1.576.493	-	336.650
2008	- 1.693.342	- 1.611.669	5.349	406.229
2009	- 1.419.449	- 1.483.963	24.921	346.348
2010	- 1.058.627	- 1.285.364	71.064	163.700
2011	- 774.938	- 968.399	188.316	12.627
ToT	- 14.908.668	- 17.737.095	292.775	2.214.092

E' possibile evincere che la somma dei risultati d'esercizio negativi delle aziende sanitarie è pari a - 17.737,668 mln di euro. Per gli anni 2001-2005 i risultati negativi sono pari a -8.728,286 mln di euro; per gli anni 2006-2011 i risultati negativi sono pari a 9.008,809 mln di euro.

Si segnala che i risultati d'esercizio delle aziende per gli anni 2006-2009 dovrebbero essere comprensivi delle coperture relative al fondo transitorio di accompagnamento.

I Tavoli tecnici hanno valutato risultati d'esercizio per un totale di -14.908,668 mln di euro, minori di 2.828,427 mln di euro rispetto ai bilanci delle aziende.

Si segnala la presenza di risultati d'esercizio positivi delle aziende per un totale di 292,775 mln di euro e della GSA per un totale di 2.214,092 mln di euro.

Si chiede alla regione di fornire informazioni circa i risultati d'esercizio aziendali alla luce di quanto rappresentato con riferimento alle entrate contabilizzate nelle tabelle 1 e 2 con riferimento ai bilanci aziendali stessi; la destinazione degli utili e i relativi atti a supporto.

Tabelle 9 10-11-12-13-14-coperture

Si riepilogano, nella tabella seguente, le coperture derivanti dal bilancio regionale, dalla massimizzazione delle aliquote fiscali, dal ripiano disavanzi nazionali, dal ripiano selettivo dei disavanzi, dal fondo transitorio di accompagnamento, da accesso ad anticipazione liquidità, da FAS.

	coperture Tavolo					
	bilancio regionale e massimizzazioni aliquote fiscali	ripiano disavanzi nazionale	ripiano selettivo disavanzi	fondino	anticipazione e liquidità	Fas
2001-2005	2.457.918	537.011	2.079.000		5.300.000	
2006	1.335.000			400.555		
2007	1.460.693			377.643		
2008	1.044.116			320.996		
2009	1.041.392			264.350		796.782
2010	1.168.000					
2011	792.260					
ToT	9.299.379	537.011	2.079.000	1.363.544	5.300.000	796.782

	coperture accertate bilancio regionale					
	bilancio regionale e massimizzazioni aliquote fiscali	ripiano disavanzi nazionale	ripiano selettivo disavanzi	fondino	anticipazione liquidità	Fas
2001-2005	675.000	537.011	2.079.000		5.300.000	
2006	1.474.000			400.555		
2007	1.034.950			377.643		
2008	1.034.688			320.996		
2009	1.039.280			264.350		796.782
2010	744.887					
2011	743.092					
ToT	6.745.897	537.011	2.079.000	1.363.544	5.300.000	796.782

	coperture impegnate bilancio regionale					
	bilancio regionale e massimizzazioni aliquote fiscali	ripiano disavanzi nazionale	ripiano selettivo disavanzi	fondino	anticipazione e liquidità	Fas
2001-2005	1.244.220	517.838	2.079.000		5.299.432	
2006	1.519.881			399.277		
2007	2.252.050			377.643		
2008	1.371.247			320.996		
2009	1.168.109			264.350		703.658
2010	1.165.310					
2011	775.937					
ToT	9.496.754	517.838	2.079.000	1.362.266	5.299.432	703.658

Anche su tali informazioni è necessario un approfondimento da condursi con la struttura regionale di supporto alla gestione commissariale.

Tablelle 15- 16 – crediti e anzianità crediti

Si segnala che i crediti risultanti dalla tabella 15, ad esclusione dei crediti vs Stato e vs Regione, risultano superiori a quelli inseriti allo stesso titolo nella tabella 16 con riferimento ai bilanci delle aziende per 59 mln di euro.

Dalla tabella 16 si evince che il totale dei crediti con anzianità superiore a 5 anni ammonta a 738 mln di euro. A fronte di tale valore si segnala che le aziende non hanno alimentato un fondo svalutazione crediti se non per un totale di circa 1 mln di euro.

Si chiedono rassicurazioni e chiarimenti.

Con riferimenti ai crediti vs Regione si resta in attesa che la regione renda coerenti gli importi tra le iscrizioni delle aziende, della GSA, del bilancio regionale e del modello SP al 31.12.2011.

Con riferimento ai crediti vs Stato al 31.12.2011 si chiede alla regione di rendere coerenti gli importi riportati sul modello SP 2011 con le risultanze rinvenienti dalla stessa scheda del pregresso.

Tavolo e Comitato, alla luce di quanto sopra rappresentato, restano in attesa di una relazione esplicativa delle singole tabelle inserite nella scheda di rilevazione del pregresso, al fine di permettere una più puntuale analisi e un confronto con la regione nella prima metà del mese di gennaio 2014.

E. ATTUAZIONE ARTICOLO 13 DEL DL 102/2013.

L'articolo 13 del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 102 che ha disposto l'anticipo al 2013 di quota parte dell'anticipazione di liquidità già prevista per il 2014, ha stabilito quanto segue:

- le regioni possono richiedere detto anticipo, fino ad un importo pari all'80% delle somme già assegnate con i decreti direttoriali richiamati, con istanza da presentarsi entro il 15 settembre 2013;
- le regioni devono inoltre garantire le coperture e la presentazione di un piano dei pagamenti, come già previsto dall'articolo 3 del dl 35/2013, ed inoltre devono assicurare l'effettuazione dei pagamenti entro il 31 dicembre 2013. La documentazione necessaria ai fini dello svolgimento delle verifiche di questo Tavolo deve essere inoltrata dalle regioni entro il 10 ottobre 2013;
- il pagamento della prima rata di ammortamento del prestito con il MEF, comprensivo degli interessi per una annualità, sarà effettuato il 1° febbraio 2015.

Alla Regione Lazio è stato assegnato per il 2013, ai sensi dei decreti direttoriali di riparto del Ministero dell'economia e delle finanze del 16 aprile 2013 e del 2 luglio 2013 in attuazione dei decreti – legge 35/2013 e 72/2013, l'importo di 832.052.000,00 euro e pertanto aveva la possibilità di accedere all'ulteriore importo di 665.641.600,00 euro (II tranche pari all'80% dell'importo già assegnato) che la Regione ha richiesto con nota 339356 del 13 settembre 2013.

Con decreto del Presidente regionale n. T00285 del 7 ottobre 2013 la Regione ha operato variazioni sul bilancio pluriennale 2013-2015 che comportano la disponibilità di complessivi 44.000.000,00 euro annui a decorrere dal 2015 per l'ammortamento dell'ulteriore anticipazione di liquidità.

Con nota 15547 del 9 ottobre 2013 la Regione ha trasmesso il piano dei pagamenti: la regione attesta che detto piano è stato redatto nel rispetto delle prescrizioni di cui al decreto-legge 35/2013 e dichiara che sarà pagato entro il termine del 31 dicembre 2013, come richiesto dal DL 102/2013.

Il piano, che elenca fatture/richieste equivalenti di pagamento per l'importo complessivo di 666,43 milioni di euro, è stato acquisito nel limite della somma assegnata alla Regione.

In data 15 ottobre 2013 il Tavolo per la verifica degli adempimenti ha verificato positivamente gli adempimenti regionali previsti dalla legge ai fini dell'accesso all'ulteriore quota di prestito di cui all'articolo 13 del decreto-legge 102/2013, ai fini della sottoscrivibilità del contratto di cui al medesimo articolo, per l'importo assegnato alla Regione.

Il Tavolo ha ricordato alla Regione che, ai sensi del comma 6 dell'articolo 3:

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

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

Successivamente in data 17 ottobre 2013 è stato sottoscritto il contratto tra la Regione Lazio e il Mef per un importo di 665.641.600,00 mln di euro.

Si rinvia a quanto precedentemente riportato in materia di tempi di pagamento verso i fornitori.

F. ANDAMENTO DEL II TRIMESTRE 2013

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

L'advisor segnala quanto segue:

- è in corso la revisione del Programma operativo 2013-2015;
- è in corso l'attività propedeutica all'approvazione regionale dei bilanci economici preventivi 2013 degli enti e consolidato regionale che, ai sensi del d.lgs.118/2011 dovranno essere coerenti con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della regione;
- gli atti di assegnazione agli enti dei finanziamenti sanitari sono in corso di predisposizione da parte delle strutture regionali competenti.

L'advisor segnala che la regione intende avviare nei prossimi mesi le seguenti attività:

- verifica degli investimenti 2013;
- verifica dei fondi per contributi non utilizzati anni precedenti;
- verifica della spesa per il personale 2013 con la finalità di quantificare l'eventuale impatto economico del personale cessato/assunto negli ultimi 6 mesi del 2013;
- verifica del contenzioso e degli accantonamenti effettuati con la finalità di quantificare il contenzioso in essere e il relativo rischio di soccombenza e le ricadute nel bilancio degli enti. L'attività è anche propedeutica alla verifica dell'adeguatezza degli accantonamenti 2013 e della consistenza dei fondi degli anni precedenti;
- verifica delle poste straordinarie;

- verifica delle poste intercompany e avvio delle attività di conciliazione delle poste patrimoniali 2013 e ante.

Con riferimento ai contributi per FSR l'advisor precisa che la proiezione ponderata a chiudere tiene conto della stima relativa agli effetti del DL 98/11; della L. 135/2012 e della L. 228/2012 che rispetto al 2012 potranno determinare una riduzione del fondo sanitario regionale di circa 97 mln di euro.

L'advisor segnala le seguenti criticità:

- è in corso la valutazione, da parte della regione, della quota di contributi vincolati che, non essendo assegnata alle aziende, dovrà essere accantonata;
- con riferimento alla spesa per il personale, che sono in corso degli approfondimenti con riferimento anche ai significativi scostamenti che si rilevano, per alcune aziende, tra la tabella B e il CE II trimestre 2013. Gli approfondimenti riguardano anche eventuali effetti che potrebbero determinarsi dall'attuazione della legge 98/2013 (decreto del fare).
- con riferimento alla farmaceutica convenzionata si segnala che è in corso di approfondimento lo scostamento che si rileva tra il dato rilevato dalle aziende e il dato rilevato tramite il flusso TS e le DCR;
- con riferimento agli altri beni e servizi, si rileva, per il 2013, una diversa associazione delle classi merceologiche per conto di CE rispetto agli anni precedenti. E' in corso un approfondimento;
- con riferimento all'acquisto di prestazioni da privato si ricorda che non sono stati sottoscritti tutti i contratti per l'anno 2013. I tetti 2013 sono stati calcolati decurtando lo 0,5% dai budget 2012. Si segnala una possibile maggiore produzione ospedaliera rispetto ai budget assegnati per 43 strutture di cui 5 ospedali classificati e 36 case di cura private. La spesa per funzioni riporta quanto registrato per il consuntivo 2012. Si è tenuto conto di una parte dell'over budget nella proiezione ponderata. E' in corso un approfondimento.
Si segnala una possibile maggiore produzione specialistica rispetto ai budget assegnati per 310 strutture su 599. Si è tenuto conto di una parte dell'over budget nella proiezione ponderata. E' in corso un approfondimento;
- ad oggi la regione non ha comunicato alle aziende i recuperi dei controlli esterni di competenza anno 2012. E' in corso un approfondimento;
- con riferimento al saldo della gestione straordinaria, la regione, alla luce dei significativi scostamenti registrati tra IV trimestre e consuntivo 2012, intende avviare per ciascun ente una verifica tempestiva delle iscrizioni contabili dei dati economici rilevati a CE e della rispettiva coerenza rispetto ai partitari fornitori.

Sulla base dei dati di II trimestre 2013, l'advisor effettuata una stima a chiudere prima delle coperture di -611,311 mln di euro.

Tavolo e Comitato, al riguardo, osservano in ogni caso che il risultato di esercizio stimato a fine 2013, ingloba un valore dei contributi in c/esercizio – quota indistinta, determinato sulla base della quota di accesso finale del 2012 risultante dall'Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 22 novembre 2012 (atto rep. 225/CSR), nettizzato della percentuale di decremento del finanziamento complessivo a livello nazionale nel 2013, rispetto al 2012, pari a – 0,88%, calcolata sulla popolazione all'1.1.2011.

Fanno presente alla regione che la stessa dovrà adeguare in seguito la propria stima e il Programma operativo 2013-2015 alla proposta di riparto relativa all'anno 2013 in corso di emanazione.

Tavolo e Comitato chiedono anche informazioni in merito al riparto delle risorse 2013 tra le aziende della regione.

Tavolo e Comitato evidenziano che, da quanto riportato nella relazione dell'advisor, i dati iscritti nel modello 999 relativi al II trimestre 2013, necessitano, ancora, di importanti approfondimenti da parte della regione.

Si segnala, ancora una volta, una difficoltà della struttura commissariale e della regione, nel governo contabile delle informazioni trasmesse che necessitano, sempre, di importanti approfondimenti e scontano gravi ritardi nel controllo regionale.

La struttura commissariale nella sua interezza è chiamata ad intervenire con urgenza.

G. VERIFICA DEL PIANO DI RIENTRO/PROGRAMMA OPERATIVO

SITUAZIONE EROGAZIONE DEI LEA

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

Regione Lazio													
Livelli di assistenza		2009*		2010*		2011*		2012****		**Atto progr.		Valori di rif.	Fonte
Assistenza Ospedaliera													
Valore annuale													
Totale dimissioni		1.095.741 (191,3)		1.046.734 (180,6)		973.381 (166,2)		976.041 (173,0)				160 *1.000 ab.	L. n. 135 del 7 agosto 2012
N. di dimissioni in DO		734.118 (127,3)		710.835 (121,7)		660.009 (111,8)		658.867 (115,7)					
N. di dimissioni in DH		361.623 (64,0)		335.899 (58,8)		313.372 (54,5)		317.174 (57,3)					
Incidenza dimissioni in DH sul totale dimessi		33%		32%		32%		32%				25%	
POSTI LETTO***													
Totale n. PL		25.248 (4,50)		24.197 (4,22)		22.869 (4,16)		22.088 (3,86)		22.243 (3,90)		3,7 *1.000 ab.	L. n. 135 del 7 agosto 2012
N. PL acuti		19.536 (3,50)		19.329 (3,37)		18.735 (3,41)		18.204 (3,18)		18.304 (3,20)		3,0 *1.000 ab.	
N. PL post acuzie		5.712 (1,00)		4.868 (0,85)		4.134 (0,75)		3.884 (0,68)		3.939 (0,70)		0,7 *1.000 ab.	
INAPPROPRIATEZZA													
Tasso ospedalizzazione 108 DRG (Patto per la salute 2010-2012)		29,20		27,00		22,92		23,63				≤ 23	Griglia LEA
T.O. over 75 anni per 1.000 ab. Anziani		225.625 (431,6)		223.376 (413,8)		207.369 (372,9)		212.579 (392,4)				392,90 (anno 2011)	V.N. Rapp. SDO
Degenza media pre-operatoria		2,49		2,51		2,43		2,44				1,85	
Assistenza Territoriale													
Assistenza domiciliare													
% anziani assistiti in ADI		4,02		4,63		4,98		3,93				≥ 4%	
Assistenza residenziale e semiresidenziale													
N. PL in RSA (N. PL in RSA per 1.000 ab. Anziani)		4.810 (4,3)		4.924 (4,4)		4.971 (4,4)		4.791 (4,3)				≥ 10	Griglia LEA
N. PL residenziali e semiresidenziali per riab., disabili fisici e psichici (N. PL res. e semires. per riab. disabili fisici e psichici per 1.000 ab.)		4.786 (0,9)		4.861 (0,9)		4.981 (0,9)		4.956 (0,9)				≥ 0,6	
N. Posti letto Hospice (sul totale deceduti per tumore per 100)		232 (1,5)		267 (1,7)		379 (2,4)		314 (2,0)				≥ 1	
N. PL residenziali per pazienti di Salute Mentale (N. PL residenziali per pazienti di Salute Mentale per 10.000 ab.)		1.357 (2,4)		1.415 (2,5)		1.328 (2,3)		1.293 (2,4)				3,6	Mon. Sistema Valore mediano Italia
Prevenzione													
Screening oncologici													
quota di residenti che hanno effettuato test di screening oncologici (tumori mammella, cervice uterina, colon retto) in programmi organizzati (punteggio griglia Lea)		2		2		3		3				Scostamenti ≥ 9 Normale 7-8 Minimo 5-6 Rilevante ma in miglioramento 0-4 Non accettabile	Griglia LEA
Griglia LEA													
Punto e) Erogazione dei LEA		114		132		152		165 [§]				≥ 160 Adempiente	Griglia LEA

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

**Decreto commissariale n. 80/2010

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

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

§ punteggi provvisorio

Banca dati nazionale del Ministero della Salute (SIS)

Dalla lettura del prospetto si evince un consistente decremento dell'ospedalizzazione totale a partire dal 2009, accompagnato da una significativa riduzione del ricorso a ricoveri ad alto rischio di inappropriata, se erogati in modalità ordinaria, e del tasso di dimissione della popolazione anziana. Ciò nonostante, il tasso standardizzato di dimissione totale si mantiene nel 2012, ancora al di sopra del valore di riferimento di cui all'articolo 15, comma 13, lettera c) del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

Il valore della degenza media pre-operatoria, indicatore di efficienza nella gestione del percorso preoperatorio e di efficace pianificazione dell'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica, pur mostrando segnali di decremento nel tempo si mantiene, nel 2012, al di sopra del valore medio nazionale.

La dotazione totale di posti letto, in diminuzione a partire dal 2009, risulta pari a 3,9 posti letto per 1000 residenti al 1° gennaio 2013, superiore al valore di riferimento riportato dal citato articolo 15, comma 13, lettera c) del D.L. n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, per effetto, soprattutto, di un eccesso di posti letto per le acuzie rispetto al parametro di riferimento.

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

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

Infine, per quanto riguarda l'adempimento e) (griglia LEA) oggetto di verifica del Comitato LEA, il relativo punteggio mostra un consistente incremento nel periodo considerato, passando da 114 nel 2009 a 165 (valore provvisorio) nel 2012, collocandosi dunque lievemente al di sopra della soglia di adeguatezza.

ADOZIONE DEI PROGRAMMI OPERATIVI 2013-2015

Nella riunione del 30 luglio 2013 Tavolo e Comitato, nel sottolineare la non correttezza della struttura commissariale che aveva adottato, peraltro con riserva, un documento che richiedeva aggiornamenti già segnalati dai Ministeri affiancanti, avevano richiesto l'invio del nuovo documento contenente il Programma operativo 2013-2015 aggiornato.

Il Commissario ha inviato, in data 6 dicembre 2013, ben oltre la scadenza prevista, il Programma operativo 2013-2015 che, in relazione al tardivo invio, è in istruttoria e sarà oggetto di una prossima riunione.

Il Commissario ha adottato il predetto PO 2013-2015 con decreto n. 480/2013, senza la sottoscrizione dei Subcommissari.

In data 11 dicembre 2013 i Subcommissari hanno inviato una nota in cui precisano di non essere stati coinvolti nella stesura del fondamentale documento di programmazione e di averlo ricevuto solo in data 2 dicembre 2013. I Subcommissari hanno dichiarato di non condividere il metodo ed i contenuti del PO 2013-2015 e hanno precisato che lo stesso documento contiene evidenti e numerose carenze e contraddizioni. I Subcommissari hanno segnalato che la governance indicata nel PO 2013-2015 ripropone il vecchio modello basato sulla struttura regionale, individuando un "coordinatore tecnico" dell'Ufficio del Commissario, di fatto estromettendo la struttura commissariale. Infine, i

Subcommissari hanno sottolineato che, ancora una volta, la Direzione regionale competente non ha ritenuto opportuno coinvolgere i Subcommissari nella stesura del provvedimento.

In proposito Tavolo e Comitato, come più volte espresso, ricordano che i documenti attinenti al mandato commissariale devono essere sottoscritti dall'intera struttura commissariale, unica deputata alla programmazione sanitaria. La struttura regionale tutta, nel contesto di una regione sottoposta a commissariamento, non può interferire con l'esercizio di funzioni che sono espressione di un potere statale previsto dalla Costituzione ed esercitato dal Governo attraverso la nomina della struttura commissariale nel suo complesso, ma deve supportare, coadiuvare e favorire l'azione della struttura commissariale stessa nella sua interezza. Si ricorda che la governance di una regione sottoposta al potere sostitutivo da parte dello Stato, è attuata dal Commissario e dal/dai Subcommissari. La regione, in tutte le sue articolazioni, deve svolgere la funzione di supporto tecnico alle decisioni della struttura commissariale nella sua interezza. La struttura commissariale, d'altra parte, svolge una funzione propulsiva, di indirizzo e coordinamento.

Si chiede, pertanto, di ricevere il Programma operativo 2013-2015 opportunamente sottoscritto dall'intera struttura commissariale, così come oggi composta.

In occasione della riunione di verifica del 17 aprile 2013, Tavolo e Comitato, pur prendendo atto dell'invio da parte del Commissario ad acta dott. Palumbo della Proposta di Programma Operativo 2013-2015, avevano evidenziato la necessità che lo stesso fosse integrato con tutti gli allegati e che recepisce i rilievi ministeriali via via espressi nelle singole aree di erogazione dei LEA.

In seguito alla nomina del Presidente della Regione dott. Zingaretti quale Commissario ad acta, i Ministeri affiancanti avevano chiesto di ricevere una versione, definitiva e formalmente condivisa dalla nuova gestione commissariale nella sua interezza, dell'atto programmatico entro e non oltre il 10 maggio 2013.

Successivamente, con il Decreto 314/13, la struttura commissariale ha adottato formalmente la Proposta di PO 2013-2015 già trasmessa, evidenziando che è in corso la complessiva revisione delle reti dei servizi territoriali ed ospedalieri. Con il medesimo decreto, la struttura commissariale ha rinviato l'approvazione della versione definitiva del documento, tenendo conto anche dei rilievi ministeriali avanzati, "all'esito degli opportuni approfondimenti effettuati entro il 30 settembre 2013", riservandosi la possibilità di procedere ad una "completa revisione" dello stesso.

In occasione della riunione del 30 luglio 2013, Tavolo e Comitato, pertanto, hanno ribadito alcune osservazioni già espresse in precedenza, sollecitando nuovamente la gestione commissariale al recepimento puntuale delle stesse, non senza sottolineare la non correttezza della struttura commissariale che aveva adottato, peraltro con riserva, un documento che -necessitava di aggiornamenti già segnalati dai Ministeri affiancanti.

In merito alla effettiva condivisione da parte dell'attuale struttura commissariale della bozza di PO trasmessa, è stata inviata una nota di chiarimenti (prot. 366_13 del 30.07.2013), in risposta a quella Ministeriale (prot. 349_13), con la quale viene confermato il contenuto del DCA 314/13 e viene ribadito l'intento di voler procedere ad una revisione della rete assistenziale e, di conseguenza, all'eventuale revisione della programmazione sanitaria contenuta nella proposta di Programma Operativo 2013-2015.

A riscontro dei rilievi formulati sui singoli interventi contenuti nella proposta di PO, di cui al verbale del 30 luglio 2013, la struttura commissariale ha trasmesso diverse note, dal contenuto non esaustivo, che riportano la riformulazione della specifica scheda degli obiettivi da realizzare, complete dei relativi cronogrammi.

Tavolo e Comitato ribadiscono che risulta inefficace istruire singoli aspetti volta per volta, senza esaminare il quadro complessivo di riferimento.

Ad un primo esame, tuttavia, si riportano alcune considerazioni relative a quanto trasmesso.

- Nota di chiarimenti (prot. 465_13 del 14.10.2013) in materia di assistenza territoriale, con allegato il Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale, con indicazione delle aree con maggiori criticità (anziani, disabili, pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, minori, etc.).

Tavolo e Comitato evidenziano la necessità di anticipare l'attivazione degli strumenti di valutazione multidimensionale, prevista per il 30/06/2015. Il punto dedicato ai percorsi diagnostico-terapeutici risulta eccessivamente generico, in quanto non vengono indicati né gli ambiti prioritari di intervento, né i soggetti coinvolti, né la popolazione interessata.

- Nota (prot. 436_13 del 03.10.2013) con la quale si trasmette la revisione del programma 14.3.3, contenente le modifiche alla riorganizzazione della rete laboratoristica;

La nota prot. 436 riporta un'analisi sommaria e non analitica della produzione dei laboratori dell'anno 2012, dalla quale si evince che solo 64 su 330 strutture private accreditate hanno superato le 100.000 prestazioni/anno (mentre non vi sono riferimenti alla soglia di 200.000 prestazioni/anno, di cui alle linee guida nazionali). In relazione alle strutture "classificate, aziendalizzate e SMOM", si ritiene necessario che siano suddivise quelle private (classificate e Smom) da quelle afferenti ad aziende ospedaliere pubbliche. Tra gli interventi prioritari, la struttura commissariale individua misure dirette al pieno governo del sistema, tra cui attività di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e l'individuazione dei centri di riferimento. Manca, tuttavia, il riferimento agli standard nazionali (fra cui la soglia minima delle 200.000 prestazioni l'anno, poiché nel programma a pag. 1 si fa riferimento anche ad un "valore minimo di 100.000", che potrebbe risultare fuorviante). Inoltre, gli indicatori di risultato vanno integrati con altri che diano evidenza dell'effettivo impatto del programma in termini di: numero di laboratori con produzione in linea con gli standard; riduzione dei centri di produzione, con relativa riduzione anche dei costi in termini di personale e di beni e servizi. E' necessario, altresì, quantificare l'impatto economico delle azioni previste.

- Nota (prot. 439_13 del 03.10.2013) con la quale si trasmette la revisione del programma 12, contenente le modifiche alla riorganizzazione della sanità veterinaria e sicurezza alimentare, in recepimento alle osservazioni dei Tavoli di verifica. La gestione commissariale, prendendo atto della maggior parte dei rilievi, rappresenta tuttavia che la situazione organizzativa degli uffici regionali in termini di risorse umane è fortemente condizionata dall'impossibilità di procedere a nuove assunzioni e dalla contrattazione collettiva. L'unico strumento utilizzabile resta l'istituto del distacco del personale dalle ASL o dagli Istituti Zooprofilattici, nonché l'istituzione di team di affiancamento alla strutture regionali.

Esito parere: (prot. 462_P/13) Si evidenzia la necessità di ricevere ed istruire la versione completa e definitiva del programma operativo 2013-2015, condivisa dalla struttura commissariale nella sua interezza entro la scadenza del 14 ottobre 2013.

- Nota di chiarimenti (prot. 466_13 del 14.10.2013) in risposta alle evidenze emerse nella riunione del 30 luglio 2013 e al parere dei Ministeri (prot. 395_13) in merito alla realizzazione di nuovi modelli organizzativi (Case della Salute) con la quale si inviano le proposte di interventi per il PO 2013-2015 per: rete di terapia del dolore e cure palliative per il paziente adulto e pediatrico; riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività, con contestuale individuazione delle forme di assistenza che saranno attivate nelle strutture riconvertite, con precisa indicazione della tempistica del graduale trasferimento delle funzioni e delle risorse – Casa della Salute.

Riguardo alla nota prot. 466, ad un primo esame, Tavolo e Comitato evidenziano quanto segue:

- 1. la necessità di prevedere prioritariamente l'attivazione di posti letto residenziali e semiresidenziali per soggetti non autosufficienti nei presidi non oggetto di contenzioso;**
 - 2. in merito alla previsione di riconvertire 13 strutture in Case della Salute, si osserva che quanto previsto non risulta coerente con quanto deliberato con il DCA 428/2013, in quanto il citato DCA prevede la trasformazione del Presidio di Arpino in Casa della Salute, mentre l'azione in oggetto non fornisce indicazioni in merito;**
 - 3. In relazione alla prevista compresenza nel presidio di Anzio di attività cod. 56, nonché attività territoriali di riabilitazione intensiva per disabili ed estensiva per anziani, si chiede di identificare i percorsi di cura e i requisiti che sono richiesti per le diverse tipologie di servizi erogati (ospedaliera e territoriali).**
- Nota di chiarimenti (prot. 467_13 del 14.10.2013) in risposta alle evidenze emerse nella riunione del 30 luglio 2013 in merito alla incongruenza sul numero di posti letto di residenzialità e al relativo fabbisogno ed alle cure palliative, con la quale si invia la proposta di intervento per il PO 2013-2015 per la rete di terapia del dolore e cure palliative per il paziente adulto e pediatrico. **Riguardo alla nota prot. 467, i contenuti della proposta appaiono in linea con i riferimenti normativi e con gli atti di indirizzo nazionali in materia. Per quanto riguarda il cronoprogramma Tavolo e Comitato raccomandano una accelerazione di quanto previsto.**
 - Nota (prot. 470_13 del 14.10.2013) con la quale si trasmettono i programmi rivisti in materia di emergenza-urgenza e intensità di cure.

Con il Protocollo 470/2013, la struttura commissariale invia una proposta di rimodulazione degli interventi previsti nel Programma 13 (Reti per le patologie tempo-dipendenti) e Programma 15 (Rete dell'emergenza urgenza) del redigendo PO 2013-2015. .

Da una prima valutazione di quanto inviato, e ferme restando le ulteriori valutazioni che verranno esplicitate a seguito della valutazione del PO nella sua interezza, appaiono condivisibili le linee di indirizzo a sostegno delle azioni contenute nel cronoprogramma, che rispondono alla logica dei bacini utenza e degli standard previsti dal Regolamento. In relazione alla previsione di affidare alla Direzione regionale, con apposito tavolo tecnico di supporto-programmazione, il Coordinamento della Rete dell'Emergenza a cui afferiscono i coordinamenti delle reti specialistiche e quelli dei singoli bacini di afferenza, si precisa che tale attività deve essere condivisa con la struttura commissariale.

Permangono, ciononostante, alcune criticità:

- in relazione alla rete dell'emergenza ospedaliera, se la Tabella di pagina 3 rappresenta la nuova configurazione, la stessa non appare completa poiché non riporta il riferimento al DEA pediatrico di II livello (OPBG), al DEA di II che si intende attivare a Latina, nonché alle strutture attualmente oggetto di contenzioso.

Riguardo al cronoprogramma, che appare generico nel dettaglio dei risultati previsti, si segnala che la tempistica stimata per alcuni interventi appare troppo lunga. Al punto 8, ad esempio, la struttura commissariale indica il 30/6/2014 come data entro cui approvare il DCA di ridefinizione, per ciascun DEA II, degli afferenti DEA I e PS; per l'attuazione, poi, si prevedono ulteriori 3/6 mesi. Si ricorda, al riguardo, che la rimodulazione della rete dell'emergenza ospedaliera è dichiarata dalla regione stessa come propedeutica a tutti gli altri nodi della riorganizzazione complessiva del sistema: dilatarne i tempi di realizzazione comporta, conseguentemente, un allungamento dei tempi per la realizzazione di tutte le attività ad essa collegate.

Al punto 4, laddove si prevedono interventi relativi alle elisuperfici, si chiede se le programmate attivazioni (non definite numericamente, né localizzate) riguardino piazzole già realizzate ma non operative (il documento evidenzia la presenza di 24+3 piazzole realizzate, di cui solo 8 certificate per volo diurno e notturno, e due in corso di progettazione). Anche l'indicatore non risulta comprensibile, poiché si fa riferimento "al 50% di nuove elisuperfici rispetto a quelle programmate", laddove nell'azione non vi è un numero specifico di piazzole programmato. Anche in relazione ad un obiettivo particolarmente rilevante, quale la centralizzazione dei trasporti secondari (peraltro non vi è riferimento ai trasporti secondari di rientro), appare poco qualificante l'obiettivo previsto del 50%.

Al punto 7 si prevede l'attivazione di Punti di primo intervento (PPI) presso tutti i Presidi ospedalieri di cui era prevista, dal 2010, la riconversione e attualmente oggetto di ricorso. Al riguardo, si rammenta che l'Accordo Stato Regioni 36/CSR del 7 febbraio 2013 e la Bozza di Regolamento di cui alla Legge n. 135 del 2012, ne tende a ridurre l'operatività per un arco temporale utile alla implementazione della attività territoriale al fine di trasferire al sistema dell'assistenza primaria le patologie a bassa gravità e riconducendo la attività di urgenza al servizio 118, secondo percorsi rigorosamente separati.

Al punto 9, si cita l'Accordo-Stato Regioni sulla "riorganizzazione del sistema di emergenza in rapporto alla continuità assistenziale" (Accordo 36/CSR del 7 febbraio 2013) per la realizzazione, nei PS e nei DEA, di percorsi separati clinico-organizzativi per intensità di cura. Si rammenta che tale accordo, più in generale, stabilisce anche le linee concrete di collaborazione tra sistema di emergenza urgenza e continuità assistenziale, delineando percorsi idonei a governare l'assistenza primaria e gli strumenti per separare i percorsi dell'emergenza da quelli delle cure primarie, pur condividendo imprescindibilmente un'unica piattaforma tecnologica, ai fini della rintracciabilità dei servizi, della misurabilità del sistema e della accessibilità da parte del cittadino.

Nel Programma 13 "Reti Assistenziali per intensità di cure", non vi sono riferimenti in merito ai percorsi di cura e ai percorsi diagnostico terapeutici che prevedano l'integrazione ospedale/territorio (come potrebbero essere le patologie croniche - diabete, BPCO etc. - o le malattie rare).

Rete Cardiologica.

In premessa, si segnala come probabile rifiuto, la previsione del DCA di ridefinizione della Rete Cardiologica, 3 mesi prima della ridefinizione della Rete di emergenza.

Riservandosi ulteriori valutazioni quando la struttura commissariale invierà la riorganizzazione complessiva, si riportano alcune considerazioni. Dai dati riferiti dalla struttura commissariale, desta preoccupazione la percentuale, in alcune aree molto bassa, del raggiungimento di una struttura dotata di emodinamica in tempi brevi. Andrebbe chiarito come si intenda migliorare l'esito e se è previsto, a tal fine, il potenziamento del 118. In merito alla tabella riportata a pag. 16, si rappresenta che appare necessario, in sede di riprogrammazione della rete cardiologica, avere a disposizione informazioni per tutte le strutture (cfr Policlinico Tor Vergata e Campus Biomedico laddove si riporta la dicitura "manca info"). A fronte della dichiarata assenza di emodinamiche in ben tre ASL della Provincia di Roma (pag. 11) e stante l'alto numero concentrato nella Capitale, si auspica una rimodulazione della rete che, oltre a considerare i volumi di attività, assicuri una interconnessione con il sistema di trasporto primario e secondario. Anche gli indicatori necessitano di maggiore dettaglio e vanno allineati agli standard di riferimento.

Rete Trauma Grave e Neuro Trauma

Si ricorda che il bacino di utenza ottimale per un CTS (Centro Traumi di alta Specializzazione) è di 2.000.000 - 4.000.000 di abitanti (cfr. atto in CSR sulle unità spinali e trauma center). Pertanto, anche in funzione della reale esigenza e degli standard previsti dalla letteratura, tre CTS potrebbero essere eccessivi e si suggerisce una rivalutazione del fabbisogno.

Rete Ictus

I supporti tecnologici e di trasmissione di dati e immagini devono essere utilizzati in multidisciplinarietà.

Si evidenzia la mancanza di dati ed indicatori sullo stato di realizzazione della Rete ed, in particolare, andrebbe sviluppata la Rete di trasmissione di dati e immagini raccordata alla presa in carico dei trasporti secondari urgenti in capo al 118.

Rete Perinatale

Con il Decreto 56/2010 la struttura commissariale ha approvato la riorganizzazione della rete perinatale. Alcuni criteri di riferimento sono stati superati e aggiornati dalle indicazioni contenute nell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010: "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", che prevedeva la costituzione di un Comitato Regionale Percorso Nascita (CRPN) per la ridefinizione organizzativa della rete perinatale. Il CRPN è stato costituito e ha elaborato la nuova proposta di Rete Perinatale. Va sottolineata, come importante criticità, l'incompleta attivazione dei posti letto intensivi per l'assistenza al neonato previsti già dall'organizzazione precedente con un importante (25%) numero di trasferimenti tra le strutture di III livello.

Persiste un eccessivo ricorso al taglio cesareo (43%) con un notevole range tra le diverse strutture.

La struttura commissariale ha, inoltre, trasmesso una nota (prot. 474_13 del 14.10.2013 con la quale intende fornire riscontro alle osservazioni dei Tavoli di verifica riguardanti la necessità di provvedere tempestivamente al rinnovo dei Protocolli di Intesa con tutte le università statali e non statali, essendo trascorsi anni dai precedenti protocolli. I Ministeri non hanno ritenuto di esprimere un parere su tale documento in quanto lo stesso risulta essere incompleto.

In merito alle osservazioni dei Tavoli sulla dotazione di posti letto regionali riportati nella proposta di PO e aggiornati a giugno 2013, la struttura commissariale ha trasmesso una nota (prot. 471_13 del 14.10.2013), mediante la quale rappresenta che la differenza esistente fra il dato proveniente da NSIS e il dato scaturente dall'indagine condotta presso le Direzioni Generali delle Aziende è dovuta alla considerazione o meno dei posti letto della struttura extraterritoriale Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

Tavolo e Comitato, rinviando al parere, evidenziano preliminarmente la necessità di allineare i dati inseriti nel flusso NSIS alla situazione presente nelle aziende sanitarie, non essendo accettabile uno scostamento fra flussi ufficiali e indagine presso le direzioni generali.

ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

GOVERNO DEL SISTEMA

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 30 luglio 2013 avevano preso atto della nota del Commissario ad acta con la quale delegava i due Sub Commissari alla trasmissione della documentazione relativa all'attuazione del piano di rientro, sottolineando che ogni documento, benché trasmesso dal sub commissario competente per materia, dovesse essere preliminarmente conosciuto dalla gestione commissariale nella sua interezza.

In merito alla gestione del Piano di Rientro il sub Commissario Giorgi ha trasmesso una relazione sulla "gestione straordinaria del piano di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio" (prot. 438_13 del 03.10.2013) e sulla struttura commissariale, che costituisce un resoconto della sua esperienza commissariale.

Tavolo e Comitato ritengono opportuno che tale documentazione venga trasmessa al Presidente della Regione Lazio, nella sua qualità di Commissario ad acta, affinché ne valuti il seguito di competenza.

Il sub commissario Giorgi il 22 ottobre 2013 ha trasmesso una nota ad oggetto: “Grave e reiterata inosservanza della procedura per l’approvazione dei decreti commissariali”.

Con detta nota il Sub commissario dott. Giorgi precisa che i decreti del Commissario nn. 431 e 432 del 2013 relativi alla richiesta di assunzione di personale in deroga al blocco del turn over per la ASL di Frosinone e il Policlinico Umberto I, sono stati registrati ed inviati ai Ministeri affiancanti senza la prevista espressione del parere favorevole del dott. Giorgi. Il dott. Giorgi riferisce che tale avvenimento segna il persistere di un comportamento, già segnalato al Commissario a luglio 2013, da parte del responsabile della Cabina di regia, che di fatto impedisce l’attuazione del disposto della Delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 che affida al dott. Giorgi il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti.

Alla luce di quanto riportato, il Sub commissario chiede di revocare, anche al fine di prevenire possibili danni erariali, gli atti non sottoscritti dal medesimo. Inoltre, il dott. Giorgi richiama l’attenzione sulla necessità che vengano ripristinate urgentemente le condizioni operative di regolarità dell’ufficio del Commissario, non potendo trovare accoglimento alcuno le motivazioni addotte dall’Ufficio regionale interessato.

Il dott. Giorgi resta in attesa di conoscere i provvedimenti anche disciplinari che il Commissario ad acta intende assumere a proposito di quanto segnalato.

Stante quanto riportato i Ministeri affiancanti hanno fatto presente quanto segue:

- il dott. Giorgi è stato nominato dal Consiglio dei Ministri in data 20 gennaio 2012 “con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell’incarico commissariale, come riformulato nella presente delibera”, con particolare riferimento ad alcuni punti del mandato commissariale elencati nella predetta delibera, tra i quali è ricompresa la gestione del personale;
- i Sub commissari, designati dal Governo, nello svolgimento dell’incarico loro affidato, svolgono la loro attività in sinergia con il Commissario ad acta e con il supporto della struttura regionale che mette a disposizione uffici e mezzi per la struttura commissariale (composta dal Commissario e dai Sub commissari);
- in tale contesto i Sub commissari, in collaborazione con il Commissario, così come ribadito nel verbale della riunione del 14 novembre 2012, svolgono una funzione “eminente propositiva e propulsiva”, nel rispetto della tempistica indicata dai Programmi operativi per l’adozione dei provvedimenti attuativi del mandato commissariale. L’intera struttura commissariale si adopererà al fine di non determinare ritardi nell’azione di risanamento intrapresa;
- la struttura regionale (compresa, quindi, la cabina di regia), nel contesto di una regione sottoposta a commissariamento, non può interferire con l’esercizio di funzioni che sono espressione di un potere statale previsto dalla Costituzione ed esercitato dal Governo attraverso la nomina della struttura commissariale nel suo complesso, ma deve supportare, coadiuvare e favorire l’azione della struttura commissariale nella sua interezza;
- infine, si ribadisce quanto sottolineato dagli stessi Tavoli tecnici, in particolare nel verbale del 24 luglio 2012 “Si chiede che tutti gli atti trasmessi vengano sottoscritti dalla struttura commissariale, tenendo conto delle rispettive attribuzioni così come evidenziato nella Delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012”.

Ciò premesso, Tavolo e Comitato chiedono al Presidente – Commissario e ai Sub commissari, nel rispetto delle reciproche competenze, di assicurare il corretto svolgimento dei compiti

attribuiti all'intera struttura commissariale e di provvedere a trasmettere tutti i provvedimenti inviati nel sistema documentale con la sottoscrizione del Commissario e del Sub commissario competente.

ASP

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 30 luglio 2013, in relazione alle criticità dall'Agenzia di Sanità Pubblica, avevano preso atto della trasmissione della legge regionale n. 4 del 28 giugno 2013, e nello specifico, delle disposizioni previste dall'art. 35 circa il passaggio delle funzioni dell'ASP alla competente struttura regionale e al Dipartimento di Epidemiologia della ASL RME. Restavano in attesa di conoscere le iniziative adottate dalla struttura commissariale finalizzate all'attuazione di quanto previsto. Avevano chiesto di ricevere una dettagliata relazione che illustrasse nello specifico le tipologie e le unità di personale che sarebbero state trasferite all'Azienda Roma E. Tavolo e Comitato avevano rilevato, peraltro, che la proposta di PO 2013-2015 non fosse aggiornata su tale specifico aspetto. A riscontro, la struttura commissariale ha inviato una nota (prot. 434_13 del 02.10.2013) con la quale ha trasmesso il decreto del 05/07/2013, mediante il quale è stato nominato, ai sensi dell'art. 35, comma 7, della L.R. 28 giugno 2013, n. 4, il Commissario Liquidatore dell'Agenzia di Sanità Pubblica, nella persona del dott. Fabrizio Ferri.

Il documento evidenzia, inoltre, che il commissario ha provveduto alla ricognizione delle risorse umane (120 unità), tecniche e strumentali e che è in fase di perfezionamento una convenzione finalizzata a rendere possibile l'impiego di tali risorse da parte della Direzione Regionale.

Tavolo e Comitato chiedono di essere aggiornati, soprattutto con riferimento allo svolgimento dei compiti prima affidati all'ASP relativi al monitoraggio delle prestazioni erogate dai privati accreditati, dal momento che i controlli sulle prestazioni da privato appaiono in ritardo.

FLUSSI INFORMATIVI

Tessera sanitaria

Tavolo e Comitato, in sede di riunione di verifica del 30 luglio 2013, erano rimasti in attesa di conoscere iniziative della struttura commissariale atte al superamento delle criticità emerse relativamente alle modalità di invio delle ricette da parte dei medici convenzionati e degli specialisti dipendenti. Erano, altresì, rimasti in attesa di ricevere il piano di diffusione delle attività riguardanti la dematerializzazione delle ricette cartacee, modificato sulla base delle osservazioni formulate dai Ministeri affiancanti.

Con la nota n. 182 585 del 30/9/2013 la struttura commissariale ha trasmesso le attività regionali per la risoluzione delle criticità inerenti la ricetta elettronica e della relativa evoluzione per la dematerializzazione della ricetta cartacea. In particolare:

Ricetta Elettronica: la struttura commissariale, con riferimento ai medici non invianti (circa il 22%), ha fatto presente di aver provveduto a trasmettere alle ASL il relativo elenco per gli adempimenti di competenza (contraddittorio e eventuali sanzioni economiche). Inoltre, circa le criticità relative alla mancata compilazione del codice diagnosi la struttura commissariale ha previsto di rendere obbligatoria la trasmissione di tale dato da parte dei medici. **Al riguardo, tento conto dei riscontri forniti da Sogei, dall'analisi della situazione aggiornata al 11/11/2013, si fa presente che il 96% delle ricette trasmesse non riporta ancora il codice diagnosi. Inoltre: il 10% delle ricette viene inviato da un medico diverso dal proprietario del ricettario; il 15% riporta un codice esenzione non trovato nell'archivio dei codici forniti dalla Regione il 4% non riporta il corretto codice della prestazione prescritta dal medico.**

Esenzioni da reddito: la struttura commissariale ha fatto presente che, circa l'inserimento del codice di esenzione da reddito secondo gli elenchi di cui al DM 11/12/2009, i medici adottano le procedure di cui al predetto DM 11/12/2009 in fase di prescrizione.

Al riguardo si fa presente che, circa le informazioni trasmesse alla data permangono alcune criticità:

- **l'8% delle ricette di specialistica e l'11% delle ricette di farmaceutica riportano un codice di esenzioni per reddito riferito ad assistiti non presenti negli elenchi forniti dal Sistema TS secondo quanto previsto dal citato DM 11/12/2009.**
- **il 5% delle ricette di specialistica riportano l'indicazione della firma apposta sulla ricetta in difformità con le procedure di cui al predetto DM 11/12/2009.**
- **circa gli esiti dei controlli delle autocertificazioni forniti dal Sistema TS, si resta in attesa delle iniziative regionali.**

De-materializzazione (DM 2/11/2011): la regione ha fatto presente che provvederà alla presentazione del piano di diffusione entro ottobre 2013.

Al riguardo, si fa presente che a tutt'oggi (11/11/2013) non risulta pervenuta alcuna documentazione.

In tali termini, si resta in attesa della documentazione e dei chiarimenti regionali.

ACCREDITAMENTO

Definizione del fabbisogno

Tavolo e Comitato nella riunione del 30 luglio 2013 avevano ribadito la necessità di procedere tempestivamente all'aggiornamento del fabbisogno previsto dal DCA 17/2010.

Non risulta pervenuta documentazione a riguardo.

Tavolo e Comitato ribadiscono la necessità di procedere nel più breve tempo possibile ad individuare il fabbisogno.

Requisiti autorizzativi

Nella riunione del 30 luglio 2013 Tavolo e Comitato avevano preso atto dei chiarimenti forniti dalla struttura commissariale in merito al DCA 434/12, che disciplina i requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale. In relazione alla nota sulle strutture con posti di residenza, già realizzate ed in possesso di parere favorevole alla realizzazione, rilasciato ai sensi sia della normativa vigente (L.R. n. 4/2003) e ai sensi della normativa precedente all'entrata in vigore della L.R. 4/2003, Tavolo e Comitato avevano preso atto dei chiarimenti e avevano richiesto di essere informati sulla conclusione delle procedure.

Non risulta pervenuta ulteriore documentazione.

Tavolo e Comitato restano in attesa di un aggiornamento sulla conclusione delle procedure.

Accreditamento definitivo

Autorizzazioni all'esercizio

In occasione della riunione del 30 luglio 2013, in riferimento alla conferma dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria e socio sanitaria ed alle modalità ed ai termini per la presentazione della domanda, Tavolo e Comitato avevano chiesto chiarimenti rispetto alle specifiche ragioni per le quali non tutti i soggetti fossero riusciti ad effettuare la preregistrazione necessaria per ottenere la conferma dell'autorizzazione nei tempi previsti (nonostante le molteplici proroghe intervenute) e quali fossero state le "iniziative del caso" attivate per ovviare ai problemi riscontrati. Avevano, altresì,

sollecitato la conclusione delle procedure di conferma di autorizzazione all'esercizio, con le relative verifiche in loco, rilevando che la modifica continua dei provvedimenti sulla citata procedura fosse indice di carenze nella governance del settore.

A riguardo, la struttura commissariale ha trasmesso il Decreto n. 426/13 (prot. 446_13 del 04.10.2013) che dispone un'ulteriore proroga per l'adeguamento ai requisiti strutturali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie che, pur avendo regolarmente presentato la domanda di conferma dell'autorizzazione all'esercizio, nonché di accreditamento istituzionale definitivo, non hanno conseguito l'attestato di piena conformità. Tali strutture dovranno adeguarsi entro il termine di 90 giorni (più ulteriori 90 per specifici casi). La struttura commissariale si riserva, in ogni caso, di poter adottare delle misure sanzionatorie nei confronti delle strutture di cui trattasi.

Tavolo e Comitato, in merito alle misure sanzionatorie previste nel DCA, rilevano che le stesse dovrebbero trovare adeguata collocazione nel contratto, in quanto la previsione successiva potrebbe comportare il verificarsi di contenzioso.

Ribadiscono, inoltre, che non è ancora chiaro il numero complessivo di strutture coinvolte nel procedimento di accreditamento (che varia da documento a documento) e rammentano che è necessario trovare definitiva soluzione alle strutture "a gestione atipica", ovvero ai soggetti privati erogatori di attività sanitarie non accreditati, che operano in virtù di convenzioni con la Aziende sanitarie. In riferimento a questi ultimi, si chiedono nuovamente rassicurazioni sul fatto che dette strutture posseggano i requisiti necessari a garantire la qualità e la sicurezza delle cure erogate.

Tavolo e Comitato chiedono, pertanto, di ricevere un report riepilogativo che contenga l'indicazione del numero complessivo delle strutture interessate, del numero dei procedimenti definitivamente conclusi (con l'indicazione di esito favorevole o negato) e un cronoprogramma che indichi puntualmente le varie fasi e la definitiva conclusione delle procedure per tutte le strutture che erogano prestazioni a carico del SSR. Tavolo e Comitato ribadiscono, ancora una volta, il forte ritardo con il quale si sta procedendo per la conclusione dell'iter di autorizzazione e accreditamento e come, anche il provvedimento di cui trattasi, pur riguardando, secondo quanto dichiarato dalla gestione commissariale, un numero contenuto di strutture, introduca una ulteriore deroga volta a dilatare i termini per l'adeguamento ai requisiti.

Si segnala che nelle premesse del decreto una delle motivazioni di tale deroga è quella di salvaguardare i livelli occupazionali. Si ribadisce quanto più volte espresso da questi Ministeri nonché dai tavoli tecnici di verifica con riferimento alla salvaguardia dei livelli occupazionali delle strutture private accreditate: l'organizzazione interna di una struttura privata accreditata con riferimento ai livelli occupazione non può essere posta a carico dell'ente pubblico che si limita a verificare, all'interno del processo di accreditamento, che il personale sia per numero e qualifiche idoneo a svolgere l'attività per cui si viene accreditati, in condizioni di efficienza ed appropriatezza. Si chiede di espungere, pertanto, tale riferimento.

Autorizzazione e accreditamento

Tavolo e Comitato, nella riunione del 30 luglio 2013, avevano segnalato il permanere di alcune criticità rispetto ai riscontri forniti dalla struttura commissariale in riferimento a:

- San Raffaele Montecompatri, per cui si rinviava genericamente agli esiti dell'apposito Gruppo di lavoro costituito per la risoluzione delle problematiche;
- Villa Maraini, per la quale non risultavano chiari i rapporti fra la ASL RMD e la Fondazione e l'attività svolta (somministrazione metadone) sembrava introducesse una deroga a quanto previsto dal D. Lgs. 502/92, in quanto l'attività risulta autorizzata e non accreditata;
- Rete laboratoristica, la cui riorganizzazione sta procedendo con forte ritardo, con particolare riferimento alla componente privata della stessa.

Inoltre, Tavolo e Comitato avevano chiesto informazioni in merito all'esito della procedura di voltura ex L.R. n. 4/2003 riguardante l'Ospedale Regina Apostolorum, in ragione del cambiamento dell'assetto societario della struttura in via di acquisizione da parte del gruppo IHG.

Poiché la struttura commissariale non ha trasmesso ulteriore documentazione, Tavolo e Comitato confermano le precedenti valutazioni.

RAPPORTI CON GLI EROGATORI PRIVATI E RELATIVE TARIFFE

Rapporti con gli erogatori privati

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 30 luglio 2013, in riferimento ai rapporti con gli erogatori privati, nonostante i chiarimenti forniti dalla struttura commissariale, avevano ribadito nuovamente quanto emerso nelle precedenti riunioni circa il mancato invio di una relazione unitaria che desse riscontro alle complessive osservazioni rese dai Ministeri.

In merito alla comparazione dei budget per gli anni 2011 e 2012 per le prestazioni ospedaliere per acuti, riabilitazione e lungodegenza, specialistica ambulatoriale, RSA, ex art. 26 e neuropsichiatria, Tavolo e Comitato avevano evidenziato la persistenza di alcune problematiche irrisolte: i budget relativi all'assistenza specialistica erano al lordo della sola quota ricetta e non di tutte le compartecipazioni, non erano stati indicati i criteri di calcolo delle funzioni assistenziali e non era chiaro il calcolo del budget 2013. Inoltre, i Tavoli di verifica avevano ribadito che i provvedimenti non avevano recepito i rilievi più volte avanzati anche attraverso i pareri, poiché, ancora una volta, la regione aveva provveduto ad individuare le remunerazioni prescindendo dagli abbattimenti conseguenti ai controlli di appropriatezza e, nell'applicazione della Spending Review, non aveva tenuto a riferimento il consuntivo 2011. Tavolo e Comitato avevano ribadito che la continua revisione dei budget in corso d'anno e per anni precedenti fosse indice di una non corretta programmazione regionale e di una non corretta gestione delle risorse a disposizione.

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

In risposta alle evidenze emerse nella riunione del 30 luglio 2013, relative alla comparazione dei budget per gli anni 2012-2013 e all'applicazione delle disposizioni del DL 95/12, la struttura commissariale ha trasmesso una relazione di chiarimenti (prot. 460_13 del 11.10.2013), mediante la quale rappresenta:

- di aver determinato il livello di prestazioni per acquisto da privato, relativo alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, considerando come limite massimo di finanziamento globale il consuntivo 2011, al netto della valorizzazione del pronto soccorso e delle prestazioni dialitiche (abbattuto del 0,5%), prestazioni considerate salvavita e non differibili;
- di aver costruito i budget 2012 e 2013 al netto del ticket e al lordo della quota ricetta, ma di impegnarsi a definire gli stessi per l'anno 2014 al lordo di tutte le compartecipazioni, come più volte indicato dai Ministeri;
- di aver determinato il livello di prestazioni per acquisto da privato, relativo alle prestazioni ospedaliere, considerando come limite massimo di finanziamento globale il consuntivo 2011, al lordo dei controlli e al netto del neonato sano (abbattuto del 0,5%);
- per quanto riguarda la determinazione dei rischi, di aver definito la percentuale di abbattimento includendo anche gli accantonamenti dei rischi che si riferiscono a budget di riconversione ex DCA 80/10.

La gestione commissariale allega al documento una serie di prospetti di comparazione dei livelli di finanziamento per tipologia di assistenza riguardanti gli anni 2012 e 2013.

Tavolo e Comitato, nel rinviare al parere, poiché la regione non adduce elementi innovativi rispetto a quanto in precedenza rappresentato, confermano le valutazioni già espresse e richiamano la struttura commissariale al rispetto di quanto disposto dalla L. 135/12. Sollecitano nuovamente la struttura commissariale a tenere debitamente conto delle risultanze dei controlli di appropriatezza sulla produzione consuntivata nel processo programmatorio.

In merito alla ripartizione del F.S.R. 2012 per le funzioni assistenziali ospedaliere e di didattica e di ricerca connesse ad attività assistenziali, Tavolo e Comitato avevano rilevato come il provvedimento trasmesso fosse carente di un elemento determinante, ovvero dei modelli teorici di calcolo dei costi industriali utilizzati al fine della valorizzazione delle singole funzioni.

In riferimento alla definizione delle funzioni per l'anno 2013, Tavolo e Comitato avevano evidenziato come il provvedimento trasmesso non tenesse conto delle osservazioni dei Ministeri affiancanti, formulate rispetto all'analogo provvedimento adottato per l'anno 2012. I Tavoli, quindi, avevano chiesto modifiche ed integrazioni al decreto, nonché di ricevere una relazione tecnica dalla quale si desumessero gli elementi richiesti.

Poiché la struttura commissariale non ha fornito alcun riscontro a riguardo, Tavolo e Comitato confermano le osservazioni espresse nella riunione del 30 luglio 2013 e rilevano l'estremo ritardo nella definizione delle funzioni assistenziali per l'anno 2013.

La struttura commissariale ha trasmesso, inoltre, la seguente documentazione:

- Decreto n. 364/13 (prot. 368_13 del 01.08.2013) di rideterminazione in aumento del budget 2013 per la struttura ANTEA Associazione O.n.l.u.s., assegnato precedentemente alla Società con DCA n. 103/2013, in ragione del rilascio dell'accreditamento istituzionale definitivo, con una configurazione di 25 posti residenziali e 100 trattamenti domiciliari (prima 10 posti residenziali e 40 trattamenti domiciliari). Con il medesimo provvedimento vengono confermate le tariffe di Hospice del DCA 23/11 e il rapporto 1:4 tra posti letto residenziali e numero di accessi di assistenza domiciliare.
- Decreto n. 365/13 (prot. 369_13 del 01.08.2013), mediante il quale la struttura commissariale determina l'effettiva decorrenza delle attività di riabilitazione estensiva in regime residenziale e di quelle di medicina ospedaliera alla Casa di cura Villa Fulvia e i relativi budget per l'anno 2013. Il DCA 122/2013, non pervenuto peraltro ai Ministeri affiancanti, riconosce, in contrasto con quanto stabilito dal DCA 80/2010 (riduzione di 71 posti letto di riabilitazione cod. 56), 20 posti letto di riabilitazione territoriale estensiva e 25 posti letto di medicina, con conseguente riduzione complessiva di soli 46 posti letto ospedalieri.

Tavolo e Comitato chiedono chiarimenti in merito alla compatibilità con il fabbisogno generale di posti letto, in particolare per quelli relativi alla medicina, non ritenendo condivisibile una impostazione che continua ad adeguare il fabbisogno in relazione agli accordi effettuati con i singoli privati, ancorché in contrasto con il DCA 80/2010. Per quanto riguarda la remunerazione ex DCA 349/12, Tavolo e Comitato rinviano al parere ministeriale sul provvedimento (prot. n. 268-P/2013).

- Decreto n. 403/13 (prot. 388_13 del 03.09.2013), con il quale viene assegnato il budget per l'anno 2013 alla struttura RSA SACRA FAMIGLIA (Italian Hospital Group), che ammonta a € 871.424,00, sulla base di 80 pl di riabilitazione (nello specifico, «area della senescenza livello medio-alto prestazionale R2, corrispondente a Mantenimento A»), in ragione della conferma dell'autorizzazione all'esercizio e del riconoscimento dell'accreditamento istituzionale temporaneo ex DCA 230/2013.

Budget 2013

Nella riunione del 30 luglio 2013, in merito alla definizione dei budget 2013 per le strutture private erogatrici di prestazioni di specialistica ambulatoriale e per le strutture private erogatrici di prestazioni ospedaliere, Tavolo e Comitato, segnalando il mancato rispetto della normativa in materia, rimanevano in attesa delle modifiche ai relativi provvedimenti commissariali. Avevano evidenziato, inoltre, che la maggior parte dei contratti non erano stati sottoscritti.

In particolare:

- per le prestazioni di assistenza riabilitativa ex art. 26 e per le prestazioni in RSA, si prendeva atto della documentazione trasmessa e si restava in attesa di conoscere lo stato dell'arte delle procedure di accreditamento, nonché di ricevere una relazione tecnica attestante la compatibilità del provvedimento con il PO 2013-2015;
- per le prestazioni neuropsichiatriche, si restava in attesa di conoscere la data entro la quale il processo di accreditamento fosse definitivamente completato;
- per le prestazioni di Hospice, Tavolo e Comitato avevano rilevato che la regione dovesse modificare la normativa in materia di compartecipazione e avevano sollecitato la conclusione delle riconversioni e delle procedure di accreditamento (con particolare riguardo al Gruppo San Raffaele).

In merito all'approvazione dello schema tipo di contratto/accordo per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti erogatori di tutte le prestazioni sanitarie, la gestione commissariale ha inviato una nota di chiarimenti (prot. 458_13 del 09.10.2013) in risposta alle evidenze emerse nella riunione del 30 luglio 2013 ed al parere dei Ministeri (prot. 418_13) in riferimento al DCA 183/13, che approva lo schema tipo di contratto/accordo per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale.

La gestione commissariale afferma di aver accolto favorevolmente i suggerimenti indicati dai Ministeri affiancanti, in base ai quali si impegna ad adeguare il contenuto dello schema tipo.

In allegato alla nota viene riportato lo schema dell'intervento 7.7.3, ovvero "Stipula di accordi e contratti" dello schema di Programma Operativo 2013-2015.

Tavolo e Comitato valuteranno tale intervento nell'ambito della valutazione della proposta di PO 2013-2015.

Riguardo allo stato di avanzamento della sottoscrizione dei contratti per l'anno 2013, la struttura commissariale ha trasmesso una relazione (prot. 454_13 del 09.10.2013) di aggiornamento sull'andamento della sottoscrizione dei contratti con gli operatori privati per l'anno 2013, dalla quale emerge, alla data del 28 agosto 2013, che non risultano sottoscritti il 31,27% dei contratti, tra cui quelli con il Policlinico Gemelli, il Campus, la Fondazione Santa Lucia (all. 01 e all. 02). Inoltre, a corredo, viene trasmesso il testo dell'Accordo attuativo del Protocollo d'Intesa stipulato il 2 luglio 2013 tra la Regione Lazio, l'Azienda Roma D e la Croce Rossa Italiana, per il passaggio della gestione e della titolarità del Centro di Educazione Motoria di Roma (all. 03).

Tavolo e Comitato osservano quanto segue:

- **in merito all'allegato 01, il prospetto riepilogativo riporta i dati relativi alle strutture che hanno sottoscritto gli accordi, aggiornati al 28 agosto 2013. Si chiedono chiarimenti in**

relazione al “Centro Regionale S. Alessio M. di Savoia per ciechi”, laddove, nell’ultima colonna a destra, è riportata la dicitura “Nessuna Produzione Roma E”;

- il prospetto di cui all’allegato 02 non riporta i dati relativi agli accantonamenti previsti per riconversioni o altro. In proposito, al fine di conoscere lo stato di avanzamento delle riconversioni e della conseguente definizione e sottoscrizione dei budget, si chiede di fornire un quadro che riepiloghi l’utilizzo ad oggi di tali accantonamenti, appostati per la realizzazione di tale attività;
- per ciò che concerne l’allegato 3:
 - a) in riferimento all’articolo 2 dell’Accordo attuativo del Protocollo d’Intesa stipulato tra la Regione Lazio, l’Azienda Roma D e la Croce Rossa Italiana per il passaggio della gestione e della titolarità del Centro di Educazione Motoria di Roma, laddove è previsto un “periodo di affiancamento”, non risulta una norma di riferimento che giustifichi tale previsione. Tanto in virtù del fatto che la norma che autorizza il trasferimento di personale prevede che il passaggio sia accompagnato “disponendo il trasferimento delle risorse finanziarie occorrenti al relativo trattamento economico”. Si ritiene che detto trasferimento di risorse debba precedere qualsiasi impegno da parte della ASL di farsi carico delle spese di detto personale;
 - b) con l’art. 4 dell’Accordo attuativo, i sottoscrittori si impegnano a provvedere a quanto necessario, entro il 31 dicembre 2013, per garantire il passaggio del personale della CRI già in servizio presso il CEM, nei ruoli del personale della ASL Roma D, in conformità alle previsioni di cui all’articolo 6, comma 7, del D. Lgs. n. 178/2012, anche con riferimento e condizionatamente all’assegnazione delle risorse finanziarie occorrenti al relativo trattamento economico, in applicazione dell’art. 30, comma 2 quinquies, del D. Lgs. n. 165/2001.

Al riguardo, si osserva che il richiamato comma 7 dell’art. 6 del d. lgs, 178/2012 prevede che possa essere favorito il passaggio di personale dalla CRI ad enti del SSN “senza apportare nuovi e maggiori oneri alla finanza pubblica e compatibilmente con i vincoli previsti in materia di personale sia dalla legislazione vigente sia, con riferimento alle regioni sottoposte ai piani di rientro dai deficit sanitari o ai programmi operativi di prosecuzione degli stessi, da detti piani o programmi”. Conseguentemente, l’impegno a garantire il passaggio del personale dalla CRI alla ASL RM/D è suscettibile di determinare un incremento di oneri non compatibile con i vincoli citati nella norma citata.

Per quanto attiene, invece, al personale a tempo determinato (art. 4 III capoverso), si rappresenta che il citato comma 9, dell’art. 6 del D. Lgs. n. 178/2012 prevede esclusivamente la possibilità di prorogare tali contratti fino al 31/12/2013. Le ulteriori previsioni contenute in tale comma riguardano, infatti, esclusivamente “contratti stipulati per convenzioni per le quali l’Associazione (della CRI) subentra alla CRI”, e quindi evidentemente non possono essere richiamati nel caso specifico, che riguarda invece la cessazione della titolarità e della gestione del CEM.

Sempre in relazione ai contratti a tempo determinato, nel medesimo articolo (II e III capoverso) si conviene di inserire nel procedimento in questione anche il personale che otterrà la stabilizzazione entro il 31/12/2013 in forza di procedimenti giudiziari pendenti e di rappresentare agli organi regionali competenti l’eventualità di inserimento anche del personale con contratto a t. d. non stabilizzato entro la predetta data. Al riguardo si segnala che la normativa vigente in tema di accesso al pubblico impiego prevede l’obbligatorietà del ricorso alla procedura concorsuale pubblica, non consentendo pertanto la stabilizzazione di personale titolare di contratto a tempo determinato.

L'intero articolo 4 è, inoltre, suscettibile di determinare contenzioso in ragione delle aspettative che potrebbero sorgere in capo al personale di che trattasi.

Ciò posto l'Accordo non è validabile e va annullato. Il nuovo Atto dovrà essere redatto in coerenza con le osservazioni formulate. Si resta in attesa da parte della Regione dei conseguenti atti.

Infine, si allega un carteggio tra la Regione Lazio e l'Avvocatura Regionale in relazione alla opportunità di inserire la clausola contenuta nel contratto 2012 e riferita all'accettazione incondizionata del contenuto del contratto/accordo (all. 04). L'Avvocatura Regionale, nella sua risposta, indica la non opportunità di inserire tale clausola negli schemi contrattuali (all. 05).

Tavolo e Comitato segnalano che è pervenuto un parere dell'Avvocatura generale dello Stato che, su richiesta dell'Ufficio legislativo del Ministero della salute, si è espressa in merito alla previsione di una clausola di salvaguardia nei contratti, affermando la validità della predetta clausola.

Tavolo e Comitato, visto il parere dell'Avvocatura, chiedono alla struttura commissariale di inserire nei contratti 2013 e successivi la seguente formulazione:

“Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto.

In considerazione dell'accettazione dei suddetti provvedimenti (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili”.

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

Budget 2010-2011-2012

In occasione delle riunioni del 30 luglio 2013, Tavolo e Comitato:

- con riferimento alla determinazione dei budget per l'anno 2011 per le strutture eroganti prestazioni di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, avevano chiesto chiarimenti sui ricoveri per la struttura San Raffaele Pisana;
- in merito al Laboratorio Centrale della Croce Rossa Italiana e alla remunerazione per gli anni 2010-2011-2012, avevano valutato non sufficienti i chiarimenti forniti, soprattutto riguardo alla mancata sottoscrizione dell'accordo per il citato triennio;
- rispetto alle strutture Merry House e San Feliciano, avevano segnalato criticità in ordine alla modifica della procedure di riconversione previste dal DCA 80/10;
- riguardo all'integrazione e alla rettifica dei precedenti decreti di assegnazione dei budget delle strutture Meta Medica e MR 3000 per gli anni 2011, 2012 e 2013, avevano evidenziato che il DCA 62/2011 non fosse stato approvato in virtù di una serie di osservazioni alle quali si rinviava; inoltre, i valori dei budget riformulati per la struttura Metamedica non risultava coerente con le somme riportate nei DCA di riferimento. Avevano richiamato l'attenzione sull'uso inappropriato, all'interno del citato provvedimento, della terminologia “valorizzazione riconversione”, laddove le strutture in oggetto non avevano provveduto alla riconversione delle attività da ospedaliere a territoriali.

A riscontro, la struttura commissariale ha trasmesso una relazione di chiarimenti (prot. 461_13 del 11.10.2013), in risposta anche al parere dei Ministeri (prot. 420_13), mediante la quale illustra la metodologia con cui si è giunti alla valorizzazione dei budget delle strutture.

Tavolo e Comitato, rinviando al parere, confermano i rilievi effettuati precedentemente, anche con parere prot. 420-P/13.

In riferimento alla remunerazione delle prestazioni Hospice, come da intesa di riconversione, della struttura Italian Hospital Group S.p.A. (IHG) e della struttura Nuova Clinica Annunziatella, Tavolo e Comitato avevano rilevato incongruenze in ordine al numero di posti letto di residenzialità e al relativo fabbisogno. Avevano, inoltre, sollecitato la struttura commissariale all'attuazione della riorganizzazione della rete delle cure palliative, anche in virtù dei finanziamenti ministeriali.

In merito al quadro di riepilogo dei budget assegnati e della relativa quota liquidata per prestazioni di assistenza riabilitativa ex art. 26, Tavolo e Comitato erano rimasti in attesa dei dati definitivi, rilevando la gravità della circostanza che a luglio 2013 la regione non avesse ancora a disposizione i dati relativi alle somme liquidate sulla produzione 2011.

In merito non è pervenuta documentazione.

La gestione commissariale ha trasmesso:

- il Decreto n. 328/13 (prot. 354_13 del 16.07.2013), mediante il quale, in ottemperanza sentenza TAR, Sez. III Quater n. 6995/2011, si prende atto dell'accordo sottoscritto dalla Regione e dall'AIOP in riferimento alla correzione dei budget per APA e PAC per gli anni 2008 e 2009 per gli erogatori: Cliniche Moderne Spa; Villa Tiberia srl; Madonna delle Grazie Spa; Dolomiti Spa; San Feliciano srl; Santa Famiglia Srl; S. Anna Policlinico Città di Pomezia; G.I.O.M.I. Spa; Santa Teresa Srl.

Tavolo e Comitato prendono atto e chiedono di conoscere l'impatto contabile di tale rideterminazione.

- il Decreto n. 329/13 (prot. 361_13 del 19.07.2013) mediante il quale viene data esecuzione alla sentenza TAR n. 32603/2010 e n. 7537/2011, provvedendo alla rideterminazione dei budget delle prestazioni di riabilitazione post-acuzie per gli anni 2007-2010, per un totale di circa € 35,5 mln, in ragione dell'inquadramento nella classe "A" della struttura INI Medicus Hotel Monteripoli.

Tavolo e Comitato prendono atto dei provvedimenti e ribadiscono ancora carenze nella governance dei rapporti con gli erogatori privati, che genera un crescente contenzioso.

Evidenziano come rimanga non chiarito il motivo per il quale, in relazione al Gruppo INI, non sia stata impugnata nei tempi ordinari, facendola passare in giudicato, una sentenza che la stessa regione ha ritenuto "affetta da un errore materiale".

Erogatori Privati

Istituto Dermopatico dell'Immacolata

Tavolo e Comitato, relativamente alla tematica riguardante il Gruppo IDI, avevano preso atto del decreto che disponeva l'erogazione anticipata di importi relativi alle prestazioni rese dalle Strutture IDI - IRCCS e Ospedale San Carlo di Nancy, gestite dalla Provincia Italiana della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione, fino al 30 settembre 2013, e erano rimasti in attesa di ricevere aggiornamenti relativi alla situazione del gruppo.

Non essendo pervenuta ulteriore documentazione, Tavolo e Comitato chiedono aggiornamenti al riguardo.

Si segnala che il Tar Lazio ha emesso l'ordinanza n. 2016/2013 del 21 maggio 2013 con cui ha respinto "l'istanza di sospensione degli stessi atti impugnati nella parte in cui inibiscono al ricorrente l'esercizio dell'attività sanitaria nella qualità di operatore professionale privato già

provvisoriamente accreditato con il Servizio sanitario regionale e l'utilizzo a tal fine dello stabile ubicato in via Aurelia n. 275". Con tale ordinanza la struttura in questione non può svolgere attività a carico del SSR. Si chiede al Commissario una relazione puntuale sulla situazione del San Carlo di Nancy, così come già richiesto nei verbali del 17 aprile 2013 e 30 luglio 2013.

Gruppo San Raffaele

In occasione della riunione del 30 luglio 2013, Tavolo e Comitato avevano ribadito le criticità più volte segnalate in riferimento al Gruppo, soprattutto il fatto che i provvedimenti successivi adottati, riguardanti incrementi di attività ospedaliera, non erano coerenti con la originaria programmazione stabilita con il DCA 80/10. Avevano, pertanto, sollecitato la predisposizione di un nuovo atto che descrivesse la nuova configurazione della rete e che desse evidenza della compatibilità con i fabbisogni assistenziali e con quanto disposto dal DL 95/12.

Era stato segnalato, inoltre, il mancato riscontro alla richiesta chiarimenti inviata con prot. 348-P/13 in merito all'accREDITAMENTO della struttura San Raffaele Termini.

In merito, non risulta pervenuta documentazione. Si ribadisce la necessità di rivedere il decreto 62/2011, come richiesto dai Tavoli tecnici più volte.

Ospedale Israelitico

Tavolo e Comitato, in occasione della riunione del 30 luglio 2013, avevano rilevato la mancata trasmissione di documentazione di chiarimenti in relazione alla sussistenza dei requisiti di accREDITAMENTO rispetto alla prevista destinazione dei posti letto e rispetto agli esiti dei controlli.

La struttura commissariale ha inviato il Decreto n. 330/13 (prot. 362_13 del 25.07.2013), di sospensione degli effetti dei decreti n. 89/2011 e n. 149/2012 che regolano i rapporti tra l'Ospedale Israelitico, la ASL territorialmente competente e la Regione Lazio.

Alla base di tale provvedimento vi sono gli esiti dei controlli delle cartelle cliniche degli anni 2006-2009, effettuati da ASP e attribuiti ai DRG 063, 168, 169. Dall'analisi di n. 13.241 ricoveri estratti da SIO, il 94% sono risultati incongrui ed inappropriati, trattandosi di procedure odontoiatriche non invasive, effettuate in un setting assistenziale non idoneo, ovvero prestazioni erogabili in regime ambulatoriale, per un ammontare complessivo di € 11.719.216,71. Inoltre, la Procura della Repubblica di Roma ha già esercitato l'azione penale, ravvisando gli estremi del reato di truffa ai danni dell'ASL RMD, della Regione e del Ministero della Salute.

Tavolo e Comitato, pur non comprendendo come possano essere state erogate per un quadriennio prestazioni inappropriate senza che i controlli rilevassero tale situazione, prendono atto e restano in attesa di conoscere gli ulteriori provvedimenti che saranno assunti dalla gestione commissariale (successivamente alla scadenza dei termini prorogati con DCA 472/13), nonché gli esiti dell'azione penale. Si chiede di fornire, con urgenza, i chiarimenti richiesti con parere 409-P del 12 settembre 2013.

Policlinico Gemelli

Tavolo e Comitato avevano chiesto chiarimenti in merito al rischio di overbudget che si evidenziava sulla struttura in riferimento all'anno 2012.

Al riguardo, la gestione commissariale ha inviato una nota di chiarimenti (prot. 455_13 del 09.10.2013), nella quale viene affermato che la produzione, sia per l'assistenza ospedaliera (al netto dei controlli), sia per l'assistenza specialistica (al netto delle partecipazioni) è stata inferiore al budget programmato.

Non essendo riportati nella nota elementi aggiuntivi, Tavolo e Comitato confermano le valutazioni del precedente verbale e rinviando ai pareri. Si ricorda che il contratto 2013 non è stato sottoscritto.

Casa di Cura Città di Aprilia, Casa di Cura Addominale dell'EUR e Campus Bio-Medico

Poiché non è pervenuta ulteriore documentazione Tavolo e Comitato confermano le osservazioni avanzate in occasione della riunione del 30 luglio 2013. Con riferimento alla struttura Casa di Cura Città di Aprilia, chiedono di essere aggiornati riguardo allo stato del contenzioso.

Tariffe

Tavolo e Comitato, nel corso della riunione del 30 luglio 2013, avevano rappresentato quanto segue.

Con riferimento alla modulazione tariffaria per i parti, non era specificato il valore regionale di riferimento oltre il quale si applicavano le decurtazioni previste. Si chiedeva alla regione di specificare se tale valore fosse comunicato alle strutture all'inizio di ciascun anno, ovvero in altro momento.

Le tariffe previste per i pazienti affetti da grave cerebrolesione acquisita e per i pazienti con mielolesione con gravità A, B, C erano coerenti con il DM 18.10.2013, tuttavia era stato chiesto alla regione quali controlli fossero previsti per la verifica dell'appropriatezza dei ricoveri cod. 28 e 75, nonché di specificare le motivazioni per cui non avesse previsto l'adozione di modulazioni tariffarie finalizzate a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e i processi di deospedalizzazione.

Con riferimento ai decreti 310/13 e 313/13 di approvazione del Nomenclatore Tariffario Regionale per le Prestazioni di Assistenza Ospedaliera e Specialistica Ambulatoriale previste dal D.M. 18.10.2012, la struttura commissariale ha inviato una nota di chiarimenti (prot. 459_13 del 09.10.2013) in risposta alle evidenze emerse nella riunione del 30 luglio 2013

I DCA 310/13 e 313/13 adottati il 4 luglio 2013 approvano i due Nomenclatori con decorrenza dalla data di pubblicazione degli stessi avvenuta l'11 luglio 2013. Si fa presente che il D.M. 18/10/2012 è entrato in vigore il 15° giorno successivo alla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale (data di pubblicazione 28 gennaio 2013, entrata in vigore 12 febbraio 2013).

Nell'evidenziare il ritardo con cui la regione ha recepito il DM, con riferimento all'adeguamento dei sistemi informativi evidenziano il permanere di dubbi circa il fatto che dal 16 luglio 2013 tutti gli erogatori abbiano applicato le nuove tariffe. Chiedono, pertanto, assicurazione sulla circostanza che l'aggiornamento del sistema sia a regime.

Appropriatezza

Poiché non risulta pervenuta documentazione in merito all'argomento, Tavolo e Comitato rinviando ai contenuti del verbale del 30 luglio 2013. Chiedono di essere aggiornati circa i lavori del Tavolo tecnico regionale per la valutazione dell'appropriatezza nel settore riabilitativo e della lungodegenza.

PROTOCOLLI DI INTESA CON LE UNIVERSITÀ

Tavolo e Comitato, nella riunione di verifica del 30 luglio 2013, avevano ribadito l'urgenza di procedere al rinnovo dei Protocolli di Intesa con tutte le università statali e non statali, essendo trascorsi anni dai precedenti protocolli ed essendo superato, con riferimento alle università statali, il quadriennio che, sulla base di quanto disposto dal D. Lgs. 517/99, permetteva la sperimentazione di cui alla lettera a), comma 2 dell'art. 2 del suddetto decreto. Tavolo e Comitato avevano ribadito che la mancanza di tali protocolli rendesse non agevole la governance dei complessi rapporti tra le università e le aziende. Si restava, pertanto, in attesa di ricevere le nuove proposte di protocolli d'intesa nel più breve tempo possibile.

In data 04/09/2013 la gestione commissariale ha richiesto un Incontro Tecnico di Affiancamento per la stesura dei nuovi accordi tra Università e SSR e, successivamente, con prot. n. 440/2013, è pervenuta la bozza del protocollo d'intesa con l'Università La Sapienza.

In data 15 ottobre 2013 si è tenuto il richiesto Incontro Tecnico di affiancamento presso il Ministero della salute, durante il quale sono state affrontati i vari contenuti della documentazione trasmessa e suggeriti possibili modifiche ritenute migliorative.

Tavolo e Comitato registrano che in data 11 dicembre 2013 è pervenuto il predetto Protocollo d'intesa con l'Università La Sapienza, sottoscritto dalle parti.

Nel rinviare al parere, evidenziano che da un primo esame sono emersi aspetti non condivisibili che saranno oggetto di richiesta di modifica.

Si registra l'impegno del Commissario a recepire le indicazioni rese.

La gestione commissariale ha inoltre trasmesso una nota di chiarimenti (prot. 474_13 del 09.10.2013) in risposta ai rilievi dei Tavoli riguardanti la bozza - non definitiva - di PO 2013-2015 concernenti:

- chiarimenti in relazione al Fondazione Policlinico Tor Vergata e all'eventuale riconoscimento dello status di IRCCS;

- chiarimenti sul generico riferimento all'"...avvio dei negoziati entro 3 mesi dalla riorganizzazione della rete". I Tavoli di verifica avevano rappresentato la necessità che si definissero tempi certi per tali iniziative e avevano richiesto chiarimenti sull'affermazione "*l'impatto economico è impossibile da valutare al momento*" (pag. 69 del PO).

La struttura commissariale, con la nota trasmessa, comunica che l'incertezza in ordine all'impatto economico dipende dall'alea tipica di ogni processo di rinegoziazione, dall'assetto organizzativo definito con l'Atto Aziendale (ancora non adottato), nonché dalla ridefinizione della rete assistenziale. In allegato la nota riporta un sintetico cronoprogramma.

Tavolo e Comitato ritengono priva di contenuti la nota e non esaustiva dei chiarimenti richiesti.

BENI E SERVIZI

Tavolo e Comitato, in occasione della riunione di verifica del 30 luglio 2013, avevano chiesto di ricevere una relazione che desse conto dell'effettiva conclusione delle procedure previste per la corretta applicazione della Spending Review e richiamavano quanto detto in merito alla costruzione dei tendenziali e dei programmatici del PO.

Tavolo e Comitato erano rimasti, inoltre, in attesa di periodiche relazioni che dessero conto del raggiungimento dell'obiettivo del pagamento dei fornitori a 60 giorni.

A riguardo la struttura commissariale ha trasmesso:

- una nota di chiarimenti (prot. 432_13 del 01.10.2013) relativamente all'applicazione della Spending Review al settore dei beni e servizi.

Al riguardo si rappresenta quanto segue:

- 1) la tabella a pagina 3 (di seguito "tabella regionale") della relazione valorizza la massa di spesa "aggredibile" per singola azienda senza specificare peraltro le voci di spesa incluse nell'aggregato. A livello regionale la massa di spesa aggredibile, ottenuta come somma dei valori aziendali, è pari a circa 500 mln di euro. Deve segnalarsi, peraltro, come la tabella non riporti i valori relativi alla ASL di Frosinone e al Policlinico di Tor Vergata. Inoltre i valori

riportati vengono valorizzati al netto IVA mentre più correttamente essi dovrebbero essere indicati al prezzo di acquisto, comprensivo di IVA.

Al riguardo, appare necessario che la regione fornisca la composizione dell'aggregato di spesa considerato "aggredibile" ai sensi del DL 95/2012;

2) al fine di operare una verifica circa la consistenza dei risparmi di spesa, la regione ha effettuato un confronto fra i dati di spesa del Modello CE relativi al II trimestre 2012 e II trimestre 2013. Tale confronto rileva un risparmio (limitatamente alle sole aziende) pari a circa 43 mln di euro. Al riguardo deve rilevarsi quanto segue:

- la valorizzazione sui modelli CE è comprensiva dell'IVA, laddove i valori rappresentati nella tabella regionale sono al netto dell'IVA;
- la tabella di confronto dei dati CE include anche la ASL di Frosinone, che non è invece inclusa nella tabella regionale; conseguentemente, il risparmio complessivo rilevato a livello regionale sconta anche le economie della ASL in questione, che non figura nella tabella regionale;
- si evidenziano significative discordanze fra i dati di spesa della tabella regionale e quelli dei dati CE (es. ASL RMC, ASL Viterbo, ASL Latina, San Giovanni, Spallanzani);

Peraltro, con riferimento alla confrontabilità dei risultati esposti nella tabella regionale e di quelli osservabili dai dati CE deve rilevarsi quanto segue:

- il confronto è effettuato su aggregato di spesa che solo presumibilmente è coerente con quello della tabella regionale, non essendo state per quest'ultima specificate le voci componenti l'aggregato di spesa di riferimento;
- i dati CE includono la spesa per dispositivi medici: tale voce è stata sottoposta alla misura di rinegoziazione dei prezzi ai sensi dell'articolo 15, comma 3 del DL 95/2012 solo limitatamente al 31/12/2012 mentre a decorrere dal 2013 il contenimento della spesa opera sulla base della fissazione di un tetto rispetto al livello del finanziamento ordinario; in considerazione di tale non omogeneità delle leve d'intervento, appare necessario che la valutazione sui dati CE sia effettuata dando separata evidenza alla componente dei dispositivi medici e verificando l'attuazione del DL 95/2012 per quest'ultima voce sulla base della valutazione del rispetto del tetto di spesa fissato dall'articolo 15, comma 13, lettera f) del predetto decreto;
- i dati CE impiegati per la verifica dei risparmi sono al netto di alcune voci (premi di assicurazione, consulenze non sanitarie) che in relazione alla loro natura dovrebbero invece essere inclusi nell'aggregato.
- l'aggregato preso a riferimento nel confronto dei dati CE sconta la riclassificazione operata da alcune aziende dalla voci "beni sanitari" a prodotti farmaceutici a decorrere dai dati del 2013. Conseguentemente, parte delle economie riscontrate sono la risultanza di tale riclassifica (cfr anche relazione advisor II trimestre 2013, pagina 19).

Alla luce di quanto sopra riportato, la relazione non fornisce elementi per una corretta e completa valutazione dell'impatto della spending review. In relazione a ciò, è necessario che la struttura commissariale fornisca ulteriori dettagli e informazioni al fine di pervenire ad un riscontro dei risparmi ipotizzati.

- Decreto n. 424/13 (prot. 433_13 del 01.10.2013) mediante il quale si autorizza la Direzione Regionale Centrale Acquisti a svolgere numerose e onerose procedure di gara a favore degli Enti SSR, approvando lo schema di delega e disponendo che le Aziende Sanitarie sottoscrivano ed inviino la delega medesima, debitamente compilata, alla Direzione Regionale Centrale Acquisti – Area Pianificazione e Programmazione.

Tavolo e Comitato, rinviando al parere da rendersi, valutano favorevolmente la definizione di una programmazione di gare centralizzate. Esortano la gestione commissariale a integrare il provvedimento con la definizione della tempistica per la realizzazione delle gare programmate e dei risultati attesi in termini di risparmio di spesa.

- Decreto n. 427/13 (prot. 447_13 del 04.10.2013), con il quale vengono approvate le linee guida per l'implementazione di un sistema di controllo dell'esecuzione dei contratti per la fornitura di beni e servizi delle Aziende sanitarie della Regione Lazio e viene disposto che la Direzione Centrale Acquisti trasmetta tale provvedimento alle Direzioni Generali delle ASL, al fine di garantirne l'immediata applicazione.

Tavolo e Comitato, rinviando al parere per i dettagli, valutano favorevolmente le linee guida, in quanto molte enunciazioni contengono elementi di pianificazione del ciclo degli approvvigionamenti, altre contengono spunti organizzativi e altre esprimono concetti già presenti in numerose norme vigenti.

Tavolo e Comitato, chiedono di conoscere l'attribuzione, all'interno delle direzioni regionali, della competenza relativa ai pagamenti dei fornitori afferenti la sanità.

PERSONALE

Tavolo e Comitato, nella riunione di verifica del 30 luglio 2013, in merito alla segnalazione da parte della struttura commissariale di criticità nell'erogazione dell'attività assistenziale a causa della carenza di personale nel territorio di competenza delle ASL di Viterbo, RM-H, Rieti e RM-F, avevano chiesto di conoscere le verifiche (es. valutazione delle liste d'attesa) effettuate e le conseguenti iniziative intraprese per far fronte a eventuali carenze nell'erogazione dei LEA (mobilità, assunzioni, etc.).

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

In riferimento alla nuova tabella A relativa all'anno 2004, ricompilata dalla struttura commissariale a seguito di una nuova ricognizione effettuata presso le aziende, Tavolo e Comitato avevano segnalato che, ai fini dell'anno 2012, occorreva far riferimento al consuntivo, pertanto rimanevano in attesa del consolidamento in atto da parte della struttura commissariale della tabella B per l'anno 2012.

Inoltre, in merito ai correttivi segnalati dalla struttura commissariale per le attività andate a regime dopo l'anno 2004 e alla medicina penitenziaria, Tavolo e Comitato avevano ribadito che le disposizioni normative non prevedevano la possibilità di apportare correttivi. In ogni caso, Tavolo e Comitato avevano chiesto alla regione di approfondire gli scostamenti tra quanto comunicato con la tabella A e quanto inviato dalle aziende sul Conto annuale in quanto si evidenziava un differenziale di circa 185 mln di euro.

La struttura commissariale ha trasmesso una nota di chiarimenti (prot. 473_13 del 14.10.2013) che intende fornire riscontro a varie osservazioni, di seguito riportate:

1. Riguardo all'ASL di Frosinone, i Ministeri affiancanti avevano chiesto informazioni riguardo ad alcune segnalazioni di presunte irregolarità nella assunzioni di personale. La gestione commissariale aveva evidenziato che la carenza del personale in quell'area geografica stava determinando una significativa riduzione dell'attività assistenziale.

Attraverso il documento in esame viene comunicato che è in corso la valutazione della documentazione e che non è possibile procedere all'assunzione di personale in deroga prima della verifica, da parte dei Ministeri, del rispetto della riduzione del 1,4% del costo del personale rispetto al 2004.

Tavolo e Comitato restano in attesa di ricevere gli esiti della valutazione e di conoscere le azioni poste in essere dalla gestione commissariale in merito.

2. Tabella A indennità De Maria: si rinvia a quanto successivamente rappresentato con riferimento alla tabella A;
3. In merito al nuovo modello di governance del personale delle Aziende del SSR, il sub Commissario comunica che la struttura commissariale provvederà prima al riordino della rete e, successivamente, interverrà sulla riorganizzazione delle risorse umane, essendo i due argomenti tra loro collegati e interdipendenti.

Tavolo e Comitato, avendo ricevuto, in data 6 dicembre 2013, il Programma operativo 2013-2015, si riservano di istruire il provvedimento nel merito delle azioni previste sul personale all'interno della rete assistenziale.

4. I Tavoli di verifica avevano chiesto come la regione intendesse operare, in relazione alla proroga dei contratti a tempo determinato ex D.L. n. 54/2013, oltre la scadenza del 31/12/2013 e che fossero illustrati con chiarezza i costi relativi a detto personale. Il sub Commissario, citando il D.L. n. 101/2013, art. 4 comma 10, rappresenta che è necessario attendere l'emanazione del DPCM sul personale cd "precario" del SSR, al fine di programmare un'eventuale proroga dei contratti o una probabile stabilizzazione di detto personale. Inoltre, vengono esplicitati i costi per il personale a tempo determinato, così come si evince dalla Tab. B del I, II e III trimestre 2013, che non contiene i costi dei contratti per collaborazione.

Tavolo e Comitato rammentano che anche il costo del personale con contratto di collaborazione concorre, ai fini della Tab. B, alla formazione del costo del personale a tempo determinato che, ai sensi dell'art. 1, comma 198, della L. n. 266/2005 e ss.mm.ii., deve essere ricompreso nel tetto dell'1,4%, al netto dei rinnovi contrattuali, rispetto al 2004. Pertanto, è opportuno che sia correttamente quantificato. Con riferimento al DPCM sul personale cd precario, rilevano che eventuali processi di stabilizzazione devono comunque rientrare nell'ambito delle deroghe vigenti.

5. Riguardo alla libera professione intramuraria, il sub Commissario fornisce rassicurazioni in merito al fatto che è ancora in corso di valutazione la documentazione inviata dalle Aziende del SSR, conclusa la quale verrà predisposta e trasmessa la nuova versione delle linee guida per l'esercizio della libera professione intramuraria.

Tavolo e Comitato prendono atto e restano in attesa del citato documento.

6. In relazione allo schema di decreto (prot. n. 190-A/2013) con il quale veniva autorizzata l'assunzione di due dirigenti medici oncologi presso l'ASL RMD, il sub Commissario afferma che detto DCA è stato ritirato.

Tavolo e Comitato rilevano, in proposito, che con prot. n. 481-A del 17/10/2013 tale provvedimento è stato riproposto. Ribadiscono, pertanto, i contenuti del parere ministeriale prot. n. 208-P/13.

7. Riguardo all'assunzione di personale tramite scorrimento graduatorie (assunzione di un dirigente medico presso la ASL RMB) o avviso pubblico (conferimento di incarico di UOC del PO San Paolo di Civitavecchia), il sub Commissario rappresenta che, in entrambi i casi, non si applica la mobilità e, con riferimento al conferimento di incarico di UOC, evidenzia che l'attribuzione, di competenza del Direttore Generale, avviene a seguito di un processo di valutazione effettuato da una commissione.

In proposito, si rammenta che il DCA n. 357/2013, (prott. nn. 336, 367, 475) concernente le linee guida per la concessione delle deroghe al blocco del turn over, al paragrafo 7 (pag. 6)

ultimo capoverso riporta: *“Prima dell’applicazione delle sopra elencate procedure devono essere avviati i processi di ricollocazione del personale che risulti in esubero a seguito della riorganizzazione della rete... Le aziende sanitarie non possono procedere alla copertura di eventuali posti vacanti o carenze di organico, prima del completamento dei procedimenti di ricollocazione del personale...”*. Con riferimento al DCA n. 239/2013, si rappresenta che, in una situazione analoga a quella di cui trattasi, con DCA n. 279/2013 (prot. 275/2013) la struttura commissariale ha disposto la ricollocazione del dott. Uguccioni presso l’Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (ex DCA n. 48/2011), al fine di ricoprire l’incarico di Direttore della UOC di Cardiologia, in ragione della soppressione della medesima UOC presso il PO CTO “A. Alesini” per ristrutturazione aziendale.

Tavolo e Comitato restano in attesa dei richiesti chiarimenti.

8. In merito alla relazione concernente la situazione dei servizi di salute mentale e al DCA n. 323/2013, mediante il quale sono state definite le linee guida per la concessione delle deroghe, si prende atto delle modifiche apportate (prot. n. 457-A/2013) e del recepimento dei rilievi ministeriali.

Tavolo e Comitato prendono atto.

9. Il Sub Commissario rinvia a quanto già rappresentato in precedenza sull’attività libero-professionale intramuraria e, più precisamente, riguardo alle modalità tecniche per la realizzazione dell’infrastruttura di rete evidenzia che è in attesa di ricevere il parere della competente area regionale.

Tavolo e Comitato rimangono in attesa di ricevere il nuovo documento riguardante le linee guida per l’esercizio della libera professione intramuraria, che recepisca le osservazioni ministeriali rese, nonché le indicazioni provenienti dalla normativa nazionale vigente.

- La gestione commissariale ha inviato il Decreto n. 402/13 (prot. 367_13 del 03.09.2013), con cui autorizza il trasferimento presso la ASL RM-D di n. 1 unità di personale con qualifica di Collaboratore Amministrativo Professionale, già in posizione di comando, in servizio a tempo indeterminato presso la ASL RM-F, tramite procedura di mobilità.

Tavolo e Comitato prendono atto.

La struttura commissariale ha inoltre trasmesso:

- Tabella B (prot. 339_13 del 08.07.2013) di rilevazione personale consuntivo 2012.
- Tabella B (prot. 364_13 del 25.07.2013) di rilevazione personale consuntivo 2012 di modifica al prot. 339_13.
- Nota integrativa (prot. 363_13 del 25.07.2013) al prot. 334_13 in riferimento alla Tabella B di rilevazione personale per gli anni 2004, 2011 e IV trim. 2012.
- Tabella B (prot. 386_13 del 02.09.2013) di rilevazione personale II trim. 2013.

Procedure di minor aggravio

In merito, Tavolo e Comitato avevano chiesto alla struttura commissariale una rapida conclusione delle procedure di ricollocazione del personale eventualmente dichiarato inidoneo a svolgere la propria mansione specifica in esito alla verifica condotta dall’Inps, affinché venissero rispettate le disposizioni impartite.

Non risulta pervenuta documentazione.

Piano mobilità del personale

In riferimento alla realizzazione di un nuovo modello di governance del personale delle aziende del SSR, Tavolo e Comitato invitavano la struttura commissariale a presentare un piano di riordino della rete ospedaliera e territoriale, già integrato del piano sul personale, dato che l'uno è complementare dell'altro già nel disegno dell'architettura del sistema.

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

Non risulta pervenuta documentazione alla scadenza prevista. In ogni caso si chiede di conoscere puntualmente come verrà gestito il personale all'atto della riorganizzazione della rete assistenziale.

Deroga blocco del turn over

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 30 luglio 2013, in relazione all'art. 1, comma 8, della L. 189/2012, di conversione del DL 158/2012, avevano chiesto rassicurazioni sul fatto che, prima di ricorrere all'assunzione attraverso scorrimento graduatorie o avviso pubblico, la regione avesse espletato le procedure di mobilità.

In riferimento alla situazione di collasso dei servizi di salute mentale, ed all'autorizzazione all'assunzione in deroga al blocco del turn over per l'anno 2013, di 17 Dirigenti medici dislocati presso le aziende del SSR, Tavolo e Comitato, valutando positivamente l'iniziativa, ritenevano che il provvedimento richiedesse alcune modifiche.

Riguardo alla procedura per l'assunzione del personale in deroga al blocco del turn over, sulla precedente documentazione trasmessa (DCA n. 323/13 (prot. 336-A/13) e DCA n. 357/13 (prot. 367-A/13), i Tavoli di verifica, avevano richiesto chiarimenti in merito a:

1. i criteri in base ai quali la commissione regionale, al fine di autorizzare eventuali deroghe, scegliesse fra le "classi regionali di riferimento", o se le stesse avessero una sorta di priorità le une rispetto alle altre;
2. il paragrafo 7 "modalità di assunzione", laddove vengono citate come modalità di assunzione anche la mobilità da altra regione e la mobilità da altra PA, che sono isorisorse e non costituiscono assunzioni in senso stretto, in quanto sono propedeutiche e non alternative alle procedure di assunzione tramite concorso (ex D. Lgs. 165/2001).

In merito la gestione commissariale ha inviato una ulteriore proposta di decreto (prot. 475_13 del 14 ottobre 2013), sottoscritta dal competente Sub Commissario, che recepisce le osservazioni avanzate nel precedente verbale.

Tavolo e Comitato ricordano che la regione dal 2013 non è più sottoposta al blocco automatico del turn over ai sensi del comma 174. Qualsiasi deroga potrà essere valutata, nel rispetto della normativa vigente, dopo la risoluzione dei disallineamenti tra i risultati della tabella A e i dati di Conto annuale relativi all'anno 2004.

In proposito la regione ha inviato in data 4.12.2013 una relazione concernente la riconciliazione tra i risultati della tabella A 2004 e il Conto annuale 2004.

Tavolo e Comitato restano in attesa delle determinazioni dei competenti uffici del Mef e dell'avvenuto allineamento delle informazioni contabili, atto presupposto per poter valutare il vincolo di crescita del personale legislativamente previsto.

Atti aziendali

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 30 luglio 2013, ribadendo la valutazione favorevole alla proposta di linee guida per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio, avevano segnalato alcune osservazioni e proposte di modifica alla struttura commissariale, relative alla dotazione di posti letto presa a riferimento per l'individuazione delle strutture semplici e complesse e all'adeguamento del documento alla normativa vigente.

La struttura commissariale ha trasmesso il Decreto n. 366/13 (prot. 371_13 del 02.08.2013), mediante il quale vengono differiti di 60 giorni tutti i termini previsti dal DCA n. 206/2013, sia per la trasmissione delle proposte di atti aziendali da parte delle Aziende e degli Enti del SSR, sia per la successiva istruttoria da parte dell'amministrazione regionale, anche alla luce delle osservazioni emerse nel corso dell'ultima riunione di verifica. Nell'ambito della valutazione degli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende sarà tenuto conto del disposto del DCA di cui trattasi.

Inoltre, la gestione commissariale ha inviato una nota di chiarimenti (prot. 456_13 del 09.10.2013) con la quale rappresenta che è in fase di predisposizione il nuovo atto programmatico della rete assistenziale regionale; pertanto, comunica di voler sospendere temporaneamente il DCA n. 206/2013 e si impegna, una volta individuati definitivamente i posti letto, ad adottare le citate linee guida.

In seguito, con il DCA n. 434/2013, la struttura commissariale provvede a sospendere l'efficacia del DCA n. 206/2013 (già prorogato con DCA n. 366/2013 di 60 giorni), nelle more della ridefinizione della rete di offerta regionale e, comunque, per il termine massimo di 120 giorni. Esito parere: Si prende atto.

Tavolo e Comitato prendono atto dei provvedimenti di sospensione dell'efficacia del DCA 206/13. Segnalano, tuttavia, che lo stesso è stato più volte citato in altri atti regionali, precedenti al prot 456/2013. Poiché, dunque, i citati documenti sono interconnessi, Tavolo e Comitato sollecitano la struttura commissariale ad adottare la versione delle linee guida per gli atti aziendali che recepisca le osservazioni ministeriali e a modificare tutti gli atti in cui viene erroneamente richiamato il DCA 206/13.

La struttura commissariale ha inoltre trasmesso:

- il Decreto n. 429/13 (prot. 449_13 del 07.10.2013) riguardante le raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione distrettuale.
- il Decreto n. 428/13 (prot. 450_13 del 07.10.2013) inerente alle raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della salute.

Tavolo e Comitato rinviando al successivo parere le considerazioni sui documenti elaborati dai rispettivi gruppi di lavoro, ad un primo esame, in riferimento alle Case della Salute, chiedono alla struttura commissariale chiarimenti riguardo:

- **alle azioni intraprese in merito alle ex strutture ospedaliere utilizzate per l'implementazione delle Case della Salute in cui risulta contenzioso in corso;**
- **alla composizione del modulo UDI (Unità di degenza infermieristica) e al numero di MMG che devono far parte della Casa della Salute;**
- **a cosa si faccia riferimento laddove si parla di "Raccordi funzionali delle Case della Salute", in relazione ai rapporti e ai collegamenti con le altre strutture;**
- **ai bacini di utenza afferenti ad ogni Casa della Salute e al numero complessivo;**
- **all'esplicitazione dei rapporti intercorrenti con gli altri nodi della rete e con il distretto.**

Nomina DG delle ASL

Tavolo e Comitato, in occasione della riunione del 30 luglio 2013, avevano chiesto aggiornamenti in ordine alle procedure di nomina dei Direttori Generali della Aziende e, più specificatamente, la modifica della legge regionale n. 18/94, riguardante i requisiti del Direttore Amministrativo e Sanitario, di cui al D. Lgs. n. 502/92, così come modificato dal D.L. n. 158/2012.

La struttura commissariale, in merito, ha inviato una nota di chiarimenti (prot. 448_13 del 04.10.2013) riguardante i requisiti per la nomina dei direttori amministrativi e sanitari, con la quale comunica che *“è allo studio una legge quadro che disciplini l'intero settore della sanità, ivi compresi, ovviamente, i requisiti per la nomina a Direttore Amministrativo e Sanitario, al fine di garantirne l'adeguamento ai più stringenti parametri posti dal D. Lgs. 502/92”*.

Tavolo e Comitato, rinviando al parere da rendersi, restano in attesa di ricevere il provvedimento di cui trattasi, che tenga conto delle disposizioni normative vigenti.

Con riferimento alla procedura di selezione in atto finalizzata alla nomina dei nuovi Direttori generali delle aziende, si chiede di conoscere la tempistica della conclusione delle procedure previste, essendo peraltro in scadenza gli attuali DG della maggior parte delle aziende laziali.

Chiedono chiarimenti sul disegno di legge quadro regionale che disciplina l'intero settore della sanità e la coerenza della stessa con la programmazione definita dalla struttura commissariale nello svolgimento del mandato attribuito dal Consiglio dei Ministri.

PREVENZIONE

Sanità pubblica

Tavolo e Comitato, nel corso della riunione di verifica del 30 luglio 2013, avevano evidenziato criticità relativamente all'area degli screening oncologici e avevano richiesto un documento contenente un'analisi puntuale della situazione, dalla quale discendesse un cronoprogramma dettagliato recante obiettivi misurabili e una tempistica definita.

In merito, la struttura commissariale ha trasmesso una nota (prot. 435_13 del 02/10/2013) con cui trasmette un documento contenente le azioni orientate al miglioramento della governance regionale e ad uniformare le capacità di erogazione dei programmi di screening. A corredo è stato inserito il cronoprogramma, con l'indicazione, per ogni intervento, dei relativi indicatori di risultato. La struttura commissariale comunica, inoltre, che è stato pubblicato sul sito di Laziosanità-ASP un report descrittivo dei risultati ottenuti per il periodo 2012-2011 per ciò che concerne gli screening oncologici per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori alla mammella, della cervice uterina e del colon retto, confrontati con i dati nazionali e gli standard raccomandati.

Tavolo e Comitato prendono atto e attendono che tali interventi siano inseriti all'interno del PO 2013-2015

La struttura commissariale in materia di prevenzione ha trasmesso:

- il Decreto n. 327/13 (prot. 353_13 del 16.07.2013) recante: "Associazione Nazionale per la Lotta contro le Microcitemie in Italia ONLUS (di seguito ANMI): approvazione del progetto 'Programma integrato di interventi di prevenzione, assistenza ed attività scientifica diagnostica ed epidemiologica per le patologie emoglobiniche nel Lazio 2013', finanziamento del programma di attività per l'anno 2013, per la somma di € 1.752.000,00, Cap. H11722 del Bilancio Regionale, Es. Fin. 2013". **Esito parere: Si prende atto**
- il Decreto n. 376/13 (prot. 377_13 del 07.08.2013), mediante il quale la struttura commissariale modifica il DCA n. 283/2013, con cui era stata costituita una commissione d'indagine per gli eventi avversi verificatisi presso il POIT - Centro Trapianti degli Ospedali San Camillo e Spallanzani di Roma. La modifica si è resa necessaria in quanto era stato qualificato erroneamente il Presidente della Commissione d'indagine come Professore Ordinario di Igiene e non di Malattie

Infettive. Inoltre, viene individuata una componente aggiuntiva della predetta Commissione, la Responsabile del Servizio Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione della ASL RM-H e viene assegnato un nuovo termine (30/08/2013) per la conclusione delle indagini.

- il Decreto n. 406/13 (prot. 404_13 del 06.09.2013), che definisce un'ulteriore proroga al termine dei lavori della commissione, fissandolo al 31/10/2013, a causa del verificarsi di un ulteriore evento avverso il 10/08/2013 presso l'AO San Giovanni.

Tavolo e Comitato prendono atto e resta in attesa di ricevere informazioni circa le risultanze di tali indagini.

- il Decreto n. 377/13 (prot. 378_13 del 07.08.2013) mediante il quale viene stabilito che la Commissione ex DCA n. 283/2013 e ss.mm.ii., attivata per indagare sugli eventi sentinella occorsi presso il POIT – Centro Trapianti degli Ospedali San Camillo e Spallanzani e per il successivo evento sentinella verificatosi presso l'AO San Giovanni, possa continuare la sua attività fino al 31/12/2013. Con il medesimo provvedimento vengono conferiti i più ampi poteri di accesso, di ispezione e di verifica documentale, nonché di audizione di dirigenti, di funzionari e di dipendenti delle Aziende del SSR interessate dalle indagini. Per l'attività di indagine, che per ogni caso dovrà durare massimo 60 giorni, non è previsto nessun compenso aggiuntivo, salvo il rimborso delle sole spese effettivamente sostenute - e correttamente documentate - per l'espletamento dell'incarico.

Tavolo e Comitato prendono atto.

- il Decreto n. 425/13 (prot. 445_13 del 04.10.2013), la struttura commissariale approva il Programma di Prevenzione e controllo relativo alla campagna di vaccinazione antinfluenzale per la stagione 2013-2014, secondo le modalità del protocollo operativo elaborato da ASP d'intesa con la competente Direzione regionale.

Tavolo e Comitato prendono atto.

Sanità veterinaria e sicurezza alimentare

La struttura commissariale ha inviato un Decreto n. 326/13 (prot. 352_13 del 16.07.2013) mediante il quale viene predisposto un Piano Regionale che raccoglie in maniera organica le indicazioni contenute nella normativa nazionale e comunitaria, al fine di mantenere, per alcuni specifici territori regionali, le qualifiche di "territorio ufficialmente indenne" dalle malattie dei bovini, bufalini e ovi-caprini, nonché di conseguire le qualifiche ancora non ottenute. Il provvedimento dispone, inoltre, che la Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria predisporrà un manuale delle procedure per ciascun Piano di risanamento (Tubercolosi bovina e bufalina, Brucellosi bovina e bufalina, Leucosi bovina e bufalina, Brucellosi ovicaprini).

Tavolo e Comitato chiedono di ricevere il provvedimento modificato con riferimento al punto 1.5.1, alla leucosi bovina enzootica e alle misure di eradicazione, rinviando al parere per i dettagli.

Reti assistenziali

Nella riunione del 30 luglio 2013 Tavolo e Comitato avevano ribadito la richiesta di ricevere informazioni su come la struttura commissariale intendesse rivedere la complessiva programmazione sanitaria, delle reti assistenziali, garantendo l'erogazione dei LEA e nel rispetto degli standard nazionali di riferimento.

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

Rete assistenziali per intensità di cure

Nella riunione del 30 luglio 2013 Tavolo e Comitato, in merito alla riorganizzazione della Rete Ospedaliera, alle Reti Assistenziali di Specialità ed all'Ospedale dei Castelli, ritenevano che i

chiarimenti trasmessi dalla struttura commissariale non rispondessero a quanto richiesto, essendo gli stessi estremamente sintetici e generici.

Tavolo e Comitato ricordano che tale questione deve essere affrontata all'interno dell'intera rete assistenziale.

La struttura commissariale, inoltre, ha inviato il Decreto n. 379/13 (prot. 379_13 del 07.08.2013) mediante il quale viene modificato e integrato il DCA n. 92/2010, approvato dai Ministeri affiancati con parere prot. 133-P/2010, in alcune specifiche parti, puntualmente specificate nel testo del provvedimento (punti: 3, 5, 6).

Le novità introdotte riguardano:

- Punto 3: il Centro Regionale Sangue è una struttura a valenza regionale ed è collocata logisticamente all'interno dell'Ospedale San Camillo Forlanini;
- Punto 5: il Direttore del Centro di cui trattasi è responsabile dell'attività nei confronti della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria e rappresenta la Regione Lazio nella Consulta Tecnica Permanente per il Sistema Trasfusionale presso il Ministero della Salute;
- Punto 6: caratteristiche del rapporto di lavoro del Direttore, durata dell'incarico (5 anni, rinnovabile) e retribuzione equiparata a quella del Direttore Sanitario.

Il decreto individua la Dott.ssa Silvia Castorina quale Direttore del Centro e le affida come compito prioritario quello dell'autosufficienza regionale di sangue, emocomponenti e farmaci emoderivati.

Tavolo e Comitato rimangono in attesa di chiarimenti in merito alle responsabilità dal punto di vista medico-legale del suddetto centro.

Rete ospedaliera

Nella riunione del 30 luglio 2013, Tavolo e Comitato, in merito alla riorganizzazione della rete ospedaliera, ritenevano non più procrastinabile stabilire l'effettivo fabbisogno sulla base del quale procedere alla rimodulazione dell'offerta assistenziale, tenendo in considerazione le osservazioni ministeriali già espresse, nonché le disposizioni di cui al DL 95/2012, convertito in Legge 135/2012.

Non risulta pervenuta documentazione alla scadenza prevista. Si rinvia a quanto sopra precisato.

Ospedale dei Castelli

Nella riunione del 30 luglio 2013, in merito alla realizzazione dell'Ospedale dei Castelli, Tavolo e Comitato, avevano rilevato che nella proposta di Programma Operativo non vi era alcun riferimento all'Ospedale dei Castelli e restavano in attesa di conoscere il definitivo orientamento che la struttura commissariale intendesse assumere al riguardo. In ogni caso, qualsiasi intervento sarebbe dovuto essere organicamente integrato nel Programma operativo.

A riguardo la struttura commissariale ha trasmesso una nota di chiarimenti (prot. 472_13 del 14.10.2013), mediante la quale evidenzia che il predetto ospedale non è stato inserito nella proposta di PO 2013-2015 in quanto "non esistono elementi certi per stimare la conclusione dei lavori e la conseguente operatività della struttura ospedaliera entro il triennio".

Nel documento seguono una serie di valutazioni volte a stimare il fabbisogno di posti letto, che "porterebbe alla configurazione del nuovo ospedale con n. 295 posti letto di degenza ordinaria e n. 30 posti letto di day hospital". La struttura commissariale afferma, comunque, che tale configurazione "potrebbe essere rivista alla luce della rete ospedaliera", ancora in via di definizione, e che il nuovo ospedale potrebbe avere una maggiore capacità attrattiva, in grado di contenere il fenomeno della mobilità passiva dell'area dei Castelli rispetto all'area di Roma.

Tavolo e Comitato ritengono preliminarmente che, anche se il Nuovo Ospedale entrerà in funzione nel 2016 o 2017, sia indispensabile conoscere sin d'ora quali saranno le scelte di programmazione che la struttura commissariale ha prefigurato per il prossimo futuro, anche oltre il triennio. Non è chiaro, altresì, se il quadro presentato sia frutto di mere ipotesi oppure sia il risultato di previsioni e proiezioni che si fondano su informazioni e dati certi. Evidenziano, in ogni caso, che occorre esplicitare un realistico cronoprogramma, dal quale risulti puntualmente la data presunta di fine lavori, collaudo e messa in esercizio. Occorre, anche, che vengano formalizzati i piani di dismissione delle strutture ospedaliere che saranno riconvertite e la sostenibilità finanziaria sia per gli eventuali trasferimenti sia, in ogni caso, per l'attivazione della nuova struttura. Chiedono, inoltre, se è stato predisposto un sistema di monitoraggio che consenta di verificare i risultati attesi e di valutare gli impatti, con particolare riferimento agli indicatori di contesto, di programma, di efficacia e di efficienza.

Rete Territoriale

Nella riunione del 30 luglio 2013, Tavolo e Comitato, in merito alla riconversione delle strutture ospedaliere, non rilevavano elementi aggiuntivi rispetto a quanto già comunicato, salvo evidenziare l'intenzione della Regione Lazio di realizzare nuovi modelli organizzativi (Case della salute). Tavolo e Comitato avevano ribadito la richiesta di essere aggiornati sulla effettiva operatività dei servizi previsti nei presidi riconvertiti e la compatibilità di quanto attuato con le nuove previsioni. Si rinvia a quanto già detto in merito alle Linee guida di cui ai Prot. 449 e 450.

Salute mentale

Con il prot. n. 328/2013, la struttura commissariale aveva trasmesso una relazione in merito alla situazione della presa in carico dei pazienti degli OPG e all'organizzazione dell'assistenza psichiatrica negli stabilimenti carcerari.

Si rinvia al parere e si resta in attesa di informazioni rispetto all'attuazione del programma per il superamento degli OPG.

La struttura commissariale ha trasmesso una nota di chiarimenti (prot. 452_13 del 09.10.2013) riguardante le strutture territoriali alternative al ricovero negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari dei "soggetti affetti da patologie mentali gravi o molto gravi".

La struttura commissariale rappresenta che gli stessi verranno presi in carico dalle "REMS" (Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza) con finalità di assessment, stabilizzazione e mantenimento".

Tavolo e Comitato prendono atto dei documenti trasmessi e restano in attesa di aggiornamenti sull'effettiva implementazione delle attività programmate con DCA 300/13.

Case di cura Neuropsichiatriche

Tavolo e Comitato nella riunione del 30 luglio 2013 avevano valutato che il percorso di riconversione ed accreditamento delle Case di cura neuropsichiatriche fosse ancora in itinere e non fornisse adeguate assicurazioni sulla effettiva presa in carico dei pazienti da parte dei servizi territoriali. Tavolo e Comitato chiedevano una relazione dettagliata di aggiornamento.

A riguardo è stata trasmessa una nota di chiarimenti (prot. 453_13 del 09.10.2013) con la quale si evidenzia che la dotazione di posti letto da riconversione delle case di cura neuropsichiatriche è allineata con le linee di indirizzo nazionali per la salute mentale. Inoltre, la struttura commissariale afferma che il dato sui posti letto nei centri diurni è frutto di un mero errore materiale e presenta un prospetto che riporta il numero dei centri diurni per ASL, sia a gestione diretta, che privati accreditati.

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

Nella riunione del 30 luglio 2013 in riferimento alla rivalutazione dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, Tavolo e Comitato, rilevando la difficoltà di una lettura integrata dei diversi provvedimenti regionali, restavano in attesa di ricevere un aggiornamento sul completamento delle procedure di autorizzazione e realizzazione delle strutture per l'assistenza residenziale e semiresidenziale alla persone non autosufficienti e con disabilità, anche anziane.

Non risulta pervenuta documentazione entro la data del 15 ottobre 2013.

Assistenza domiciliare

La struttura commissariale ha inviato il Decreto n. 404/13 (prot. 389_13 del 03.09.2013) mediante il quale disciplina il "Percorso per la Nutrizione Artificiale Domiciliare", di cui all'allegato, che, aggiornando il Piano per la nutrizione artificiale del 2002, individua le modalità di erogazione delle procedure NAD, previste per l'ambito extra ospedaliero, nonché le modalità di integrazione tra le UU. OO. NAD e le strutture assistenziali coinvolte, in un'ottica di rete integrata.

Tavolo e Comitato, rinviando al parere, segnalano che tali attività debbono essere svolte nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e materiali disponibili a legislazione vigente e compatibilmente con gli obiettivi fissati dal Piano di rientro. Inoltre, nel fornire linee di indirizzo in materia, il provvedimento risulta carente delle specifiche disposizioni necessarie a garantire l'omogenea implementazione a livello aziendale, delle linee di indirizzo medesime.

In relazione alle previste azioni di registrazione dei "trattamenti in corso" e al controllo dell'appropriatezza prescrittiva, si ritiene opportuna una migliore definizione degli indicatori (anche di efficacia e di sicurezza) da adottare, atteso che è previsto un set di dati riferito al paziente, ma non appaiono presi in considerazione elementi quali-quantitativi riferibili all'impegno assistenziale. Infine, sarebbe utile attivare un registro regionale dei casi trattati, finalizzato a raccogliere i flussi informativi relativi alla gestione dei pazienti in terapia nutrizionale domiciliare, per consentire analisi volte al miglioramento continuo del percorso di erogazione del servizio.

Rete dell'emergenza-urgenza

Tavolo e Comitato, nella riunione del 30 luglio 2013, in relazione alla rete dell'emergenza e alle criticità legate alla gestione del 118, avevano chiesto un aggiornamento sulla riorganizzazione complessiva del servizio, con obiettivi e tempistiche definite. Si rinvia a quanto detto nel paragrafo relativo all'adozione del PO 2013-2015.

Inoltre, la struttura commissariale ha inviato:

- il **Decreto n. 405/13** (prot. 391_13 del 03.09.2013) di designazione del Sub commissario Dott. Giuseppe Antonino Spata quale soggetto attuatore per assicurare il corretto svolgimento del servizio di soccorso in emergenza-urgenza sul territorio regionale.
Si prende atto del decreto. Si resta in attesa di ricevere una dettagliata relazione che descriva lo stato dell'arte della riorganizzazione della rete di emergenza-urgenza.
- una nota di chiarimenti (prot. 437_13 del 03.10.2013) riportante l'aggiornamento in merito alla procedura negoziata per il corretto svolgimento del servizio di soccorso in emergenza-urgenza sul territorio regionale. La struttura commissariale afferma che:

- la Direzione Generale ARES 118 ha provveduto all'aggiudicazione della gara per l'affidamento del soccorso in emergenza per il territorio di Frosinone e Latina. Tale affidamento ha durata fino al 28 febbraio 2014, prorogabile per ulteriori 6 mesi;
- per ciò che concerne i restanti territori, l'ARES 118 ha formalizzato la prosecuzione del rapporto con la CRI fino al 31 gennaio 2014;
- il sub Commissario Spata è stato individuato soggetto attuatore per il corretto svolgimento del servizio di soccorso in emergenza urgenza sul territorio laziale.

Viene riportato un cronoprogramma che illustra gli obiettivi e la tempistica per lo svolgimento della gara.

Tavolo e Comitato rimangono in attesa di aggiornamenti in merito alle ulteriori azioni programmate e sollecitano la struttura commissariale a giungere alla contrattualizzazione con la massima tempestività.

RETE LABORATORISTICA

Tavolo e Comitato nella riunione del 30 luglio 2013 in relazione alla rete laboratoristica ribadivano i ritardi con cui si stava procedendo alla riorganizzazione della rete stessa, specialmente per la componente privata.

Si rinvia a quanto detto nel paragrafo relativo al PO.

FARMACEUTICA

La struttura commissariale ha trasmesso:

- il Decreto n. 388/13 (prot. 380_13 del 07.08.2013) mediante il quale approva il Percorso Diagnostico e Terapeutico (PDT) per l'utilizzo dei nuovi farmaci Telapevir e Bocepevir per il trattamento dei pazienti con epatite C genotipo 1 (HCV), di cui all'allegato al decreto, stilato dal gruppo di lavoro istituito con la Determinazione B03027 del 21 maggio 2012, e individua la farmacia insistente nei centri autorizzati alla prescrizione come unico ente erogatore di tali farmaci. Il provvedimento costituisce intervento di carattere organizzativo dell'assistenza farmaceutica, il cui impatto economico ed assistenziale, comprensivo anche dei costi totali dell'assistenza (sia diretti, che indiretti, come ad esempio le perdite di produttività) verrà valutato e monitorato nel tempo attraverso un modello che segue la metodologia dell'Health Technology Assessment.
- Nota di chiarimenti (prot. 429_13 del 30.09.2013) in risposta alle evidenze emerse nella riunione di verifica del 30 luglio 2013 in riferimento alle analisi di monitoraggio e appropriatezza dei farmaci alto spendenti.
- Nota di chiarimenti (prot. 430_13 del 30.09.2013) in risposta alle evidenze emerse nella riunione di verifica del 30 luglio 2013 in riferimento alla riduzione della spesa farmaceutica

ALTRI PROVVEDIMENTI RILEVANTI

Obiettivi di Piano

La struttura commissariale ha trasmesso il Decreto n. 325/13 (prot. 351_13 del 16.07.2013), mediante il quale, preso atto dell'assegnazione alla Regione Lazio della quota di € 151.878.541 da destinare alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del piano Sanitario Nazionale per l'anno 2012, e del successivo riparto di tale quota operato in favore delle Aziende della Regione, viene autorizzato lo svincolo di € 144.458.909,73 da destinare a spese correnti indistinte, avendo le Aziende già pagato i fornitori con le risorse finanziarie anticipate mensilmente dalla Regione. Tale

importo è stato determinato tenendo conto delle quote inutilizzate accantonate in bilancio di esercizio 2012 pari ad € 7.419.631,28.

Tavolo e Comitato prendono atto.

Edilizia sanitaria

La struttura commissariale ha trasmesso la Determinazione dirigenziale (prot. 370_13 del 01.08.2013), con la quale la Regione Lazio approva il progetto preliminare per appalto integrato per la riqualificazione dell'Ospedale Classificato "Cristo Re – Istituto Figlie di Nostra Signora al Monte Calvario". Il progetto si riferisce all'intervento finanziato con D.M. 27/8/2004, con il quale sono state ripartite le risorse già riservate con delibere CIPE n. 65/2002 e n. 63/2004. Successivamente con D.M. 8/5/2006 è stata assegnata, nell'ambito delle risorse riservate agli Ospedali Classificati, al citato Ospedale la somma di 10 milioni di euro per la ristrutturazione della struttura ospedaliera.

Si sollecita la riorganizzazione delle rete assistenziale e si chiede una relazione sulla compatibilità dell'intervento di cui al protocollo in oggetto con la programmazione regionale. Si ricorda l'applicazione dell'articolo 8-quinquies, comma 2 – quater del D.Lgs 502/92.

ALTRO

Al fine di coinvolgere le società controllate dalle aziende e dagli enti del SSR al raggiungimento dei propri obiettivi di risparmio e, in particolare, dell'obiettivo di riduzione della spesa di personale previsto dall'art. 2, comma 71, della legge 191/2009 per i soli enti del SSN, si suggerisce di introdurre nel Programma operativo 2013-2015, con riferimento alle società controllate dai predetti enti, un regime vincolistico, anche con modalità differenziate che tengano conto delle peculiarità di ciascuna società, analogo a quello contenuto nel citato comma 71 dell'art. 2 della legge 191/2009.

H. VERIFICA ADEMPIMENTI

Con riferimento agli **adempimenti per l'anno 2010**, rispetto alla situazione del 30 luglio 2013, permane l'inadempienza, con rinvio al piano di rientro, alla lettera:

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

La Regione ha risolto i punti: f) assistenza ospedaliera e ah) accreditamento istituzionale

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

Inadempiente con rinvio al piano di rientro:

- b) acquisto di beni e servizi: Risulta trasmessa la scheda regionale. A seguito delle rettifiche richieste in occasione della riunione del 30 luglio 2013 sono state riscontrate forti divergenze tra i prezzi applicati alla regione e i corrispondenti applicati nelle gare Consip. E' stata inviata alla regione la richiesta di approfondire tali anomalie (via e-mail in data 7 novembre 2013). Alla data del 17 dicembre 2013 non risulta alcun riscontro da parte della regione.
- n) contabilità analitica
- ah) accreditamento istituzionale
- ak) riorganizzazione rete dei laboratori
- aaa) certificazione in merito al blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non obbligatorie: non è pervenuta documentazione.

Inadempiente:

- c) obblighi informativi-economici
- x) implementazione percorsi diagnostici
- y) lea aggiuntivi
- aad) sistema FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico)
- aae) attività trasfusionale.

La Regione ha risolto i punti: e) erogazione Lea e f) assistenza ospedaliera.

Con riferimento agli **adempimenti per l'anno 2012** l'istruttoria è in corso. Relativamente agli adempimenti di competenza del MEF, la situazione è rimasta immutata rispetto a quella registrata il 30 luglio 2013: risulta pervenuta documentazione solo per la verifica dei punti b), j), k) e ab), attualmente in istruttoria. Risulta inoltre:

- **Adempimento Tessera Sanitaria:**

- o **punto j) (verifica piano di rientro)**, tenuto conto che:
 - **Ricetta elettronica:** la regione ha comunicato con nota n. 182585 del 30/9/2013 (prot. 431/13) che con riferimento ai medici non invianti (circa il 22%), ha provveduto a trasmettere alle ASL il relativo elenco per gli adempimenti di competenza (contraddittorio e eventuali sanzioni economiche). Inoltre, circa le criticità relative alla mancata compilazione del codice diagnosi la regione ha previsto di rendere obbligatoria la trasmissione di tale dato da parte dei medici. Si resta in attesa di riscontro degli esiti di tali attività.
 - **De-materializzazione ricetta:** la regione ha comunicato con nota n. 182585 del 30/9/2013 (prot. 431/13) che provvederà alla presentazione del piano di diffusione entro ottobre 2013. Al 22/11/2013 non risulta pervenuta alcuna documentazione.
 - **Esenzione da reddito:** la regione ha comunicato con nota n. 182585 del 30/9/2013 (prot. 431/13) che i medici regionali procedono nel rispetto delle procedure di cui al predetto DM 11/12/2009 in fase di prescrizione. Tuttavia risultano le seguenti criticità (cfr. prot. 431/13): circa il 10% delle ricette in esenzione per reddito è riferito ad assistiti non presenti negli elenchi forniti dal Sistema TS secondo quanto previsto dal *citato DM 11/12/2009*; il 5% delle ricette di specialistica riportano l'indicazione della firma apposta sulla ricetta in difformità con le procedure di cui al predetto DM 11/12/2009; non risulta alcun riscontro in merito agli esiti regionali dei controlli delle autocertificazioni forniti dal Sistema TS.
 - **Utilizzo dei dati TS e accessi cruscotto TS:** la regione ha comunicato con nota n. 102437 del 4/6/2013 (prot. DOCSPA) che a fronte del superamento del Sistema Cosisan, la regione provvede ad elaborare i report del Sistema TS per gli indicatori di appropriatezza di spesa per ASL e singolo medico, resi disponibili alle Commissioni di appropriatezza distrettuali e ai servizi farmaceutici regionali e aziendali. Inoltre è stata avviata la formazione alle ASL per l'utilizzo del Sistema TS.
- o **punto k): (adempiente).** La regione ha comunicato con nota n. 202426 del 4/6/2013 (prot. DOCSPA) le attività in corso per il continuo monitoraggio della trasmissione dell'assegnazione medico-ricettario. Non risultano particolari criticità.
- o **punto ae):** non risulta pervenuta la relazione regionale circa l'avvenuta corresponsione nell'anno 2012 da parte delle ASL dell'indennità di informatizzazione per i medici convenzionati, a fronte della verifica del raggiungimento del 70% della stampa delle ricette.

- adempimento 1) ripiano superamento tetti spesa farmaceutica: con riferimento al rispetto dell'adempimento in materia di spesa farmaceutica territoriale (tetto del 13,1%) la regione Lazio ha fatto registrare nel 2012 un livello di spesa pari al 13,68% del livello di finanziamento con uno scostamento dal tetto di 58,466 mln di euro.

Sulla base della legislazione vigente la regione avrebbe dovuto adottare misure di contenimento della spesa farmaceutica territoriale, ivi compresa la distribuzione diretta, per un ammontare pari ad almeno il 30 per cento del previsto superamento del tetto, secondo le stime elaborate dall'AIFA. Tuttavia, poiché tali stime non risultano prodotte dall'AIFA, Tavolo e Comitato prendono atto che le misure di compartecipazione alla spesa sanitaria operanti sul territorio regionale sono state in grado di garantire la copertura nella misura di 142,016 mln di euro, pari al 242,9% dello scostamento del tetto registrato a consuntivo.

Con riferimento al rispetto dell'adempimento in materia di spesa farmaceutica ospedaliera (tetto del 2,4%), la regione risulta inadempiente in quanto il livello di spesa per l'anno 2012 è risultato pari al 4,4%.

Si fa comunque presente che la regione non è tenuta al ripiano dello sfioramento qualora abbia fatto registrare l'equilibrio economico complessivo.

- adempimento ad) obbligo accantonamenti per personale dipendente e convenzionato: sulla base delle regole impartite con il Documento adempimenti 2012 e dei dati trasmessi dalla regione al NSIS risultano effettuati accantonamenti per il personale convenzionato inferiori di 0,062 mln di euro rispetto a quelli attesi. Tuttavia tali minori accantonamenti sono stati accantonati dalla GSA non sulle pertinenti voci. Al riguardo si rinvia a quanto rappresentato in merito al precedente paragrafo B)

CONCLUSIONI

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

- **prendono atto della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 17 dicembre 2013 che ha ridisegnato l'assetto della struttura commissariale con riferimento alle figure dei subcommissari, nominando il dott. Botti, con decorrenza 7 gennaio 2014, quale unico subcommissario della regione e disponendo la cessazione immediata dall'incarico del dott. Giorgi e del dott. Spata;**
- **la Regione Lazio a consuntivo 2012 presenta un disavanzo prima delle coperture di 613,186 mln di euro.**
Dopo il conferimento delle coperture fiscali di 808,682 mln di euro preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi del SSR, residua un avanzo di 195,496 mln di euro.
In merito a tale risultato, inoltre, Tavolo e Comitato ricordano che l'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011 prevede che resta fermo quanto previsto dall'articolo 1, comma 6, dell'Intesa Stato – Regioni del 3 dicembre 2009 per cui eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni rimangono nelle disponibilità delle regioni stesse.
Precisano che gli eventuali risparmi nella gestione del SSR dovranno essere accertati da Tavolo e Comitato stessi con riferimento all'intera gestione sanitaria regionale sia da un punto di vista patrimoniale che economico; solo a seguito di tali analisi le regioni potranno effettivamente disporre di eventuali eccedenze;

- in considerazione delle notevoli criticità rappresentate, restano in attesa di ricevere una relazione esplicativa delle singole tabelle inserite nella scheda di rilevazione del progresso per gli anni 2001-2011, al fine di permettere una più puntuale analisi e un confronto con la regione nella prima metà del mese di gennaio 2014;
- con riferimento allo Stato patrimoniale consuntivo 2012, si chiede di rendere coerenti le risultanze con quanto emergerà dalla rilevazione del progresso per gli anni 2001-2011;
- con riferimento alla stima del risultato d'esercizio 2013 si registra una carenza amministrativo contabile da parte della regione e della struttura commissariale. La maggior parte dei dati risulta in approfondimento.
In ogni caso sulla base dei dati di II trimestre 2013, l'advisor ha effettuato una stima a chiudere che evidenzia un disavanzo, prima delle coperture, pari a -611,311 mln di euro.
Tavolo e Comitato, al riguardo, osservano in ogni caso che il risultato di esercizio stimato a fine 2013, ingloba un valore dei contributi in c/esercizio – quota indistinta, determinato sulla base della quota di accesso finale del 2012 risultante dall'Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 22 novembre 2012 (atto rep. 225/CSR), nettizzato della percentuale di decremento del finanziamento complessivo a livello nazionale nel 2013, rispetto al 2012, pari a - 0,88%, calcolata sulla popolazione all'1.1.2011.
Fanno presente alla regione che la stessa dovrà adeguare in seguito la propria stima e il Programma operativo 2013-2015 alla proposta di riparto relativa all'anno 2013 in corso di emanazione;
- con riferimento all'applicazione del d.lgs. 118/2011 rilevano ritardi e criticità;
- prendono atto della sottoscrizione del contratto di prestito tra la regione e il Mef in attuazione del DL 102/2013 e restano in attesa dei conseguenti adempimenti regionali;
- rilevano che il Programma operativo 2013-2015 è stato trasmesso con estremo ritardo il 6 dicembre 2013, peraltro privo della sottoscrizione dei subcommissari.. Chiedono di ricevere il Programma operativo 2013-2015 sottoscritto dall'intera struttura commissariale, così come modificata, e ricordano che, nel contesto di una regione commissariata dallo Stato, le strutture regionali, in tutte le loro articolazioni, sono di esclusivo supporto tecnico alle decisioni dell'intera struttura commissariale che esercita la funzione di programmazione, indirizzo e coordinamento.
Si riservano l'esame del Programma operativo 2013-2015 in occasione della prossima riunione;
- ritengono non più procrastinabile stabilire l'effettivo fabbisogno sulla base del quale procedere alla rimodulazione dell'offerta assistenziale, tenendo in considerazione le osservazioni ministeriali già espresse nonché le disposizioni di cui al DL 95/2012, convertito in Legge 135/2012;
- chiedono di conoscere quali tempestive iniziative la struttura commissariale voglia intraprendere per governare in maniera adeguata il settore del contenzioso;
- chiedono di essere aggiornati in merito alla situazione dell'ASP;
- riguardo ai budget, richiamano la struttura commissariale al rispetto di quanto disposto dalla L. 135/12 e rilevano la mancata sottoscrizione di taluni contratti 2013. Sollecitano nuovamente la struttura commissariale a tenere debitamente conto delle risultanze dei controlli di appropriatezza sulla produzione consuntivata nel processo programmatico;