

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

**Regione Calabria
Riunione del 4 dicembre 2013**

Oggetto della riunione:

- **Aggiornamento situazione debitoria;**
- **Esame rilevazione del progresso 2001-2011;**
- **Esigenza copertura al 31/12/2012;**
- **Andamento del II trimestre 2013;**
- **Esame della bozza di Programma Operativo 2013-2015;**
- **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), dell'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, della Segreteria della Conferenza Stato-Regioni, del Dipartimento per gli Affari regionali, Turismo e Sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri, del coordinamento salute – Regione Veneto;
- per il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza (LEA) i rappresentanti delle Amministrazioni centrali (Ministero dell'economia e delle finanze, Ministero della salute), dell'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, del Dipartimento per gli Affari regionali, Turismo e Sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri, della regione Campania;
- il Commissario e i Sub commissari della Regione Calabria;
- l'advisor contabile.

OGGETTO DELLA RIUNIONE

Nella riunione del 16 luglio 2013 Tavolo e Comitato hanno valutato quanto segue:

- *in merito alla segnalazione dell'Autorità Garante della Concorrenza e del mercato inviata al Presidente della Giunta regionale della Calabria segnalano l'infondatezza del contenuto della predetta segnalazione in quanto quello della sanità non è vero e proprio mercato bensì un "quasi" mercato cui non si applicano le regole della concorrenza tout court ma il legislatore ha fortemente impresso dei vincoli alla libera concorrenza, essendo appunto un mercato atipico, ai fini della tutela delle prestazioni erogate e dei vincoli di finanza pubblica (si veda l'intero impianto normativo costruito per il SSN a partire dal d.lgs. 502/92);*
- *nel presupposto che le risorse FAS siano interamente disponibili nell'importo di 578 mln di euro di cui alla riunione del 23 luglio 2012, confermano che residua una esigenza di copertura per il debito al 31/12/2007 di 110 mln di euro;*
- *in merito al debito relativo all'anno 2008, prendono atto di quanto comunicato e restano in attesa della definitiva determinazione dei 15 mln di euro ancora oggetto di analisi. Ricordano che il risultato di gestione relativo all'anno 2008 evidenzia una perdita non coperta di 62,120 mln di euro mentre la valutazione del debito relativo a tale gestione evidenzia una esigenza di copertura massima di 140 mln di euro. Tali valori sono uno il doppio dell'altro. Pertanto Tavolo e Comitato chiedono alla regione e all'advisor un approfondimento in merito a tale discrepanza al fine di valutare definitivamente l'esigenza di copertura 2008;*
- *in merito agli adempimenti di cui al DL 35/2013 si rinvia alle attività in corso per le quali sarà redatto apposito verbale;*
- *la Regione Calabria a consuntivo 2012 presenta un disavanzo di 70,722 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture derivanti dal gettito delle aliquote fiscali massimizzare relative all'anno d'imposta 2013, che copre il 2012, stimato dal Dipartimento delle finanze in 114,220 mln di euro, il risultato di gestione evidenzia un avanzo di 43,498 mln di euro,*
- *sulla base delle analisi condotte in relazione al debito 2007 non coperto, al disavanzo 2008 e 2009, al risultato di gestione 2011 e 2012, stimano il permanere di un debito non coperto di 198,940 mln di euro, scontando le risorse FAS per 578 mln di euro che al momento attuale non sono disponibili e sono vincolate alla riprogrammazione del "Piano Sud", ancora non documentata. Tavolo e Comitato evidenziano che i predetti 198,940 mln di euro sono inoltre al netto degli ulteriori oneri relativi agli ammortamenti non sterilizzati degli anni pregressi che sono oggetto della specifica ricognizione richiesta dal Tavolo e Comitato. Sono inoltre al netto del differenziale sul debito 2008 non coperto per il quale è stato chiesto specifico ulteriore approfondimento alla regione e all'advisor. Infine Tavolo e Comitato fanno presente che il risultato non ingloba l'effetto della stima del gettito dell'ulteriore maggiorazione delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta 2013, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30, così come verificato nel verbale della riunione dell'8 aprile 2013, in attesa della relativa comunicazione da parte del competente Dipartimento delle finanze né la rideterminazione dei gettiti derivanti dalla massimizzazione delle aliquote;*
- *in merito allo Stato Patrimoniale della GSA e del consolidato regionale 2012 prendono ancora una volta atto del miglioramento della tenuta delle scritture contabili soprattutto da parte della regione. Prendono altresì atto della ricostruzione dei crediti e dei debiti verso la regione e chiedono alla struttura commissariale di conoscere i tempi per l'erogazione delle risorse al SSR. Ribadiscono ancora una volta che i fondi per l'attuazione della legge 210/92 non possono gravare sul FSR;*
- *in ordine all'andamento dei conti del I trimestre 2013 l'advisor stima il profilarsi di un disavanzo prima delle coperture di 68 mln di euro;*
- *in relazione allo schema di Programma operativo 2013-2015, rinviando al parere che sarà reso, evidenziano numerose criticità e mancanze e restano in attesa della trasmissione di un nuova bozza da inviarsi entro il 10 settembre 2013.*

- *in relazione alle azioni in materia di governance restano in attesa della più volte richiesta relazione generale;*
- *in materia di tetti di spesa restano in attesa dei chiarimenti richiesti con i rispettivi pareri rispetto alle procedure di definizioni degli stessi. Nello schema di PO, inoltre, mancano azioni, anche rilevanti, relative ad esempio alla definizione della remunerazione delle funzioni assistenziali e all'adeguamento alla normativa nazionale per la definizione della compartecipazione a carico dei comuni/utenti;*
- *in relazione alle tariffe per le prestazioni rese dalle strutture di assistenza territoriale extraospedaliera valutano negativamente lo schema di decreto trasmesso dalla struttura commissariale e chiedono di attivare la procedura di cui all'articolo 2, comma 80, della legge 191/200 per la abrogazione della normativa regionale in contrasto con la legislazione nazionale vigente e con il Piano di rientro;*
- *relativamente all'atto intesa tra Fondazione Campanella e AOU Mater Domini rappresentano che permangono diverse criticità (requisiti per l'accreditamento della Fondazione, posti letto di cardiocirurgia dell'AO di Reggio Calabria, finanziamento delle strutture, gestione dei servizi comuni, modifica statuto della Fondazione, personale). Inoltre rispetto alla Fondazione Campanella ribadiscono l'esigenza di ricevere gli atti conseguenti al parere 114/13 relativo alla legge regionale n. 63/12 che definisce l'assetto giuridico della Fondazione Campanella;*
- *in materia di personale rilevano che in relazione al disavanzo sanitario non coperto relativo agli anni 2012 e precedenti opera, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 174 della legge 311/2004 s.m.i. il blocco automatico del turn over del personale del SSr fino al 31/12/2015. Rilevano inoltre che la norma relativa alla stabilizzazione, l.r. 12/2013, risulta in contrasto con il Piano di rientro ed è stata impugnata davanti alla Corte Costituzionale. Per tale ragione chiedono di attivare la procedura di cui all'art 2 comma 80 della legge 191/09, nonché la rimozione dal documento programmatico definitivo;*
- *l'aggiornamento delle Linee guida per gli atti aziendali risponde parzialmente ai rilievi espressi dai Ministeri con i rispettivi pareri;*
- *rispetto alle reti assistenziali restano in attesa del richiesto atto complessivo di programmazione, anche in virtù del grave ritardo con cui la struttura commissariale sta operando in relazione alla riorganizzazione delle rete territoriale e della rete laboratoristica;*
- *rispetto alla tematica dell'emergenza urgenza ribadiscono la necessità di portare a compimento con la massima tempestività l'attuazione della riorganizzazione rete;*
- *valutano ancora non conclusa la verifica adempimenti per gli anni 2011 e precedenti. Rilevano il ritardo nella trasmissione della documentazione relativa alla verifica adempimenti 2012.*

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

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

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

• • •

La riunione odierna è stata convocata per la verifica dello stato di attuazione del Piano di Rientro. Sarà aggiornata la certificazione della posizione debitoria ed esaminati i conti relativi al II trimestre 2013 e la verifica adempimenti. Sarà esaminata la bozza di Programma Operativo 2013-2015 e la rilevazione del progresso relativa agli anni 2001-2011.

Saranno oggetto della verifica odierna i documenti pervenuti entro il 14 ottobre 2013.

PREMESSA

I Sub commissari Gen. Pezzi e dott. D'Elia con la nota n. 447/2013 del 16 ottobre 2013, inviata ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze per il tramite della piattaforma per la gestione dei Piani di rientro, hanno comunicato l'autosospensione dall'esercizio delle funzioni di sub commissario, sia per le difficoltà nel coordinamento delle funzioni, sia con il Presidente della Regione-Commissario ad acta, sia con la struttura amministrativa regionale. A tale nota ha fatto seguito la richiesta al Presidente di sospensione del relativo trattamento economico.

I rappresentanti del Ministero dell'economia e finanze e del Ministero della salute fanno presente che, in data 28 ottobre 2013 si è tenuta una riunione sulla questione della quale si riporta il relativo verbale:

“Il 28 ottobre 2013 si è tenuta, presso il Gabinetto del Ministro dell'economia e delle finanze, una riunione con la partecipazione del Capo di Gabinetto del Ministro dell'economia e delle finanze, Cons. Daniele Cabras, del Capo di Gabinetto del Ministro della salute, Cons. Mario Di Nezza, e del subcommissario per l'attuazione del Piano di rientro della Regione Calabria, dott. D'Elia. L'altro subcommissario, Gen. Pezzi, ha partecipato in audio conferenza, in quanto influenzato e impossibilitato ad essere presente.

La riunione fa seguito all'Incontro tecnico di affiancamento tenutosi il 23 ottobre 2013 presso il Ministero della salute, nel quale i rappresentati ministeriali si sono riservati di rappresentare al livello politico le problematiche relative ai rapporti tra i subcommissari, il Commissario e la struttura regionale, stante anche l'autosospensione dei subcommissari dall'esercizio delle proprie funzioni, a cui ha fatto seguito, da parte degli stessi, la richiesta di sospensione del relativo trattamento economico.

Nel corso della riunione, i Capi di Gabinetto dei Ministeri dell'economia e delle finanze e della salute hanno espresso apprezzamento per l'attività svolta dai subcommissari nell'esclusivo interesse dello Stato e nel pieno rispetto del mandato ricevuto, dando atto ai medesimi delle difficili condizioni nelle quali hanno operato alla luce delle criticità proprie della sanità della regione Calabria e della difficile situazione ambientale. Ciononostante, ai subcommissari è stato riconosciuto di aver conseguito attraverso il Piano di rientro importanti risultati, che necessitano tuttavia di essere consolidati.

In funzione dell'esigenza di garantire continuità al lavoro svolto, proseguendo nell'azione di razionalizzazione e di efficientamento del comparto sanitario in rappresentanza del Governo e in un rapporto di leale collaborazione con le autorità regionali, i Capi di Gabinetto hanno invitato i due subcommissari a rivedere la loro decisione di autosospendersi dalle proprie funzioni, assicurando il necessario sostegno attraverso tutti gli strumenti previsti dalla legislazione vigente.

I subcommissari Gen. Pezzi e dott. D'Elia, nel consegnare un promemoria sulle criticità da loro riscontrate nella gestione commissariale della sanità, hanno ringraziato per l'apprezzamento ricevuto in relazione all'attività da loro svolta e hanno accolto la richiesta di

riconsiderare la loro decisione di autosospensione dalle proprie funzioni. Tuttavia il dott. D'Elia, in relazione alle criticità rappresentate in più occasioni, ha comunicato la propria decisione di rassegnare le dimissioni dall'incarico. Il Gen. Pezzi ha, invece, dichiarato di essere disponibile a proseguire l'attività in essere.

I Capi di Gabinetto hanno preso atto di quanto rappresentato, facendo presente che il Governo valuterà l'opportunità di affiancare un secondo subcommissario al Gen. Pezzi in sostituzione del dott. D'Elia."

Successivamente, il Consiglio dei Ministri, in data 29 ottobre 2013, ha nominato il dott. Andrea Urbani Sub commissario per l'attuazione del Piano di rientro con specifico riferimento agli obiettivi precedentemente assegnati al dott. Luigi D'Elia, intendendosi gli stessi aggiornati in funzione delle esigenze che si manifestano in sede di attuazione del Piano di rientro e dei programmi operativi di prosecuzione dello stesso.

Con il decreto commissariale n. 144 del 12 novembre 2013 si prende atto e si dà esecuzione alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013.

Tavolo e Comitato chiedono alla struttura commissariale se le criticità, come di seguito sinteticamente riportate, elencate nel Promemoria consegnato dai Sub commissari nella riunione del 28 ottobre sono state superate o sono ancora attuali:

- a) chiarire in modo preciso la natura dei rapporti tra i Sub Commissari ed il Commissario, al fine di evitare equivoci e fraintendimenti;
- b) chiarire che è il Dipartimento Tutela della Salute a supporto della struttura commissariale e non viceversa;
- c) prevedere, attraverso una specifica direttiva, che i Sub commissari devono partecipare all'attività di selezione e nomina dei direttori Generali, firmando gli atti relativi;
- d) creare, mediante Decreto Commissariale, una task force stabile, composta da consulenti Agenas, Advisor contabile, dipendenti ministeriali e regionali con adeguata professionalità, a supporto della struttura commissariale;
- e) confermare l'opportunità della presenza dell'Unità di missione della Guardia di Finanza a supporto della Struttura Commissariale per la durata del Programma Operativo.

Il Sub commissario Gen. Pezzi ha confermato la permanenza di tutte le criticità ad esclusione dei rapporti con il Dipartimento della Tutela della Salute che sono migliorati con il subentro del nuovo Direttore Generale.

Tavolo e Comitato, nel prendere atto di quanto rappresentato, invitano la struttura commissariale a superare le criticità e, in particolare, condividono l'opportunità della permanenza dell'Unità di missione della Guardia di Finanza a supporto della Struttura commissariale per tutta la durata del Programma operativo 2013-2015.

A. CERTIFICAZIONE POSIZIONE DEBITORIA

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

Il Sub commissario Gen. Pezzi ha inviato il documento sull'aggiornamento della ricognizione e riconciliazione del debito pregresso predisposto dall'Advisor contabile e condiviso dalla Struttura commissariale (prot. 435/2013). Tale documento riporta un aggiornamento alla data del 30 settembre 2013 delle risultanze del processo di ricognizione e riconciliazione del debito condotto dalla struttura

regionale BDE, nonché una sintesi dei pagamenti centralizzati e dei trasferimenti alle aziende da parte dell'Ufficio BDE a valere sul debito pregresso 2008 e ante. Riporta inoltre una sintesi delle attività poste in essere dalla Struttura Commissariale al fine di ottemperare agli adempimenti previsti dal DL 35/2013 a seguito dell'istanza di anticipazione di liquidità presentata dalla regione Calabria per un importo pari a 107,142 mln di euro e alla sottoscrizione del contratto di prestito che la regione ha sottoscritto con il MEF in data 7 agosto 2013 pari a 89,750 mln di euro.

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

Riguardo la situazione debitoria al 31/12/2007 relativa al debito commerciale e non commerciale l'advisor ha confermato quanto emerso nei documenti precedenti e ha aggiornato la situazione dei pagamenti come rappresentata nella tabella seguente:

Copertura finanziaria	totale risorse disponibili	pagamenti centralizzati debito commerciale 2007 e ante	trasferimento fondi debito non commerciale 2007 e ante	pagamenti centralizzati debito commerciale 2008	trasferimento o fondi debito non commerciale e 2008	totale pagamenti	coperture residue
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)=(b)+(c)+(d)+(e)	(g)=(a)-(f)
accesso anticipazione liquidità	428	59		58		117	311
spettanze al 31/12/2007	325	43	36	8	5	92	233
totale	753	102	36	66	5	209	544

Rispetto alla riunione del 16 luglio 2013 la regione ha effettuato pagamenti per 4 mln di euro relativamente al debito commerciale 2007 e ante e per 3 mln di euro relativamente al debito commerciale 2008 utilizzando le risorse finanziarie dell'anticipazione di liquidità.

L'advisor ha fatto presente che ad oggi sono ancora in corso le procedure per la definizione di nuovi atti transattivi con i fornitori per procedere ad ulteriori pagamenti centralizzati.

Tavolo e Comitato chiedono alla struttura commissariale le motivazioni che determinano tale lentezza nei pagamenti.

In merito, la regione ha fatto presente quanto segue:

- l'attività della BDE ha avuto un rallentamento in quanto alcuni creditori Factor non hanno sottoscritto gli atti transattivi e pertanto i pagamenti da effettuarsi con le residue risorse della I tranche dell'anticipazione di liquidità non sono stati eseguiti;
- sono stati eseguiti mandati di pagamento relativi all'anno 2008 e ante a seguito di procedure esecutive e attualmente, stante la difficoltà ad individuare le fatture a cui si riferiscono gli atti esecutivi, sono in corso riaccertamenti tra quanto presente nei partitari della BDE e le fatture che sono state oggetto di pagamento al fine di evitare una duplicazione dei pagamenti. Tale situazione è particolarmente critica nell'ASP di Reggio Calabria nella quale il collegio sindacale ha evidenziato la criticità della voce esposta nel bilancio 2011 "debiti da regolarizzare su pignoramenti assegnati" che espone un valore pari a circa 394 mln di euro. Con riferimento alla situazione di Reggio Calabria vi è una specifica criticità connessa ai rapporti tra la ASP e l'istituto tesoriere.

Al riguardo chiedono una specifica relazione in merito.

- fa inoltre presente la necessità di riformulare il disciplinare regionale relativo alla liquidazione dei crediti;
- vi è una forte disparità tra le Aziende sanitarie nell'effettuare pagamenti, alcune sono più celeri ma altre hanno tempi molto lunghi.

Tavolo e Comitato chiedono alla struttura commissariale di produrre entro il 15 dicembre 2013 una relazione in merito alle criticità riscontrate nel processo di pagamento del debito. Restano in attesa degli ulteriori aggiornamenti.

Con riferimento a quanto rappresentato nella riunione del 16 luglio 2013 in merito alla richiesta al MEF del residuo mutuo pari a 249 mln di euro relativo al contratto di prestito del 16 giugno 2011 il rappresentante del MEF comunica che, non appena i fondi saranno disponibili, sarà possibile erogare 45 mln di euro nel corso del 2013 e la restante parte di 204 mln di euro sarà erogata nel 2014.

In relazione al FAS Tavolo e Comitato fanno presente che non è pervenuta sulla Piattaforma documentale la documentazione relativa alle risultanze della rimodulazione dei FAS e dei conseguenti pagamenti a valere su tali risorse per coprire le esigenze del debito di 578 mln di euro, come comunicato dal Commissario nella riunione del 16 luglio 2013.

Tavolo e Comitato chiedono chiarimenti in merito.

Il Commissario ha fatto presente che attualmente le risorse FAS disponibili per un importo di 355 mln di euro circa, già richieste al competente Ministero per la coesione territoriale, non sono state erogate; che la rimodulazione delle restanti risorse non è ancora avvenuta e che la stessa dovrebbe ricomprendere anche i restanti 110 mln di euro valutati essere esigenza di copertura del debito pregresso al 31/12/2007.

Tavolo e Comitato, nel restare in attesa di aggiornamenti in merito, confermano la valutazione operata nella riunione del 23 luglio 2012 e l'esigenza di copertura del debito al 31/12/2007 di 110 mln di euro, nel presupposto che le risorse FAS siano interamente disponibili nell'importo di 578 mln di euro valutati nella predetta riunione.

A.2 CERTIFICAZIONE DELLA POSIZIONE DEBITORIA ANNO 2008

In considerazione dei pagamenti centralizzati relativi al debito 2008 (66 mln di euro) e del trasferimento di fondi alle aziende per il debito non commerciale 2008 (5 mln di euro), il debito aperto attestato relativo all'anno 2008 risulta pari a 124 mln di euro e le risorse 2008 utilizzate per il pagamento del debito pregresso, valutate dall'advisor pari a 709 mln di euro nella riunione del 16 luglio 2013 sono state rideterminate in 706 mln di euro.

Tavolo e Comitato nella riunione del 16 luglio 2013 avevano evidenziato una discordanza tra il risultato di gestione relativo all'anno 2008 che presenta una perdita non coperta di 62,120 mln di euro e la valutazione del debito relativo a tale gestione che evidenzia una esigenza di copertura massima di 140 mln di euro. Sulla base di quanto relazionato dall'advisor, l'aggiornamento alla data del 30 settembre 2013 della determinazione del fabbisogno finanziario generato dal debito di formazione 2008 al netto degli utilizzi da parte dell'Ufficio regionale BDE delle risorse individuate per la copertura del debito pregresso è rappresentato nella seguente tabella:

debito 2008 aperto (al netto pagamenti e trasferimenti)	(1)	124
somme da restituire agli esercizi successivi per debito commerciale	(2)	516
somme da restituire agli esercizi successivi per debito non commerciale	(3)	312
Totale debito al 31/12/2008	(4)=(1)+(2)+(3)	952
Sopravvenienze passive 2009 già coperte nell'anno di rilevazione	(5)	15
Fatture per investimenti art. 20	(6)	3
Debito al netto delle sopravvenienze passive	(7)=(4)-(5)-(6)	934
risorse 2008 utilizzate per il pagamento del debito pregresso	(8)	706
spettanze 2008 disponibili	(9)	155
Totale coperture	(10)=(8)+(9)	861
partite aperte e non attestate e richiesto dai fornitori	(11)	15
esigenza di copertura finanziaria massima per il debito 2008	(12)= (7)- (10)+(11)	88

L'advisor ha evidenziato che:

- le sopravvenienze passive contabilizzate nell'esercizio 2009 sono relative per 15 mln di euro a fatture dell'anno 2008 che sono incluse nel processo di ricognizione e riconciliazione del debito pregresso ma non determinano esigenza di fabbisogno di copertura in quanto considerate nella determinazione del risultato d'esercizio 2009;
- le fatture per investimenti art. 20 pari a 3 mln di euro si riferiscono alle fatture 2008 incluse nella ricognizione del debito relative ad investimenti in conto capitale. Tali fatture non determinano esigenza di copertura in quanto già coperte dai contributi in conto capitale relativi all'art. 20 della l. 67/88;
- le spettanze 2008 comprendono la premialità 2008 pari a 98 mln di euro e le risorse PSN e altri vincolati 2008 per 57 mln di euro. La premialità 2008 è stata erogata nell'anno 2013 e i PSN e gli altri vincolati sono stati erogati in gran parte negli anni 2011 e successivi. L'erogazione tardiva delle risorse ha generato fatture 2008 non pagate negli anni successivi e pertanto considerate debito nell'attività di ricognizione;
- le partite aperte e non attestate e il debito richiesto dai fornitori e non presente nei partitari contabili delle aziende possono considerarsi ragionevolmente partite debitorie.

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

Tavolo e Comitato ricordano che il risultato di gestione relativo all'anno 2008 evidenzia una perdita non coperta di 62,120 mln di euro mentre la valutazione del debito relativo a tale gestione evidenzia una esigenza di copertura massima di 88 mln di euro.

Il Sub commissario Gen. Pezzi ha confermato che l'importo di 88 mln di euro può essere considerato il valore complessivo del debito relativo all'anno 2008 in sostituzione della valutazione del disavanzo operata in precedenza.

Tavolo e Comitato prendono atto e ne tengono conto nella determinazione dell'esigenza di copertura a tutto il 31/12/2012 di seguito effettuata.

B. ESAME SCHEDA RILEVAZIONE PREGRESSO 2001-2011

La regione ha trasmesso la scheda di rilevazione del pregresso relativa al periodo 2001-2011 (prot. 388/2013). Successivamente ha inviato della documentazione integrativa non trasmessa con il primo invio (prot. 477).

Al riguardo si fa presente quanto segue:

- a partire dalle **tabelle 1 e 2 – finanziamento indistinto, per vincolate e per obiettivi di piano** - è possibile evincere che il finanziamento indistinto+vincolato e per obiettivi di piano nei termini contenuti nelle rispettive delibere Cipe somma anni 2001-2011:
 - risulta superiore a quanto iscritto nei bilanci aziendali e spesa accentrata regionale per 666,974 mln
 - risulta superiore alle somme accertate nel bilancio regionale per 92,461 mln di euro
 - risulta superiore alle somme impegnate a favore del SSR per 905,707 mln di euro.

Risultano necessari chiarimenti in ordine a tali disallineamenti.

La regione fa presente quanto segue:

- l'entrata di 666 mln di euro soprariportata è tracciata nella GSA. I competenti uffici del bilancio regionale stanno effettuando degli approfondimenti in merito;
 - riguardo i 905 mln soprariportati, trattasi per la maggior parte di importi relativi al finanziamento integrativo (3%), agli obiettivi di piano e alle risorse vincolate. Viene fatto presente che la regione ha attivato una specifica ricognizione relativa agli obiettivi di piano che si concluderà entro la metà di gennaio 2014.
- con riferimento alla **tabella 3- ulteriori risorse da regione** si chiedono chiarimenti in ordine all'importo contabilizzato sull'anno 2006 a partire dai bilanci aziendali e gestione accentrata di 71,253 mln di euro, erogato per 75,974 mln di euro, che risulterebbe iscritto da parte della gestione accentrata per 67,546 mln di euro.

La regione conferma che l'importo iscritto dovrebbe essere in parte la copertura del disavanzo sanitario disposta per l'anno 2006.

Si chiede altresì di specificare se gli importi riportati nei bilanci aziendali+accentrata e riportati anche come erogati sugli anni 2007 e 2010, che ricomprendono le coperture per il disavanzo dei relativi anni, sono stati riportati anche nella tabella 9 relativa alle coperture da bilancio regionale.

La regione conferma la presenza di tali erogazioni sia nella tabella 3 che nella tabella 9.

- con riferimento alla **tabella 4 - ammortamenti e sterilizzazioni** - si chiedono chiarimenti in ordine agli importi degli ammortamenti oggetto di sterilizzazione per importi non dipendenti da contributi per investimenti e se trattasi di sterilizzazione dei beni di prima dotazione;
- a partire dalle informazioni contenute nella **tabella 8 dedicata ai risultati di esercizio** è possibile evincere quanto segue con riferimento agli anni riportati in tabella. In particolare è

possibile evincere che la somma dei risultati d'esercizio negativi delle aziende sanitarie risulta pari a 2.908,809 mln di euro di cui fino al 31/12/2007 pari a 1.877,968.

Si evidenzia inoltre che a fronte di tali risultati negativi risulta una gestione accentrata che presenta avanzi di gestione per complessivi 967,128 mln di euro per i quali non si dispone di alcun informazioni circa la destinazione degli utili.

	risultato tavolo	somma bilanci negativi
2001-2007	-789.985	-1.877.968
2008	-195.304	-378.003
2009	-249.030	-369.967
2010	-187.511	-163.715
2011	-110.431	-119.156
totale	-1.532.262	-2.908.809

Si chiedono chiarimenti in merito.

- A partire da quanto riportato nelle **tabelle 9- coperture da bilancio regionale, 10 coperture da ripiano disavanzi nazionale, 13- anticipazione di liquidità e 14 –Accesso al FAS**, è possibile evincere quanto sotto riportato con riferimento ai valori esaminati dal Tavolo e considerati misure di copertura idonee, alle stesse coperture nei termini accertati dal bilancio regionale e alle somme conseguentemente impegnate dal bilancio regionale verso il SSR.

	coperture tavolo					coperture accertato bil reg					coperture impegnato bil reg				
	coperture bil reg	ripiano dis naz	fas	anticipaz liqu	totale cop tavolo	coperture e bil reg	ripiano dis naz	fas	anticipaz liqu	totale cop accertate	coperture bil reg	ripiano dis naz	fas	anticipaz liqu	totale cop impegnate bil reg
2001-2007	425.611	206.310	578.000	428.000	1.637.921	453.230	183.302	0	179.000	815.533	436.862	183.302	0	179.000	799.164
2008	133.184	0	0	0	133.184	135.517	0	0	0	135.517	135.517	0	0	0	135.517
2009	160.563	0	0	0	160.563	174.541	0	0	0	174.541	166.234	0	0	0	166.234
2010	173.787	0	0	0	173.787	168.616	0	0	0	168.616	168.616	0	0	0	168.616
2011	142.304	0	0	0	142.304	71.537	0	0	0	71.537	69.731	0	0	0	69.731

Tavolo e Comitato si riservano ulteriori approfondimenti in relazione ai chiarimenti che perverranno dalla regione con riferimento a quanto rappresentato.

La regione ha dichiarato che sono già in corso approfondimenti con il supporto dell'advisor che saranno ragionevolmente conclusi entro il 15 dicembre 2013. Pertanto entro l'anno sarà inviata una relazione conclusiva ed esplicativa di tutte le criticità rilevate.

Tavolo e Comitato restano in attesa di tale relazione che sarà oggetto di una riunione tematica.

C. ATTUAZIONE DEL DL 35/2013

In merito agli adempimenti di cui al DL 35/2013 in data 7 agosto 2013 la regione ha sottoscritto con il MEF un contratto di prestito pari a 89,750 mln di euro.

La regione (prot. 434) ha comunicato che il predetto importo è stato trasferito dal MEF presso la tesoreria regionale in data 14 agosto 2013 ed è stato assegnato alle aziende del SSR con DPGR commissariale n. 120 del 4 settembre 2013 ed erogato con decreto dirigenziale n. 12989 del 19 settembre 2013. In esecuzione dell'art. 3 del DL 35/2013 le aziende del SSR hanno ottemperato a tutti gli adempimenti previsti dalla norma ed in particolare hanno dato comunicazione ai fornitori riguardo ai pagamenti procedendo inoltre alla pubblicazione dei dati sui siti web ufficiali. Per

ottenere informazioni omogenee sui pagamenti la regione ha inviato alle aziende apposite istruzioni e specifici tracciati per la rendicontazione dei pagamenti e ha comunicato che è in itinere il monitoraggio sullo stato di avanzamento.

Con il prot. 309 del 10 luglio 2013 il Commissario ha rappresentato che è allo studio la possibilità di provvedere alla centralizzazione dei pagamenti di cui all'art. 3 del DL 35/2013 in capo alla società finanziaria Fincalabra S.p.A. organismo *in house* della regione Calabria. Con la successiva nota prot. 456 del 7 novembre 2013 il Sub commissario ha segnalato che la Giunta regionale ha adottato la DGR n. 364/2013 con la quale:

- è stato stabilito che il pagamento dei debiti pregressi delle aziende sanitarie relativamente alle fatture emesse fino al 31 dicembre 2012 potrà essere effettuato dalla Fincalabra SpA senza oneri aggiuntivi per il SSR;
- è stato approvato lo schema di convenzione da stipularsi tra la regione e Fincalabra;
- è stata prevista la ratifica della deliberazione da parte del Commissario.

Il Sub commissario ha evidenziato che al punto 10 dello schema di convenzione è previsto che la società potrà trattenere gli interessi che gli istituti di credito riconosceranno sulle somme erogate dal MEF a titolo di ristoro dei costi sostenuti. Ha infine richiesto il parere da parte dei Ministeri affiancanti.

Tavolo e Comitato, nel richiamare l'attenzione sulle recenti iniziative normative che riguardano le società *in house*, al fine di esprimersi, chiedono alla struttura commissariale di fornire ulteriori elementi di valutazione in relazione alla società stessa e all'organizzazione delle risorse delle aziende sanitarie preposte ai pagamenti del debito.

D. CONTO CONSUNTIVO 2012

D.1 RISCONTRO ALLE OSSERVAZIONI DEL VERBALE DEL 16 LUGLIO 2013

Il Sub commissario ha inviato una relazione relativa alle osservazioni contenute nel verbale del 16 luglio 2013 predisposta dal settore economico finanziario e condivisa dal Sub commissario stesso.

Per quanto riguarda i chiarimenti relativi al CE consuntivo 2012:

- iscrizione per interessi bancari passivi per 3,1 mln di euro da parte dell'ASP di Reggio Calabria: la regione ha inviato la relazione del Direttore Generale nella quale si conferma l'iscrizione di 3,1 mln di euro per sopravvenienze passive dell'esercizio 2012 per regolarizzazioni contabili di interessi passivi bancari maturati negli anni 2009/2011. In fase di chiusura del bilancio 2011 è stato richiesto al tesoriere il computo degli interessi passivi maturati al 31/12/2011 ed è stato fornito il valore di 1,094 mln di euro, dato inserito nella contabilità 2011. Nel corso del 2012, oltre alla chiusura dei bilanci 2009/2011 sono state eseguite le regolarizzazioni richieste dal Tesoriere per pagamenti in attesa di emissione di ordinativo di pagamento a regolarizzazione di tutte e tre le ex ASL accorpate che indicavano gli importi di 0,234 mln di euro e 2,877 mln di euro rispettivamente per gli anni 2010 e 2011. Per il 2009 l'importo è pari a 26,19 euro.

Per quanto riguarda i chiarimenti relativi all'SP 2012:

- Crediti v/stato per finanziamento investimenti: la regione ha inviato la tabella in cui sono riportati i provvedimenti che hanno determinato l'assegnazione delle risorse riconducibili alla quota a carico dello Stato dei programmi di edilizia sanitaria ex. Art. 20 l. 67/88 per 73 mln di euro, alla realizzazione di strutture per cure palliative per 2 mln di euro, alla riconversione del complesso ospedaliero di Girifalco per 18 mln di euro. Ha inoltre allegato le schede

riepilogative dei capitoli di entrata estrapolate dai conti consuntivi della regione Calabria nelle quali sono riportati sia gli accertamenti che le riscossioni.

Tavolo e Comitato hanno inviato la documentazione pervenuta ai competenti uffici del MEF per la relativa istruttoria.

- Crediti v/regione e consistenza delle disponibilità del Tesoriere:
 - nel consolidato regionale sono incluse le disponibilità liquide della GSA pari a 19 mln di euro nella voce ABA770.
 - Per quanto riguarda le somme anticipate dalla regione negli anni pregressi che risultano nei residui attivi del bilancio regionale per un totale di 294 mln di euro, la regione ha prodotto una tabella di riepilogo.
 - Al fine della determinazione della giacenza di cassa è stata effettuata una rilevazione dei dati su tutti i capitoli rientranti nel perimetro sanità dalla quale risulta che si è rilevata una giacenza di cassa al 31/12/2012 pari a circa 452,6 mln di euro. In allegato la regione ha riportato i capitoli di entrata con l'indicazione dei residui attivi al 31 dicembre 2012 e i corrispondenti capitoli di spesa con l'indicazione dei residui passivi, perenti e di stanziamento.

La regione durante l'anno 2013 ha reso disponibile in parte le somme già incassate in anni pregressi come specificato:

- nella funzione delegata per il pagamento del debito pregresso la regione ha effettuato accrediti per l'intera disponibilità residua al 31 dicembre 2012. Della prima tranche di debito pari a 94,971 mln di euro, 33,326 mln di euro sono stati pagati ai beneficiari nel corso del 2013. Per quota premiale 2006 pari a 25,528 mln di euro sono stati pagati 3 mln di euro ai beneficiari nel corso del 2013;
 - per quota premiale 2006, in esecuzione del DPGR 211/2012, con decreto dirigenziale n. 1304/2013 sono stati effettuati trasferimenti alle aziende per 41 mln di euro;
 - con decreto dirigenziale n. 9738/2013 è stato trasferito alle aziende del SSR il saldo (30%) della quota assegnata con DGR n. 250/2009 per obiettivi di Piano 2009 per un importo pari a 13,613 mln di euro;
 - nel 2013 il MEF ha trasferito la quota premiale 2005 pari a 126,610 mln di euro e 21,862 mln di euro per quota premiale 2007 somme già anticipate dalla regione Calabria ed erogate negli anni precedenti alle aziende.
- Ripristino Fondi legge 210/92 la regione non ha ancora disposto il ripristino di 16 mln di euro sul capitolo 42 11 103 del bilancio regionale.
 - Crediti v/Regione per ripiano perdite sono in corso di adozione 2 decreti commissariali riguardanti il saldo di copertura dei disavanzi aziendali dell'esercizio 2011 per un importo pari a 49,426 mln di euro e la totale copertura dei disavanzi aziendali dell'esercizio 2012 per un importo pari a 96,748 mln di euro tramite risorse fiscali incassate dalla regione nel corso dell'anno 2013.

D.2 STATO PATRIMONIALE 2012

Relazione integrativa regionale SP 2012

La Regione Calabria ha aggiornato i dati dell'SP consolidato 2012 il 16 ottobre 2013. Il Sub commissario ha inviato una relazione integrativa predisposta dal settore economico finanziario e condivisa dal Sub commissario stesso (prot. 439/2013).

La regione ha rappresentato che, a seguito delle evidenze di squadrature contabili inviate dalla regione stessa e dal Ministero della salute alle aziende sanitarie riguardo le voci relative alle

rimanenze e all'utile/perdita d'esercizio tra l'SP 2012 e il CE consuntivo 2012, le aziende hanno completato la rettifica dei dati e azzerato le squadrature contabili tra CE ed SP.

Inoltre l'ASP di Reggio Calabria ha comunicato di aver riformulato l'SP a seguito ad ulteriori verifiche effettuate sulla situazione patrimoniale e finanziaria dell'azienda. La regione ha riportato lo schema delle variazioni operate dall'ASP di Reggio Calabria dal quale risulta:

- per l'attivo: i crediti, voce ABA190, sono diminuiti di 3,467 mln di euro, le disponibilità liquide, voce ABA750, sono aumentate di 23,744 mln di euro;
- per il passivo: i finanziamenti per investimenti, voce PAA010, sono diminuiti di 0,258 mln di euro e le perdite portate a nuovo, voce PAA210, sono diminuite di 69,080 mln di euro;
- riguardo la situazione debitoria aggiornata al 31/12/2012: i debiti, voce PDZ999, sono diminuiti di 48,358 mln di euro di cui 48,202 debiti v/istituto tesoriere, voce PDA310.

In merito alla valutazione delle sopradette rettifiche sono in corso da parte della Regione ulteriori approfondimenti e verifiche che saranno illustrati in sede di approvazione del Bilancio d'esercizio consolidato 2012 del Servizio sanitario della regione Calabria ad oggi non effettuato a causa del mancato invio dei bilanci d'esercizio di 4 aziende (ASP di Cosenza, Catanzaro, Vibo Valentia, e Reggio Calabria).

Gli Uffici regionali hanno analizzato i modelli SP delle aziende ed hanno predisposto il consolidato 999 che evidenzia un risultato netto di 44,37 mln di euro e un totale attivo di 3.098,56 mln di euro, un patrimonio netto di 124,91 mln di euro. Le attività di analisi sono state svolte nei limiti della disponibilità dei bilanci d'esercizio delle aziende sanitarie rientranti nel perimetro di consolidamento.

Tavolo e Comitato, nel prendere atto che, come evidenziato dalla regione nella propria relazione, le aziende sono sottoposte al controllo legale dei Collegi Sindacali, che sono in corso le verifiche regionali sullo Stato patrimoniale riformulato dell'ASP Reggio Calabria e che tali verifiche sono rese più difficili dalla circostanze che la medesima ASP non ha ancora consegnato il bilancio d'esercizio, mettono in evidenza come fra i dati patrimoniali variati ad ottobre 2013 ci siano quelli relativi alla giacenza presso l'istituto tesoriere (+ 23,656 milioni di euro), alla giacenza di cassa (+ 0,086 milioni) e al debito verso il tesoriere (- 48,202 milioni di euro), con ciò evidenziandosi, di fatto, che il modello SP consegnato a luglio 2013 non era stato sottoposto dall'ASP al primo e basilare controllo costituito dalla verifica della quadratura della cassa. Al riguardo, Tavolo e Comitato chiedono alla regione se il Collegio Sindacale dell'ASP Reggio Calabria, nell'ambito delle periodiche verifiche di cassa cui è tenuto, abbia evidenziato criticità al riguardo. Tavolo e Comitato, inoltre, nel prendere atto che la contropartita delle predette variazioni intervenute pare essere la voce "utile (perdite) portate a nuovo" (+69,080 milioni di euro), chiedono delucidazioni sul principio contabile adottato dall'ASP Reggio Calabria.

Tavolo e Comitato rilevando inoltre la criticità riguardante la mancata approvazione dei bilanci d'esercizio di quattro Aziende (ASP di Cosenza, Catanzaro, Vibo Valentia, e Reggio Calabria) chiedono alla regione quali azioni intende adottare in merito.

La regione comunica che ad oggi rimangono da approvare soltanto i bilanci delle aziende provinciali di Cosenza e Reggio Calabria. In merito il sub commissario Urbani evidenzia che ai direttori Generali delle Aziende non sono stati assegnati gli obiettivi e quindi non sta operando un meccanismo sanzionatorio.

Tavolo e Comitato chiedono di inserire tali aspetti nel Programma Operativo 2013-2015.

D.3 BILANCIO 2012 DELLA GSA E DEL SSR .

Il Sub commissario ha inviato ad integrazione degli atti afferenti al Bilancio 2012 del SSR la seguente documentazione predisposta dal settore economico finanziario (prot. 437): la relazione sulla

gestione, il rendiconto finanziario sulla GSA, il modello CE consuntivo GSA 2012, il modello SP GSA 2012. La regione ha dichiarato che la relazione sulla gestione, che correda il bilancio di esercizio 2012, contiene le informazioni minimali richieste dal Dlgs. 118/2011. Fornisce inoltre tutte le informazioni supplementari ritenute necessarie per una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio 2012.

Gestione economico-finanziaria della GSA

Nell'anno 2012 la GSA ha svolto un'azione prevalentemente di programmazione e gestione delle risorse del SSR, di monitoraggio dei conti delle aziende e di predisposizione degli strumenti e svolgimento dei controlli volti a garantire l'attuazione del Dlgs 118/2011. La GSA non svolge un'attività di assistenza sanitaria pertanto nel 2012 non presenta fatti gestionali rilevanti e il quadro economico finanziario è sostanzialmente in linea con il 2011.

Dal confronto con il 2011 emerge che:

- il valore della produzione rileva un incremento pari a circa 420 mln di euro dovuti alla iscrizione di contributi in c/esercizio di circa 468 mln di euro al lordo della mobilità extra regionale contrariamente a quanto avvenuto nel 2011, all'iscrizione di circa 23 mln di euro per mobilità attiva extra e ad un incremento dei ricavi per Concorsi, recuperi e rimborsi pari a circa 0,381 mln di euro;
- i costi della produzione rilevano un incremento pari a circa 282 mln di euro attribuibile principalmente all'iscrizione dei costi di mobilità passiva per 273 mln di euro circa, all'incremento dei costi di beni e servizi per 0,797 mln di euro, incremento dei costi per Rimborsi, assegni e contributi per circa 9 mln di euro riconducibili in buona parte ai contributi per la legge 210/92, all'incremento per servizi non sanitari per 4,2 mln di euro e a una riduzione degli accantonamenti per 4,5 mln di euro.

In merito al confronto con il preventivo 2012 il valore della produzione aumenta di 407,5 mln di euro e i costi di 294,8 mln di euro.

Tavolo e Comitato, nel prendere atto che il processo di elaborazione del Bilancio consolidato del SSR è impedito non da cause attribuibili agli uffici regionali ma al mancato invio dei bilanci d'esercizio di alcune aziende sanitarie, ribadiscono la richiesta di conoscere i provvedimenti che la struttura commissariale intende assumere nei confronti dei Direttori generali che non si adoperano per assicurare il puntuale assolvimento delle funzioni dirigenziali connesse agli adempimenti in tema di bilancio d'esercizio, sia in termini di retribuzione di risultato, sia, eventualmente, in termini di verifica della capacità di adempiere alle proprie funzioni di governo.

D.4 RISULTATO D'ESERCIZIO AL 31/12/2012

Tavolo e Comitato aggiornano, nella tabella seguente, la valutazione in merito al risultato di gestione 2012 e precedenti operata nel corso della riunione del 16 luglio 2013 in relazione alla nuova valutazione sull'anno 2008 intervenuta nella riunione odierna.

situazione disavanzo/debito non coperto regione Calabria	
debito non coperto 2007 e ante	-110,000
disavanzo/debito 2008 non coperto	-88,000
disavanzo 2009 non coperto	-88,467
avanzo 2011 dopo coperture	18,149
avanzo 2012 dopo coperture	43,498
totale al netto ammortamenti non sterilizzati anni pregressi	-224,820

Pertanto, alla data odierna, Tavolo e Comitato, sulla base delle analisi condotte, valutano fino al 31/12/2012 il permanere di un debito non coperto di 224,820 mln di euro, scontando l'accesso alle risorse FAS per 578 mln di euro che al momento attuale non sono disponibili e sono vincolate alla riprogrammazione del "Piano Sud", ancora non documentata.

Tavolo e Comitato evidenziano che i predetti 224,820 mln di euro sono inoltre al netto degli ulteriori oneri relativi agli ammortamenti non sterilizzati degli anni pregressi e delle ulteriori valutazioni che sono oggetto della specifica ricognizione economico patrimoniale relativa al periodo 2001-2011, richiesta dal Tavolo e Comitato, che è tuttora in corso di valutazione.

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

E. ANDAMENTO DEL II TRIMESTRE E STIMA A CHIUDERE 2013

Con riferimento alle informazioni contabili relative al II trimestre 2013 il Sub commissario ha trasmesso una relazione redatta dall'Advisor (prot. 436) e la relazione del settore economico e finanziario (prot. 438) entrambe condivise dalla struttura commissariale.

Dalla relazione regionale e dalla relazione dell'advisor si evince quanto segue:

- Contributi da regione per quota FSR indistinto: la voce AA0030 presenta il valore di 1.703,530 mln di euro al lordo dei dati di mobilità attiva e passiva extraregionale in compensazione di cui alla proposta di riparto CSR n. 2656 del 6 giugno 2013. Nelle more del provvedimento regionale di riparto delle risorse finanziarie per l'anno 2013 l'assegnazione aziendale per l'esercizio 2013 è stata commisurata in base a quanto stabilito con il DPGR n. 4/2013 di individuazione delle risorse LEA anno 2012;
- Contributi da regione per quota FSR vincolato: la regione ha riportato il dettaglio del conto AA0040 per un importo pari a 32,140 mln di euro su base semestrale della voce di ricavo stimate per il consuntivo 2012, di cui 15,449 mln di euro iscritti in GSA;
- i costi di personale presentano un decremento di 14,9 mln di euro. Sulla base delle tabelle B del II trimestre 2013, il personale presenta una riduzione di 322 unità rispetto al IV trimestre 2012 e rispetto al II trimestre 2012 una riduzione di 858 unità;
- i prodotti farmaceutici presentano un aumento di circa 24 mln di euro rispetto al II trimestre 2012;
- gli altri beni e servizi mostrano un incremento di circa 17,1 mln di euro rispetto al II trimestre 2012. In particolare si segnala un aumento di 9,3 mln di euro per rimborsi, assegni contributi imputabili soprattutto a contributi ex l. 210/92, 1,9 mln di euro per premi assicurativi, 5,3 per altri servizi sanitari, e 3,4 mln di euro per servizi appalti principalmente riconducibili all'iscrizione dei costi di riscaldamento dell'ASP di Cosenza;
- il personale convenzionato non presenta variazioni apprezzabili;
- la farmaceutica convenzionata risulta inferiore di 13,4 mln di euro rispetto al II trimestre 2012 dovuto principalmente all'ampliamento del PHT nell'anno 2013 e all'incremento della quota dei farmaci generici;
- le prestazioni da privato presentano una diminuzione di 8,4 mln di euro rispetto al II trimestre 2012 determinata principalmente alla definizione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera, l'assistenza ambulatoriale, l'assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria e per l'assistenza termale che tengono conto delle disposizioni della Spending review di cui alla l. 135/2012;

- Accantonamenti per rischi: il valore della voce BA2700 è pari a 7,870 mln di euro di cui 3 mln di euro in accentrata relativi al rischio per fatture da ricevere non rilevate dalle aziende. I rischi delle aziende sanitarie si riferiscono per 1,931 mln di euro per cause civili e oneri processuali (voce BA2720) e 1,125 mln di euro relativi a copertura diretta dei rischi (voce BA2740);
- Altri accantonamenti: il valore della voce BA2820 è pari a 3,306 mln di euro ed è costituito per 1,460 mln di euro da Accantonamenti per interessi di mora, per 1,108 per rinnovo convenzioni, 0,458 mln di euro per i rinnovi contrattuali della dirigenza e del comparto. Infine sono stati iscritti altri accantonamenti per 0,280 mln di euro;
- Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati: la voce BA2770 presenta il valore di 29,738 mln di euro inferiore di 2,402 mln di euro rispetto al valore complessivo di contributi vincolati assegnati alle aziende nel semestre di riferimento;
- Proventi straordinari: la voce EA0010 presenta il valore di 2,811 mln di euro composta da note di credito competenza anni precedenti per acquisto di beni e servizi, 0,479 mln di euro per rimodulazione fondi contrattuali anno 2011 dell'AO di Cosenza;
- Oneri straordinari: la voce EA0260 presenta il valore di 7,690 mln di euro relativo principalmente a fatture per acquisto di beni e servizi anni precedenti e indennità e contributi arretrate del personale;
- Indennità di vacanza contrattuale: per il personale è stata corrisposta e contabilizzata all'interno del costo del personale dalla totalità delle aziende ad eccezione dell'AO di Reggio Calabria che ha provveduto a contabilizzarla tra gli accantonamenti. Per i convenzionati non è stata corrisposta ed è stata contabilizzata tra gli accantonamenti per rinnovo convenzioni dalla totalità delle aziende sanitarie.

L'advisor ha fornito una stima ponderata del disavanzo 2013, che risulterebbe pari a circa 76 mln di euro.

La bozza di Programma operativo 2013-2015 di cui al successivo paragrafo riporta un risultato tendenziale di -95,340 mln di euro e un risultato programmato di -80,158 mln di euro.

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

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

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.

F. VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO DI RIENTRO

SITUAZIONE EROGAZIONE DEI LEA

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

Regione Calabria												
Livelli di assistenza	2009*		2010*		2011*		2012****		**Atto progr.	Valori di rif.	Fonte	
Assistenza Ospedaliera	Valore	Tasso	Valore	Tasso	Valore	Tasso	Valore	Tasso	Valore	Tasso		
Valore annuale												
Totale dimissioni	364.278	(182,4)	363.163	(180,8)	346.589	(171,7)	314.689	(159,4)			160 * 1.000 ab.	L. n. 135 del 7 agosto 2012
N. di dimissioni in DO	257.174	(128,5)	258.411	(128,3)	244.317	(120,5)	224.225	(113,1)				
N. di dimissioni in DH	107.104	(53,9)	104.752	(52,5)	102.272	(51,2)	90.464	(46,3)				
Incidenza dimissioni in DH sul totale dimessi	29%		29%		30%		29%				25%	
POSTI LETTO***												
Totale n. PL	7.693	(3,90)	7.560	(3,75)	6.891	(3,52)	6.256	(3,19)	6.269	(3,10)	3,7 * 1.000 ab.	L. n. 135 del 7 agosto 2012
N. PL acuti	6.752	(3,40)	6.619	(3,29)	6.016	(3,08)	5.477	(2,80)	5.019	(2,50)	3,0 * 1.000 ab.	
N. PL post acuzie	941	(0,50)	941	(0,46)	875	(0,44)	779	(0,40)	1.250	(0,60)	0,7 * 1.000 ab.	
INAPPROPRIATEZZA												
Tasso ospedalizzazione 108 DRG (Patto per la salute 2010-2012)		25,64		24,22		21,27		20,76			≤ 23	Griglia LEA
T.O. over 75 anni per 1.000 ab. Anziani	70.355	(375,4)	73.769	(385,3)	71.229	(364,0)	65.916	(338,4)			392,90 (anno 2011)	V.N. Rapp. SDO
Degenza media pre-operatoria		2,17		2,24		2,16		2,08			1,85	
Assistenza Territoriale												
Assistenza domiciliare												
% anziani assistiti in ADI	2,55		2,82		2,87		3,18				≥ 4%	
Assistenza residenziale e semiresidenziale												
N. PL in RSA (N. PL in RSA per 1.000 ab. Anziani)	1.048	(2,8)	1.346	(3,6)	1.389	(3,7)	1.472	(3,9)			≥ 10	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.)	1.117	(0,6)	1.340	(0,7)	1.094	(0,5)	1.164	(0,6)			≥ 0,6	
N. Posti letto Hospice (sul totale deceduti per tumore per 100)	20	(0,5)	7	(0,2)	7	(0,2)	27	(0,6)			≥ 1	
N. PL residenziali per pazienti di Salute Mentale (N. PL residenziali per pazienti di Salute Mentale per 10.000 ab.)	353	(1,8)	301	(1,5)	322	(1,6)	342	(1,7)			3,6	Mon. Sistema Valore medio 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)	4		2		2		2				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	88		99		128		132 [§]				≥ 160 Adempiente	Griglia LEA

Banca dati nazionale del Ministero della Salute (SIS)

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

**Bozza di PO 2013-2015

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

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

§ punteggio provvisorio

Dalla lettura del prospetto si evince un decremento dell'ospedalizzazione totale a partire dal 2009, accompagnato da una consistente riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in modalità ordinaria.

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

La dotazione di posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie risulta pari a circa 0,4 posti letto per 1.000 residenti al 1° gennaio 2013, inferiore al valore di riferimento (0,7) del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95.

Per quanto riguarda la situazione relativa all'erogazione di assistenza territoriale, gli indicatori evidenziano una quota di anziani assistiti a domicilio ancora inferiore all'atteso, come da valore definito adeguato dal Comitato Lea, ed una dotazione insufficiente di posti letto presso RSA per anziani, seppure entrambi gli indicatori mostrino un lieve incremento a partire dal 2009. Si evidenzia, altresì, una dotazione ancora insufficiente di posti letto presso strutture residenziali destinate all'assistenza psichiatrica o presso strutture di tipo hospice.

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 progressivo incremento nel periodo considerato, passando da 88 nel 2009 a 132 (valore provvisorio) nel 2012, pur mantenendosi al di sotto della soglia di adeguatezza.

G. ADOZIONE DEL PROGRAMMA OPERATIVO 2013-2015

Nelle riunioni del 16 luglio 2013 Tavolo e Comitato avevano evidenziato numerose criticità e mancanze nella bozza di Programmi Operativi per l'anno 2013-2015 e, pertanto, avevano richiesto la trasmissione di una nuova bozza da inviare entro il 10 settembre 2013.

In merito è pervenuta la seguente documentazione.

- la nota dei Sub commissari **prot. 430/11** nella quale si rappresenta che con nota prot. n. 321175 il "*Commissario ad acta invita i sub commissari a trasmettere la proposta di programma operativo priva della parte relativa alla Governance, in quanto non condivisa. I sub commissari, preso atto di quanto sopra, ritenendo la definizione della Governance fondamentale per il perseguimento degli obiettivi del Piano di rientro, decidono di non poter aderire all'invito del Commissario, non essendo stata raggiunta intesa (...).*"
- la nota **prot. 441/13** con cui il Commissario trasmette la "nuova" versione del programma operativo dichiarando che lo stesso è stato "*condiviso con i sub Commissari, ad eccezione del Programma 1: Governance del P.O redatto direttamente dallo scrivente*".
- la nota **prot. 443/13** con la quale il Sub commissario Pezzi dichiara che i sub commissari avevano, per contro, evidenziato varie criticità nel documento che pertanto avrebbe necessitato di modifiche.
- una nota **prot. 446/13** con cui il Commissario interviene ulteriormente sulla questione, esponendo una differente interpretazione dell'accaduto;
- una nota **prot. 447/13** con cui i Sub commissari si sono autosospesi.
- la nota **prot. 450/13** con cui il Commissario ad acta riporta ulteriori precisazioni in relazione all'autosospensione dei Sub commissari.

Nel rinviare a quanto precedentemente detto in premessa in relazione all'autosospensione dei sub commissari, Tavolo e Comitato con riferimento alla bozza di Programma operativo 2013- 2015 (prot. 441/13) rappresentano preliminarmente quanto segue:

- è opportuno inserire l'indice del PO;
- è necessario inserire i riferimenti alla verifica adempimenti LEA. La regione rispetto ad alcuni punti è inadempiente sin dall'anno 2007;
- è necessario inserire gli allegati previsti dalle Linee di indirizzo alla predisposizione dei Programmi Operativi 2013-2015. Al riguardo rappresentano che i modelli CE tendenziali e programmatici per gli anni 2013-2015 sono stati trasmessi solo il 2 dicembre 2013 mentre mancano i modelli LA;
- il cronoprogramma è compilato in varie parti in modo incompleto o generico, in maniera tale da compromettere la possibilità di monitorare, durante l'intero periodo di vigenza del piano, l'attuazione degli interventi previsti nei vari programmi (es. flussi informativi, accreditamento, reti assistenziali per intensità di cure, rapporti con le università, ecc). Inoltre, la compilazione del cronoprogramma appare in alcuni casi riferita al precedente documento inviato e non alla versione aggiornata di PO (es. rischio clinico);
- nello scenario generale è necessario che i dati della popolazione riportati nelle tabelle siano gli stessi utilizzati per programmare gli interventi (a pagina 85 si fa riferimento ad un dato di popolazione più alto rispetto al dato presentato nello scenario).

Nel dettaglio si rappresenta quanto segue:

MODELLO TENDENZIALE **RICAVI**

FSN Indistinto: la valorizzazione appare coerente con la stima effettuata a partire dalla quota di accesso 2012 e della dinamica prevista per il livello del finanziamento ordinario.

Tavolo e Comitato, al riguardo, osservano in ogni caso che la voce 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.

Come già riportato, fanno presente alla regione che la stessa dovrà adeguare in seguito il Programma operativo 2013-2015 alla proposta di riparto relativa all’anno 2013 in corso di emanazione.

Con riferimento all’anno 2015, il livello del FSN è incrementato del maggiore finanziamento derivante dal venir meno della manovra ticket prevista dal DL 78/2010. La valorizzazione appare corretta.

Entrate proprie: nella bozza di Programma Operativo si dichiara che sono previsti impatti sulle voci dei rimborsi per payback derivanti dagli interventi previsti dalla L. 135/2012. Tali impatti non risultano valorizzati in quanto il sistema di ripartizione dei rimborsi a livello Nazionale non ha permesso la stima degli impatti sulla regione Calabria.

Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti: la voce è valorizzata per circa 5,1 mln di euro nell’anno 2013, 10,3 mln di euro nell’anno 2014 e 13,8 mln di euro nell’anno 2015. La voce non viene esplicitata nel testo illustrativo e non vi sono informazioni circa il valore annuo degli investimenti per ciascun anno, di cui i dati iscritti nella voce in esame sono il riflesso economico-contabile.

Al riguardo, è necessario che la struttura commissariale chiarisca i criteri di valorizzazione adottati, con particolare riferimento al valore annuo degli investimenti sottostante la valorizzazione operata.

COSTI

Personale: la voce per l’anno 2013 e successivi è stata valorizzata tenendo conto dell’effetto trascinarsi del personale fuoriuscito nell’anno 2012, con un impatto stimato di circa 19 mln di euro. Tale impatto è diverso da quello quantificato nella versione precedente del PO (pari a circa 28 mln di euro). Al riguardo è necessario che la struttura commissariale fornisca gli elementi necessari (numero cessazioni nell’anno 2012, costo medio, ipotesi di valorizzazione delle cessazioni) atti a riscontrare la congruità dell’impatto economico stimato e, conseguentemente, della valorizzazione della voce.

Vi è discordanza tra l’importo indicato alla voce B1 personale della tabella pag. 13 (€ 1.219.341) e quello indicato alla voce personale tabella 1 pag. 16 (€ 1.217.821). Si chiedono chiarimenti;

Prodotti farmaceutici: Nonostante i rilievi dei Tavoli tecnici formulati nella riunione del 16 luglio 2013, la voce è ipotizzata crescere in misura pari al 3% (tasso medio di inflazione 2012). Tale ipotesi di crescita non appare coerente con la dinamica fatta osservare nell’ultimo triennio (tasso medio di crescita pari a circa il 9%) né alla dinamica rilevata sulla base dei dati relativi al III trimestre 2013 (parametrato al livello del consuntivo 2012, la voce cresce ad un tasso pari a circa il 12%, di cui solo una parte eventualmente ascrivibile agli interventi di potenziamento della distribuzione per conto regionale).

Appare necessario che la struttura commissariale adegui l'ipotesi di crescita dell'aggregato, anche tenendo conto delle informazioni più aggiornate relativa all'anno 2013. In ogni caso, in assenza dei modelli CE di dettaglio non è possibile un riscontro puntuale delle iscrizioni contabili relative alla voce in esame.

Beni e servizi: la voce è ipotizzata crescere a un tasso medio del 3%, pari al tasso medio di inflazione 2012. La dinamica ipotizzata appare coerente. Su tale valore è stata poi applicata la percentuale di abbattimento prevista dal DL 95/2012 (10% nell'anno 2013). L'impatto economico di tale riduzione non è quantificato. Appare necessario che la regione fornisca chiarimenti circa l'entità della manovra stimata relativamente ai beni e servizi, in applicazione del disposto dell'articolo 1, comma 131, della Legge di Stabilità 2013. Inoltre, in considerazione della presenza di una manovra regionale sulle voci di costo dei premi di assicurazione e dei fitti passivi, è necessario che la struttura commissariale fornisca chiarimenti circa l'aggregato assunto a riferimento per la valutazione dei risparmi relativi alla spending review.

Assistenza ospedaliera e specialistica da privato: secondo quanto riportato nella bozza di PO le due voci in esame sono state valorizzate applicando al valore di spesa contabilizzato a consuntivo 2011 le percentuali di riduzione previste dalla legge 135/2012 (legge di conversione del DL 95/2012). Al riguardo si rileva come le percentuali ipotizzate (0.5%) per gli anni 2013 e 2014 non appaiono coerenti con il disposto della predetta legge, che prevede una riduzione, rispetto all'anno di riferimento, pari all'1% per l'anno 2013 e del 2% per l'anno 2014 (DL 95/2012, articolo 15, comma 14). Peraltro, si osserva comunque come, sommando i risultati tendenziali dei 2 setting assistenziali di specialistica ambulatoriale e ospedaliera, risulta comunque conseguito l'obiettivo di contenimento della spesa previsto dall'art.15, comma 14 del dl 95/2012. Al riguardo, sarebbe opportuno che la struttura commissariale argomentasse meglio nel Programma operativo se quanto effettuato nel rispetto del disposto normativo sia coerente con la cornice di programmazione del proprio fabbisogno in termini assistenziali. Deve rilevarsi, inoltre come il valore programmatico previsto per l'anno 2013 (invariato rispetto allo scenario tendenziale) per l'assistenza ospedaliera da privato (comprensiva della mobilità attiva), è pari a 192,088 mln di euro e risulta superiore al tetto di spesa fissato con DPGR n. 119/2013 e n. 56/2013, pari a 190,907 mln di euro (cfr relazione KPMG II trim 2013, pagina 24).

Con riferimento alla assistenza specialistica da privato, il valore riportato nel modello CE tendenziale e programmatico per l'anno 2013 è pari al valore del tetto di spesa fissato per l'anno 2013 dal DPGR 65/2013, pari a 68.8 mln di euro. Tuttavia deve rilevarsi come nel predetto DPGR il valore della voce sul consuntivo CE dell'anno 2011 è riportato pari a 69,580 mln di euro, mentre il valore contabilizzato sul CE 2011 è 73,064 mln di euro.

Alla luce delle osservazioni precedenti appare necessario che la struttura commissariale fornisca chiarimenti circa le modalità di valorizzazione delle voci relative all'assistenza ospedaliera da privato e alla specialistica da privato, con particolare riferimento alla coerenza delle percentuali di riduzione della spesa scontate nei tendenziali con quelle previste dal DL 95/2012 e della congruità dei valori ipotizzati con i budget definiti a livello regionale.

Ammortamenti e costi capitalizzati: le voci sono state riportate distintamente dal lato dei ricavi e dei costi, entrambe poste pari al valore 2012. Per gli anni 2013-2015 il PO si basa sull'ipotesi di reiterazione del medesimo livello di investimenti effettuato nel 2012, rispetto al quale non vi è, tuttavia alcuna quantificazione.

E' necessario che la struttura commissariale fornisca chiarimenti circa la valorizzazione delle voci in esame, nonché della correlata voce della rettifica per contributi in conto esercizio per destinazione ad investimenti.

Accantonamenti: sono previsti accantonamenti nell'anno 2015 relativi agli oneri per il rinnovo dei contratti del personale dipendente e delle convenzioni di medicina di base; in considerazione delle disposizioni del DDL Stabilità 2014 che prevede la non corresponsione della IVC per l'anno 2015, tale accantonamento deve essere eliminato.

Negli anni 2014 e 2015 sono previsti circa 8.5 mln di euro alla voce "altri accantonamenti", in relazione "al potenziale non raggiungimento degli obiettivi del tendenziale 2013-2015" (pagina 20). E' necessario che la struttura commissariale fornisca chiarimenti circa la natura di tale appostamento e sulla presenza di rischi analoghi per l'anno 2013.

Conclusivamente è necessario che la struttura commissariale riveda la base di calcolo dello scenario tendenziale ed adegui lo stesso alle osservazioni effettuate.

MODELLO PROGRAMMATICO

Personale: si ipotizza una manovra (comprensiva dell'effetto economico sull'IRAP) pari a circa 10 mln di euro nell'anno 2013, 28 mln di euro nell'anno 2014 e 47 mln di euro nell'anno 2015,.

Al riguardo, il PROGRAMMA 10 relativo alle politiche del personale non fornisce elementi per la valutazione della congruità dei risparmi ipotizzati (previsione delle cessazioni, costi medi). Inoltre a pagina 19 del PO si riporta che "la manovra del blocco del turn-over del personale è stata ipotizzata si realizzi con il congelamento totale dei fondi del personale in uscita. Il venir meno di questa ipotesi determinerebbe una riduzione dell'impatto economico della fuoriuscita del personale per circa il 30-40% del suo valore".

Alla luce delle osservazioni precedenti è necessario che la struttura commissariale fornisca idonei elementi di valutazione della congruità dei risparmi ipotizzati, anche con riferimento alla composizione delle leve d'intervento previste (risparmio da turnover, rideterminazione fondi contrattuali, etc).

Prodotti farmaceutici e farmaceutica convenzionata. Si prevede un incremento della distribuzione per conto, con un aumento di costi per circa 15 mln di euro, compensati da un risparmio di pari importo sulla farmaceutica convenzionata. Su quest'ultima voce è prevista una ulteriore manovra realizzato attraverso il raggiungimento dei valori benchmark nazionali relativi all'uso dei farmaci a brevetto scaduto. Il risparmio potenziale conseguibile è pari a circa 31 mln di euro. Rispetto a tale risparmio potenziale, la regione stima di poterne conseguire il 50%, per un importo di circa 15 mln di euro nell'anno 2015.

Al riguardo, appare necessario che la struttura commissariale fornisca ulteriori elementi informativi al fine di valutare la congruità dei risparmi ipotizzati e che si dia separata evidenza degli interventi gravanti sulla farmaceutica convenzionata, esplicitando i relativi risparmi per ciascuno degli anni di vigenza del PO.

Beni e servizi: con riferimento alle manovre regionali relative alla razionalizzazione dei fitti passivi (circa 2 mln di euro per l'anno 2014 e 4 mln di euro per l'anno 2015) e delle assicurazioni RC (circa 4.6 mln di euro per l'anno 2014 e 9 mln di euro per l'anno 2015), la sezione illustrativa del PROGRAMMA 9 - RAZIONALIZZAZIONE SPESA non evidenzia gli elementi necessari per la valutazione della congruità dei risparmi ipotizzati.

Al riguardo, è necessario che la struttura commissariale espliciti le modalità di valorizzazione dei risparmi ipotizzati nonché i criteri adottati per la quantificazione degli stessi anche alla luce del fatto che sui locali di proprietà viene testualmente affermato che saranno necessarie *adeguate riqualificazioni*.

Saldo Gestione finanziaria: il PO prevede un'azione per l'efficientamento delle anticipazioni di cassa che dovrebbe ridurre i costi connessi agli interessi passivi sulle anticipazioni di cassa. Non si

rileva, nella sezione illustrativa degli interventi regionali, la misura in esame né gli ipotizzati effetti economici.

Al riguardo, appare necessario che la struttura commissariale fornisca ulteriori elementi conoscitivi della misura in esame, l'inquadramento della stessa all'interno dei programmi ipotizzati nel PO e i criteri alla base della valorizzazione dell'impatto economico della misura.

Accantonamenti: sono previsti maggiori accantonamenti per rischi sugli anni 2014 e 2015, in relazione ai maggiori costi che deriverebbero a fronte dello sblocco parziale (nella misura del 15%) del turnover.

Al riguardo si rappresenta che, in considerazione del blocco automatico del turn over a seguito di quanto previsto in relazione al disavanzo non coperto dall'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004, a legislazione vigente la regione non è assentibile tale costo. Pertanto la struttura commissariale deve espungere tale accantonamento con riferimento al personale e la relativa frase.

Deve rilevarsi, inoltre, che la **misura 14.13** relativa alla riqualificazione dell'ADI, prevede che "la riconversione dei piccoli ospedali, la riorganizzazione della rete di emergenza e della continuità assistenziale comporteranno la liberazione di risorse da reinvestire per potenziare la rete territoriale". Al riguardo, la misura fa riferimento al DPGR 18/2010 e al concetto ivi espresso di "posti letto equivalenti ADI". La tabella riportata a pagina 121 del PO illustra la rideterminazione dei posti letto ospedalieri e di assistenza territoriale (che coinvolge sia le strutture pubbliche sia quelle private), con un saldo di posti letto da attivare per quest'ultima pari a 339. Il PO non contiene alcun elemento di valorizzazione dei posti letto da sopprimere e di quelli da attivare; in conseguenza di ciò non è possibile valutare la supposta equivalenza di costi.

In considerazione delle osservazioni precedenti è necessario che la struttura commissariale fornisca ulteriori elementi informativi circa le misure di riconversione proposte, i risparmi attesi dalla cessazione di posti letto ospedalieri e i costi emergenti relativi all'attivazione di posti letto per assistenza ospedaliera, con separata evidenza, laddove necessario, della distribuzione della manovra fra le strutture pubbliche e quelle private.

Prescrizioni ai singoli interventi:

a. Governance (Programma 1)

Tavolo e Comitato rappresentano come la bozza di Programma operativo preveda che il Dipartimento regionale sovrintenda all'attuazione del Programma operativo stesso.

Fanno presente che la Calabria è una regione in Piano di rientro e che è attualmente commissariata. Pertanto l'attuazione del Piano di rientro, ovvero dei Programmi operativi di prosecuzione dello stesso sono specifico obiettivo del commissario e dei sub commissari che lo affiancano , in coerenza con il mandato commissariale del 30 luglio 2010 e in coerenza con la legislazione vigente (art, 2, comma 88, della legge 191/2009 che parla espressamente di prosecuzione dei piani di rientro mediante programmi operativi e di mantenimento della gestione commissariale e delle azioni di supporto contabile).

Pertanto la bozza di Programma operativo inviata deve essere emendata nel senso di esplicitare che il Commissario e i Sub commissari sovrintendono all'attuazione del Programma operativo e che il Dipartimento regionale è struttura di supporto alla gestione commissariale per la realizzazione degli interventi previsti dal Programma operativo.

b. Flussi informativi (Programma 4)

In relazione a quanto già rappresentato nella riunione del 16 luglio 2013, sono necessari chiarimenti in ordine alle relazioni tra il Dipartimento, la Tecnostruttura e il gruppo di lavoro flussi informativi.

Sono presenti refusi a pagina 35.

c. Accreditamento (Programma 5)

P5.6 Modalità di verifica di allineamento dei requisiti richiesti per l'accreditamento, in coerenza con la normativa vigente-. P5.7 Modalità di verifica periodica della sussistenza dei requisiti

Si chiede di evidenziare in modo puntuale l'iter, con la precisa tempistica, di adeguamento delle strutture ai nuovi requisiti approvati con il Regolamento n. 13 del 2009 e l'attivazione delle visite di verifica periodica per l'accertamento del possesso dei richiamati requisiti. Come per ogni Azione si suggerisce l'individuazione di risultati attesi, indicatori e tempi di realizzazione specifici.

d. Rapporti con gli erogatori privati (Programma 7)

Nello schema di PO La Regione si impegna a:

- P7.1
 - rivedere il sistema tariffario adottato, anche al fine di tenere conto delle prestazioni che sono state trasferite ad altro setting assistenziale;
 - determinare i valori soglia per i ricoveri diurni di riabilitazione, da stabilire a livello regionale, per come previsto dal comma 2, art. 2 del Decreto 18 ottobre 2012;
 - completare il processo di determinazione delle tariffe per le prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate a livello territoriale, tariffe che potranno essere rivisitate alla luce della riorganizzazione della rete territoriale.
- Il PO prevede, quali indicatori di risultato, la formale adozione delle nuove tariffe regionali, il monitoraggio dell'impatto delle nuove tariffe regionali sull'appropriatezza e sulla deospedalizzazione e l'adozione degli eventuali provvedimenti correttivi;
- P 7.2: Adozione della quota di compartecipazione a carico del Comune/assistito per l'assistenza socio-sanitaria, così come prevista dal DPCM 29 novembre 2001. I Ministeri affiancanti hanno espresso specifico parere – la struttura commissariale ha già richiesto il parziale allineamento e si riserva di procedere alla completa riformulazione della norma regionale;
- P7.3 e P7.4 Programma dei controlli di appropriatezza e di congruenza tra cartella clinica e SDO. La regione proseguirà nell'attività di controllo al fine di migliorare l'appropriatezza dei ricoveri. In particolare, in attuazione del Patto per la Salute, si procederà al trasferimento degli ulteriori 65 DRG ritenuti ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario;
- P7.5) Piano delle prestazioni e relativa tempistica. Il PO indica, quale indicatore di risultato, che la Definizione del Piano delle prestazioni per gli anni 2014 e 2015 avvenga entro il 28 febbraio di ciascun anno;
- P7.6 Il PO afferma che la regione si impegna a far sottoscrivere i contratti per almeno l'80% entro maggio e per il 100% entro giugno di ciascun anno;
- P7.7) Rapporti con le Università pubbliche: sottoscrizione dei protocolli che definiscano i vari aspetti economico-organizzativi e gestionali.

Si rileva che il PO non fornisce alcuna indicazione in merito a:

- individuazione delle funzioni assistenziali di cui al d.lgs. 502/92, con indicazione dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica;

- alla definizione delle questioni rimaste irrisolte (di cui ai precedenti pareri e verbali) in relazione alla Fondazione Campanella, presidio della rete ospedaliera privata ex. DPGR 26/12;
- in relazione all'adozione della quota di compartecipazione a carico del Comune/assistito per l'assistenza socio-sanitaria, così come prevista dal DPCM 29 novembre 2001 viene indicato nel testo in esame che *“La struttura commissariale ha già richiesto il parziale allineamento della normativa regionale con quella nazionale e si riserva di procedere alla completa riformulazione della norma regionale in materia.”*. Non è chiaro quindi cosa si intende per *“parziale allineamento della normativa regionale con quella nazionale”*, peraltro senza tempistica;
- E' necessario inserire un cronoprogramma degli interventi in particolare in merito:
 - alla ricognizione e rimodulazione delle tariffe regionali;
 - nell'attività di controllo al fine di migliorare l'appropriatezza dei ricoveri;
- Riguardo il P7.5 si rileva l'opportunità che la definizione del piano delle prestazioni sia completata prima dell'inizio di ciascun esercizio;
- Riguardo il P7.6 si rileva l'opportunità che la sottoscrizione dei contratti sia completata prima dell'inizio di ciascun esercizio
- Riguardo il P7.7 si rimane in attesa del protocollo di intesa.

P7.4) Programma dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO.

- Il testo del programma operativo fa riferimento al decreto per l'approvazione delle ulteriori prestazioni da trasferire ad altro setting. Nel crono programma, invece, si fa riferimento all'istituzione della task force. Si chiede di rendere coerenti i due documenti.
- il Programma Operativo del triennio 2013-2015 deve esplicitare le azioni da intraprendere, con tempi di realizzazione ed indicatori per la verifica dei risultati tenendo conto anche delle osservazioni dei Ministeri rispetto al decreto 53/11 recante linee guida per il processo di compilazione e controllo Schede di Dimissione Ospedaliera.

e. Beni e servizi (Programma 9)

Si rileva che:

- la prima frase del programma appare incompleta;
- gli interventi, molto generici, rispetto ai quali vengono previsti risparmi nell'arco di un triennio non trovano un riscontro metodologico e quantitativo. Manca la previsione di un'azione specifica per la ricognizione dei fabbisogni che consenta un'efficace programmazione poliennale degli acquisti. E' assente il riferimento alla situazione attuale e agli obiettivi che si intende perseguire, in termini di variazioni numeriche e percentuali (es. numero di gare centralizzate, su un totale di gare pari a...);
- è necessario rendere coerente il cronoprogramma con il PO.

Nel programma 9.3) centralizzazione degli acquisti è citato l'art. 1, comma 7, del DL 95/2012 che non si applica all'SSN.

Il PO non riporta alcun riferimento alle azioni da mettere in campo relativamente all'art. 15, comma 13 lett. d).

f. Personale (Programma 10)

La nuova versione del PO 2013-2015 che individua ben quattordici linee di azione in materia di personale, ha recepito diverse osservazioni formulate nel corso della riunione congiunta dei Tavoli tecnici del 16 luglio 2013.

Tuttavia, ai fini della valutazione del programma in oggetto, si rappresenta quanto segue.

- Al documento non sono allegati le tabelle relative al costo del personale di cui alle “Linee di indirizzo alla predisposizione dei programmi operativi 2013-2015” fornite dai Ministeri affiancanti.
L’attuale PO si limita a declinare degli obiettivi generici, senza indicatori quantitativi misurabili che consentano di monitorare l’andamento della manovra finanziaria in materia di personale nell’arco temporale considerato (2013-2015).
Occorre inoltre sottolineare che, in assenza di una precisa programmazione, il raggiungimento degli obiettivi economici indicati nel PO (rispetto del tetto di spesa di cui all’articolo 2, comma 71, della legge 191 del 2009, e riduzione del costo del lavoro flessibile entro i tetti di spesa previsti dalla normativa vigente, pag. 67 del Programma) risulta più difficile.
Si ritiene, quindi, necessario che la regione fornisca le tabelle mancanti e proceda ad un’esatta programmazione annuale/triennale in termini quantitativi degli obiettivi finanziari da raggiungere specie con riferimento all’Azione 10.1.2 relativa al conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale e a quella strettamente correlata all’avvio dei processi di rideterminazione delle dotazioni organiche del personale per azienda (Azione 10.2.2).
- Azione 10.1.1) Attuazione del blocco del turn-over
Alla pag. 65 (capoverso 5) si fa riferimento alla previsione di stipula di nuovi contratti a t. d. e al rinnovo/proroga di quelli in scadenza. Sul punto si richiama la deliberazione n. 129 del 20 luglio 2012 della Corte dei Conti Sezione Regionale di Controllo per la Calabria, emanata a seguito di una specifica richiesta di parere avanzata dal Presidente della Regione Calabria, nella quale la citata Corte sostiene che anche le assunzioni a tempo determinato, così come i contratti di collaborazione coordinata e continuativa e le altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni, ivi compreso il ricorso al lavoro interinale, rientrano nel blocco totale del turn-over previsto dall’articolo 1, comma 174, della legge 311/2004.
In merito agli incarichi conferiti ai sensi dell’articolo 15-septies del d.lgs. 502 del 1992, occorre specificare nel PO che, fino all’avvenuta realizzazione della riduzione dei posti letto e delle corrispondenti unità operative complesse, è sospeso non solo il conferimento di nuovi incarichi ma anche il rinnovo degli stessi, così come previsto l’articolo 15, comma 13, lett. c) del d.l. 95 del 2012, convertito con modificazioni, dalla legge 135 del 2012. Pertanto si richiede che il PO venga modificato per le parti in questione.
- Azione 10.2.1) Monitoraggio trimestrale sull’andamento dell’occupazione e delle spese del personale delle Aziende del SSR (pag. 69)
Al secondo capoverso si richiamano le previsioni recate dall’articolo 15, comma 21, del D.L. n. 95/2012, convertito con L. 7 agosto 2012, n. 135 che, aggiungendo il comma 3-bis all’articolo 17 del DL 98/2011, dispongono la possibilità per le regioni di derogare al vincolo sulle spese di personale, stabilito dall’art. 2, comma 71, della legge 191/2009, ove raggiungano l’equilibrio complessivo del sistema sanitario regionale.
Al riguardo si evidenzia che il richiamo all’art. 15, comma 21, del DL 95/2012 risulta incompleto atteso che la medesima disposizione legislativa introduce, altresì, al citato art. 17 del DL 98/2011, il comma 3-ter con il quale si stabilisce che “per le regioni sottoposte ai Piani di rientro dai deficit sanitari o ai Programmi operativi di prosecuzione di detti Piani restano comunque fermi gli specifici obiettivi ivi previsti in materia di personale”. Conseguentemente si consiglia di espungere l’intero capoverso, il cui contenuto appare, tra l’altro, inconferente rispetto all’azione in esame.
- L’Azione 10.1.2 relativa al conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale deve essere realizzata in attuazione di tutte le disposizioni nazionali vigenti, ivi compresa quella di cui all’articolo 1, comma 5, del recente d.l. 101 del 2013, convertito con

modificazioni dalla legge 125 del 2013, che individua nuovi tetti di spesa per le consulenze nella PA.

Conseguentemente è necessario integrare ai fini della valutazione dell'azione in questione il PO nel senso indicato.

- In merito all'Azione 10.1.3, relativa alla programmazione risorse umane e regolamento per la mobilità del personale eventualmente in esubero a livello regionale, è necessario che venga completato quanto previsto dall'obiettivo del nel Piano di rientro per la riduzione del costo medio del personale, con l'adozione del regolamento per la mobilità del personale, già oggetto del decreto DPGR n.127 del 2.12.2011 sul quale erano state richieste nel parere n. 254 del 21.06.2012 modifiche integrazioni.
- Circa la determinazione delle unità operative semplici e complesse e delle posizioni organizzative di coordinamento (Azione 10.1.4) e la ridefinizione degli atti aziendali (Azione 10.2.8) si rinvia alla valutazione del DPGR 97 del 5 luglio 2013.

g. Sanità veterinaria e sicurezza alimentare (Programma 12)

Riguardo all'obiettivo di "*Realizzare un sistema coordinato di attività di sicurezza alimentare*" (**programma 12.1 Riorganizzazione e riqualificazione del nodo regionale**). La struttura assessorile dovrebbe individuare le forme ed i modi per promuovere la creazione di reti di professionisti delle ASP in grado di supportare l'azione del governo regionale, mediante l'istituzione di gruppi di lavoro ad hoc per gli aspetti che ciclicamente si ritengono strategici per la struttura assessorile. Si chiede di inserire nel PO un impegno o un'azione in questo senso. Si devono adottare le misure necessarie per assicurare la conformità della struttura assessorile e dei Servizi delle ASP alle "*linee guida per il funzionamento e miglioramento delle autorità competenti*" in sanità veterinaria e sicurezza alimentare previste dall'Accordo del 7 febbraio 2013.

Tenuto conto della emanazione della nuova formulazione del codice di comportamento della PA (DPR 16 aprile 2013, n. 62), la regione dovrebbe prevedere un ulteriore obiettivo, volto a tenere sotto adeguato controllo le eventuali situazioni di conflitto di interesse, anche solo potenziale, del personale delle Autorità Competenti, sia regionale che delle ASP. La correlata Azione dovrebbe prevedere la predisposizione di una procedura documentata e di una modulistica, standardizzata su base regionale, nonché la modalità di archiviazione degli stampati che ne consenta una consultazione in sede di verifica (in linea con il regolamento 882/04, all'Allegato II, capo II, punto 4).

Il programma 12.1 dovrebbe prevedere l'adeguamento, ove necessario, dei sistemi informativi, garantendo caratteristiche di unicità su base regionale, e coerenza con le master list nazionali.

Rispetto al Miglioramento della rete dei laboratori, con ampliamento del bacino di metodiche accreditate a supporto delle attività regionali di controllo ufficiale, riducendo l'aggravio sui soggetti extraregionali:

nel paragrafo "*stato di attuazione*" è necessario indicare in modo esplicito la situazione attuale (punto di partenza), anche al fine di poter successivamente consentire la valutazione dei progressi che verranno conseguiti. In ogni caso il Programma operativo deve confermare che le prove devono esser eseguite da laboratori accreditati. Pertanto fino a che i laboratori ARPACAL non raggiungeranno l'accreditamento, non potranno eseguire prove ufficiali nell'ambito della sicurezza alimentare.

Il PO dovrebbe essere integrato con una specifica Azione volta a integrare e circostanziare le proprie attività di gestione della capacità di laboratorio.

In relazione all' adozione e attuazione di un sistema di audit sulle Autorità Competenti, nonché implementazione di piano di formazione per le stesse, che investa tutti gli attori del controllo ufficiale, sul pacchetto igiene; nel paragrafo "stato di attuazione" è necessario

indicare in modo esplicito la situazione attuale (punto di partenza) ed inserire la previsione di effettuare audit anche sui servizi veterinari, atteso che il percorso formativo dei SIAN, sulla base delle informazioni fornite, dovrebbe essere già concluso.

h. Reti assistenziali per intensità di cure (Programma 13)

P13.1) Individuazione dei presidi secondo il modello Hub & Spoke secondo la logica dell'intensità delle cure (es. rete trauma, oncologia, ictus, trapianti); relativa individuazione dei Centri di riferimento; P13.2) Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.

Il programma è eccessivamente generico. E' necessario che la Regione indichi quale sia lo stato attuale delle reti per intensità di cura, quali siano i percorsi attivi e la loro funzionalità (ad esempio: come opera la rete cardiologica oggi), nonché individui con chiarezza gli obiettivi programmatori che intende perseguire, dettagliando i vari step di attuazione.

i. Rete ospedaliera (Programma 14)

Rete pubblica acuti

Per quanto riguarda la coerenza dell'attuale programmazione della rete ospedaliera con i nuovi ospedali che la Regione intende attivare nel 2015, è necessario elaborare un paragrafo specifico che declini chiaramente obiettivi, azioni, tempi e indicatori di processo e di esito.

- nel Po non vi è alcun riferimento alla risoluzione delle criticità rilevata dai Tavoli tecnici rispetto al protocollo di intesa tra Bambino Gesù e AO Pugliese Ciaccio;
- si esprimono perplessità sulla previsione di **erogare attività post-acuzie nell'ambito dei CAPT** (come indicato a pag. 96) o, come successivamente precisato, nell'ambito degli stessi edifici, sedi di CAPT ma in forma indipendente. Tale previsione rende poco certa la riconversione dei piccoli ospedali in centri territoriali di assistenza. Il mantenimento di attività post-acuzie (riabilitazione e lungodegenza, con relativi codici SDO 56 e 60) non è coerente con la dismissione delle funzioni ospedaliere più volte indicata come obiettivo prioritario nell'ambito della riorganizzazione delle reti assistenziali nella Regione. Le citate attività di post-acuzie devono trovare collocazione in sedi ospedaliere, anche per ragioni di qualità e sicurezza delle cure erogate, mentre nell'ambito del CAPT potrebbero essere, invece, previsti moduli di riabilitazione territoriale estensiva;
- per quanto riguarda **l'integrazione funzionale del PO di Acri con lo Spoke di Castrovillari e del PO di San Giovanni in Fiore con il PO di Crotone** si ritiene opportuno che la Regione chiarisca il ruolo dei PO di Acri e di San Giovanni in Fiore, nell'ambito della rete dell'emergenza -urgenza, già previsti quali ospedali di zona montana essendo situati in area disagiata, le cui funzioni chirurgiche, non prettamente di emergenza, registrano un numero di casi troppo basso per garantire la sicurezza dei ricoveri anche in relazione al mantenimento dello skill e delle competenze dei professionisti.
- per quanto riguarda la **possibilità di riprogrammare la rete assistenziale nell'alto cosentino (CAPT di Praia a Mare e Trebisacce)** è necessario che la regione accompagni eventuali rimodulazioni della rete con adeguate analisi sulla modifica del fabbisogno e che si faccia carico, prioritariamente, di garantire che le cure in tali presidi possano avvenire in condizioni di qualità e sicurezza;
- relativamente alla carenza di una equa distribuzione territoriale **della specialità di cardiocirurgia**, si chiede di prevedere preventivamente all'attivazione di nuove unità,

la definizione della rete cardiologica e cardiocirurgica, con indicazione dei presidi, dei bacini di utenza e dei percorsi di cura.

j. Rete Territoriale (Programma 14)

In via preliminare, per quanto riguarda la dotazione di posti letto destinati all'assistenza presso strutture **residenziali** e **semiresidenziale** per anziani, presso strutture per disabili nonché per l'assistenza psichiatrica si evidenzia la necessità che la regione definisca nel PO la programmazione prevista (dando priorità ai setting attualmente al di sotto degli standard, come ad es. pl residenziali per anziani non autosufficienti), in linea con gli standard nazionali, dando evidenza dell'attuale dotazione distinta per intensità assistenziale (intensiva estensiva e di lungoassistenza) e per target di popolazione.

Conseguentemente all'allineamento della normativa regionale al DPCM LEA, la regione deve **definire rette uniformi** sul territorio per i diversi regimi e livelli di intensità.

Premesso che la regione attualmente eroga prestazioni di **assistenza domiciliare** in quantità inferiore (3,18 % anziani > 65 aa,) rispetto allo standard previsto (4% anziani > 65 aa), è necessario che il PO delinea le azioni che intende avviare per incrementare l'offerta fino ai valori standard e migliorarne la qualità.

PI4.2) 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.

- Preliminarmente è necessario fornire uno stato dell'arte dell'assistenza (quanti PUA sono attualmente attivi, quante UVM sono state istituite, quante di queste usano lo strumento di valutazione multidimensionale previsto) e - le criticità attualmente rilevate che impediscono una fluida presa in carico dell'utenza
- E' necessario indicare impegni precisi, quali la cessazione completa di tutti i ricoveri ospedalieri entro il 2013 nei piccoli ospedali oggetto di riconversione;
- Il programma non fa riferimento al completamento del processo di riconversione, mentre si prevede il potenziamento della residenzialità e l'implementazione dei CAPT attivi per 12ore die, e un generale potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata, senza puntualizzare come si intende realizzare tali obiettivi e con quale cronoprogramma.

P 14.4) Rete di Terapia del dolore, Rete di Cure palliative, Rete di terapia del dolore e cure palliative in età pediatrica

- Il programma risulta carente di dettaglio. E', pertanto, necessario prevedere l'adozione di un provvedimento, per definire le modalità per realizzare le due reti di cure palliative e di terapia del dolore sulla base dei principi e dei criteri di cui all'intesa del 25 luglio 2012.
- Si chiede di integrare il Programma allegando una tabella che indichi le strutture hospice programmate, con relativi p.l., per ciascuna ASP e area territoriale, precisando quali sono già attive.

P14.6) Assistenza specialistica ambulatoriale (riorganizzazione dei laboratori con previsione di forme di accorpamento).

La Regione nel crono programma allegato indica che provvederà ad emanare specifici DDPGR per la riorganizzazione della reti (specialistica ambulatoriale e di laboratorio) pubbliche e private entro il 30/06/2014. Si chiede di integrare il PO con i dati sulla situazione attuale, prevedendo indicatori di risultato che permettano di misurare, in vari step, lo stato di attuazione

della riorganizzazione, con il contestuale accorpamento dei laboratori che erogano un numero esiguo di prestazioni.

PI4.7) Piano regionale di contenimento dei tempi d'attesa, sulla base della normativa vigente, che preveda il monitoraggio dei relativi flussi informativi, anche attraverso il Sistema Tessera

La Regione rinvia a successivi provvedimenti la definizione di un crono programma e la individuazione degli indicatori di struttura e di processo per monitorare l'implementazione concreta sul territorio di quanto programmato, inclusa l'evoluzione del sistema CUP. Tuttavia nel crono programma allegato si prevede di pervenire a questi risultati entro la fine del mese di gennaio 2014. Nel concordare su queste scelte generali si evidenzia che sarebbe opportuno individuare nel PO l'obiettivo e l'indicatore del raggiungimento degli obiettivi di contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni a maggiore diffusione criticità e peso economico.

Si ritiene utile che il paragrafo sia integrato con le indicazioni delle prestazioni traccianti e degli obiettivi che si intende raggiungere nel triennio.

Si ritiene opportuno prevedere attività di verifica e controllo in loco sul rispetto dei tempi di attesa da parte dei nuclei di controllo regionali.

P.14.8.1 Programma delle dipendenze patologiche.

- Si chiede quali siano gli obiettivi e le azioni per il triennio relativi alla implementazione dei servizi dei SERT e quali altri obiettivi specifici si intenda perseguire.
- E' necessario che la regione integri tale azione con:
 - una descrizione dell'attuale rete dei SERT sul territorio, indicandone le eventuali criticità e descrivendo le azioni previste per superarle con relativi indicatori di risultato
 - una tabella dell'attuale offerta di posti letto, anche per minori, nelle strutture extraospedaliere, distinti tra residenziali e semiresidenziali e articolati per intensità assistenziale;
 - il fabbisogno di posti letto per intensità assistenziale
- E' necessario che la regione individui tra gli obiettivi la definizione di tariffe uniformi sul territorio regionale e distinte per intensità assistenziale
- Alcuni indicatori di risultato dovrebbero essere centrati sull'attività dei servizi e sull'utenza assistita, con specifica indicazione di valori standard da raggiungere per ciascuno dei tre anni del piano.

P.14.8.2 Assistenza territoriale Minori.

E' necessario che la regione descriva:

- lo stato attuale della rete dei servizi distrettuali di assistenza ai minori (servizi di neuropsichiatria infantile) evidenziando le eventuali criticità e indicando le azioni previste per superarle con relativi indicatori;
- l'offerta territoriale residenziale e semiresidenziale attualmente disponibile distinta per intensità assistenziale (n. di posti letto)

P.14.8.3 Assistenza territoriale per pazienti psichiatrici.

Si ritiene opportuno che il PO riporti:

- lo stato attuale della rete dei servizi di assistenza ai pazienti psichiatrici, evidenziando le eventuali criticità (è nota la carenza di posti letto in SPDC) e indicando le azioni previste per superarle con relativi indicatori

- l'offerta territoriale residenziale e semiresidenziale attualmente disponibile, distinta per intensità assistenziale
- il fabbisogno di posti letto distinto per intensità assistenziale

Sulla tematica dell'assistenza residenziale per pazienti psichiatrici, si segnala che in data 17 ottobre 2013 la Conferenza Stato Regioni ha sancito accordo sul documento "Le strutture residenziali psichiatriche" che mira a fornire alle regioni indirizzi omogenei per l'assistenza residenziale ai pazienti psichiatrici adulti. E' opportuno che la Regione ne tenga conto nell'approvazione delle Linee guida regionali Salute mentale.

E' inoltre necessario che la regione individui tra gli obiettivi la definizione di tariffe uniformi sul territorio e distinte per intensità assistenziale

P14.9) Strumenti di valutazione multidimensionali standardizzati per anziani e disabili.

Il paragrafo presenta elementi poca chiarezza.

- Si chiede che la Regione definisca in modo puntuale i risultati che intende raggiungere nel triennio (ad esempio quali PDTA intende attivare, la percentuale di soggetti anziani valutata con schede SVAMA rispetto al numero da anziani presi in carico per singolo anno, ecc.).
- Si evidenzia che nessuno tra gli indicatori proposti nelle schede riassuntive delle azioni di programma (pag. 13 dell'allegato), monitora l'utilizzo delle schede di valutazione SVAMDI per la valutazione dei soggetti disabili, che invece risulta tra gli obiettivi previsti nel programma in oggetto.
- Tra gli obiettivi per il triennio, si prevede di uniformare le procedure di presa in carico "degli anziani e dei disabili" ma quando si entra nello specifico con riguardo all'adozione di strumenti standardizzati e di schede di valutazione si fa riferimento esclusivamente ai disabili. E' quindi necessario che la Regione fornisca chiarimenti sul punto e precisi gli obiettivi e le azioni per uniformare le procedure di presa in carico degli anziani (nei diversi setting domiciliare e residenziale) e garantire l'utilizzo corrente degli strumenti specifici di valutazione multidimensionale dell'anziano.
- Inoltre è indispensabile che la Regione riveda la tempistica per la realizzazione delle azioni di miglioramento, prevedendone la conclusione **entro il 2014**. Si ricorda, in proposito, che l'utilizzo routinario della scheda standardizzata di valutazione multidimensionale per i disabili rappresenta da anni uno degli adempimenti verificati dal Comitato Lea.

P14.10) Progettazione e realizzazione di una Rete Regionale Sperimentale di Case della Salute.

- E' necessario che la Regione chiarisca le modalità di coordinamento tra i servizi territoriali afferenti ai CAPT, i servizi distrettuali e i servizi attivabili nelle costituenti Case della Salute, chiarendo, per queste ultime, lo stato attuale di implementazione.

k. Rete dell'emergenza-urgenza (Programma 15)

P15.1) Ridefinizione della rete nelle sue componenti territoriale ed ospedaliera; P15.2)

Presenza di modalità di coordinamento dell'Emergenza a livello Regionale ed Inter-Regionale

- E' necessario, che la regione espliciti in modo puntuale lo stato dell'arte degli interventi fino ad oggi attuati, oltre a quelli programmati, le cui scadenze, peraltro, sono eccessivamente dilatate nel tempo. E' assolutamente necessario che il programma sia integrato con strumenti/indicatori per monitorare l'attuazione di quanto previsto e il concreto funzionamento della rete.

- Si chiede inoltre che nel PO venga definitivamente chiarita la **programmazione regionale in ordine ai PPI**, tenendo in considerazione le indicazioni nazionali sugli standard relativi all'assistenza ospedaliera nonché quanto già contenuto nell'intesa stato Regioni del 7 febbraio 2013. E' fondamentale chiarire il rapporto dei PPI con la rete dell'emergenza. La costituzione di un Punto di Primo Intervento (PPI) nella sede di un ex Ospedale può consentire una graduale transizione, rendendo meglio comprensibile da parte della popolazione il processo di trasformazione in atto; è, tuttavia, necessario che questa fase sia transitoria. Non è possibile affrontare in sicurezza le emergenze più complesse, che richiedono tecnologie complesse e soprattutto competenze specialistiche integrate. La permanenza di PPI al di fuori delle collocazioni previste nella rete emergenza, costituisce quindi un rischio non accettabile per la popolazione. Le sedi delle Case della Salute e/o dei CAPT potranno invece ospitare un punto di primo intervento (cosiddetto extraospedaliero) che può essere costituito da una posizione con mezzo di soccorso avanzato, ove previsto dalla rete emergenza, in modo da trasferire il paziente che necessita di cure ospedaliere urgenti, presso la struttura adeguata per il bisogno di salute presentato.

l. Sanità penitenziaria (Programma 16)

Si chiede di reinserire nuovamente i crono programmi a) e b) del programma 16 del PO prot. 305/13 che costituivano elementi di rilievo nella programmazione nel monitoraggio delle azioni previste dal Programma operativo.

m. Rischio clinico (Programma 18)

Il programma non appare coerente con il crono programma, ma sembra riferirsi alla precedente versione del PO.

- Riguardo alla tempistica di attuazione delle azioni si rileva, comunque, che la formulazione e approvazione di un Piano di comunicazione interna ed esterna degli eventi avversi debba essere attuata entro 12 mesi così come il recepimento della raccomandazione n. 14, di cui si può prevedere l'implementazione in tempi più dilatati visto l'adeguamento delle strutture alle indicazioni vincolanti relative alla manipolazione dei farmaci antitumorali.
- Inoltre si ritiene opportuno esplicitare il Monitoraggio da parte della Regione dei Piani di miglioramento attuati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella.
- Riguardo il Piano di formazione regionale si ritiene che lo stesso vada definito in tempi più rapidi di quelli previsti (31/12/2015) con le indicazioni del numero di eventi dedicati da svolgere annualmente; deve essere anche calendarizzata la formazione minima a livello aziendale.

Tavolo e Comitato restano in attesa della nuova bozza di Programma operativo da inviarsi entro il 15 dicembre 2013 che recepisca quanto rappresentato nel presente verbale.

H. VERIFICA DEL PIANO DI RIENTRO 2010-2012

1. FLUSSI INFORMATIVI

Tavolo e Comitato nella riunione del 16 luglio 2013 avevano preso atto di quanto dichiarato dalla struttura commissariale in riferimento all'invio telematico delle ricette da parte dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.

La struttura commissariale ha trasmesso una nota di chiarimenti (prot. 424_13 del 10.10.2013) in risposta.

Con la nota n. 314152 dell'8/10/2013 la regione ha fatto presente, tra l'altro:

- di avere informato i Direttori Generali delle ASL circa le criticità segnalate in merito all'attuazione delle attività inerenti il progetto Tessera Sanitaria (punto 2.1 del verbale della riunione del 16/7/2013).

Al riguardo si prende atto di quanto comunicato e si resta in attesa della risoluzione in concreto delle criticità segnalate. Si rinvia anche al successivo paragrafo dedicato alla verifica adempimenti per gli ulteriori aspetti concernenti l'attuazione del progetto Tessera sanitaria.

- **Circa le liste di attesa si rinvia al parere di cui al prot. 449/2013.**

È stato inoltre trasmesso il **Decreto n. 117/13** (prot. 353_13 del 01.08.2013) di Recepimento delle Linee guida per la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini – di cui all'Intesa Stato - Regioni del 4 aprile 2012 (Rep. Atti 811CSR del 4 aprile 2012)". Esito parere: Si prende atto

2. ACCREDITAMENTO

Nel corso della precedente riunione Tavolo e Comitato avevano confermato il parere negativo sul Decreto del Commissario ad acta che disciplina le modalità per il rilascio di nuovi provvedimenti di autorizzazione sanitaria all'esercizio. In riferimento all'istituzione della task force per la revisione della normativa regionale dell'accreditamento i Ministeri avevano chiesto di integrare il relativo provvedimento come da indicazioni rese ed erano restati in attesa del redigendo programma operativo.

Non risulta pervenuta documentazione

3. CONTRATTI CON GLI EROGATORI PRIVATI

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 16 luglio 2013 avevano evidenziato diverse osservazioni in relazione alle procedure di definizione dei tetti per le prestazioni socio sanitarie e di specialistica ambulatoriale per l'anno 2013.

La struttura commissariale ha trasmesso:

- una **nota di richiesta di parere** (prot. 354_13 del 01.08.2013) ai Ministeri in riferimento al riconoscimento del pagamento dell'extra budget per prestazioni rese a pazienti extra regionali, all'Istituto S. Anna di Crotona. Esito parere: Si rappresenta l'impossibilità di riconoscere un finanziamento ulteriore alla struttura rispetto al budget concordato con la regione nonché l'impossibilità di riconoscere extra budget per i pazienti fuori regione. Si richiama la struttura commissariale nella sua interezza ad assumere posizioni univoche sulle questioni
- il **Decreto n. 119/13** (prot. 356_13 del 02.08.2013) con il quale ha provveduto a definire il tetto di spesa complessivo per le prestazioni ospedaliere da privato nonché la relativa distribuzione dei tetti di spesa per singola ASP.

Tavolo e Comitato nel rinviare allo specifico parere chiedono che la regione chiarisca:

- *che la quota complessiva destinata all'ospedalità privata per l'anno 2013 non include anche le prestazioni APA e PAC,*
- *a quanto ammonti il budget attribuito alla Fondazione Tommaso Campanella per l'assistenza ospedaliera,*
- *che i budget complessivi relativi all'ospedalità privata per l'anno 2013 non superino l'importo corrispondente alla spesa consuntivata del 2011 (come indicata nel NSIS) ridotta dell'1%, come disposto dall'articolo 15, comma 14 del D.L. 95/2012.*

Chiedono, inoltre, di essere informati circa la sottoscrizione dei contratti da parte degli erogatori privati.

4. TARIFFE

In merito allo schema di decreto di definizione delle tariffe provvisorie per le prestazioni rese dalle strutture di assistenza territoriale extraospedaliera, Tavolo e Comitato avevano valutato negativamente lo schema di decreto.

In merito non risulta pervenuta documentazione

5. PROTOCOLLI DI INTESA CON LE UNIVERSITÀ

Nel corso della Precedente riunione Tavolo e Comitato avevano rilevato che il protocollo d'intesa tra la Regione e l'Università di Catanzaro, in virtù delle diverse strutture coinvolte, fosse rilevante per la riqualificazione del SSR e anche per affrontare la problematica delle aziende ospedaliere presenti nella sola città di Catanzaro-

Non risulta pervenuta documentazione a riguardo.

La struttura commissariale ha trasmesso il **Decreto n. 118/13** (prot. 355_13 del 02.08.2013) di approvazione della convenzione con l'Azienda Policlinico Umberto I per la realizzazione di un programma di trapianto di fegato. Esito parere: *Si esprime parere favorevole al decreto. Si chiede di attivare un monitoraggio relativo agli esiti dei trattamenti e al personale interessato in ordine al quale refertare ai ministeri vigilanti. Si chiede, inoltre, di conoscere la procedura operativa necessaria per la regolamentazione dell'intero percorso*

6. FORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 16 luglio 2013 avevano chiesto alla struttura commissariale di apportare alcune modifiche al Protocollo d'intesa tra Regione Calabria ed Università degli Studi "La Sapienza" di Roma per l'attivazione nelle Aziende Sanitarie Provinciali ed Ospedaliere del S.S.R. dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie.

Non risulta pervenuta documentazione

7. BENI E SERVIZI

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 16 luglio 2013, in riferimento al monitoraggio effettuato su dodici categorie di beni sanitari, la cui economicità dei prezzi è stata confrontata con i parametri delle convenzioni CONSIP, avevano chiesto di essere informati sulle iniziative intraprese dalla struttura commissariale a seguito dei risultati del monitoraggio.

Il Sub commissario Pezzi con la relazione di chiarimenti (prot. 440_13 del 14.10.2013) risponde alle osservazioni dei Ministeri affiancanti, di cui al prot. 409/13P, rispetto all'applicazione delle disposizioni del D.L. 95/12 per la definizione dei tetti per l'acquisto di beni e servizi per l'anno 2012. Nella relazione vengono riportati i chiarimenti rispetto all'adempimento relativo al tasso di crescita del 2% dei costi di produzione. Il Sub commissario, inoltre, prende atto della segnalazione dei Ministeri affiancanti rispetto all'errato riferimento normativo dell' art. 17, comma 1, lettera a), in quanta 10 stesso articolo e da intendersi riferito al D.L. n. 98 del 06 luglio 2011 e non al D.L. n. 95 del 06luglio 2012” e si impegna a tener conto, nella definizione dei tetti 2013, della “risultanza negativa dello sfioramento dei tetti per beni e servizi nell'anno 2012”

8. PERSONALE

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 16 luglio 2013 avevano rilevato che la legge 12/13, relativa all'assunzione e alla stabilizzazione del personale, era in contrasto con il Piano di rientro ed era stata impugnata davanti alla Corte Costituzionale. Per tale ragione avevano

chiesto di attivare la procedura di cui all'art 2 comma 80 della Legge 191/09, nonché la rimozione dal documento Programma Operativo definitivo.

Ad oggi non è pervenuta documentazione in merito all'avvenuto avvio della procedura di cui all'art. 2, comma 80, della Legge 191/2009 .

Successivamente con la nota (prot. 415_13 del 01.10.2013) il Sub commissario Pezzi chiede un parere sulla legittimità del provvedimento (delibera n. 2316 del 3.9.2013 dell'ASP di Cosenza allegata alla nota in oggetto) con il quale sono stati riaperti i termini di un concorso risalente all'anno 2009 riservato al personale interno dell'ASP di Cosenza.

Il Sub commissario, inoltre, fa presente di aver chiesto chiarimenti alla ASP di Cosenza in ordine alla riapertura dei termini del concorso (nota 285552 del 10.09.2013 allegata al protocollo in oggetto).

Successivamente l'ASP di Cosenza con nota 188129 del 16.09.2013 dava riscontro alla richiesta del sub commissario, precisando che:

“• si tratta dello sviluppo professionale di personale amministrativo e tecnico con la carriera ferma da anni;

• non si tratta di nuovi posti in dotazione organica;

• l'attività non produce effetti in termini di spesa per il personale.”

Dall'esame della predetta documentazione emerge quanto segue:

- la citata delibera sarebbe finalizzata esclusivamente alla conclusione di una procedura selettiva interna, mediante riapertura dei termini, per consentire la presentazione delle domande del personale che nel frattempo ha maturato i requisiti richiesti dal bando originario e a quello che, successivamente a tale bando, è transitato nei ruoli della ASP, fermo restando che la valutazione dei curricula resterebbe considerata solo alla data del primo bando;
- il passaggio di qualifica sarebbe finanziato dalle risorse del Fondo di cui all'art. 31 del CCNL 2002/2005;
- in ogni caso, tale procedura, ai sensi delle disposizioni contenute nell'art. 9 del DL 78/2010, avrebbe per il momento effetti solo di carattere giuridico senza alcun aumento stipendiale.

Si rileva che la nota prot. 188129 del 18.9.2013 dell'ASP di Cosenza riporta argomentazioni non congrue in ordine all'espletamento della selezione, con particolare riguardo alle asserzioni riferite al passaggio di categoria *"(...) che avverrà ai soli fini giuridici senza alcun aumento di stipendio"* ed alla circostanza che *"Trattasi, quindi, dello sviluppo professionale del personale amministrativo e tecnico con la carriera ferma da anni, con un contratto fermo dal 2010 e senza alcuna prospettiva di miglioramento (...)"*.

Si osserva che la riapertura dei termini per la presentazione delle domande a favore di coloro i quali hanno nel frattempo raggiunto i requisiti prescritti dalla procedura in parola, invece dell'indizione di una nuova procedura selettiva, non appare rispettosa della normativa vigente in materia. In particolare si segnala che, in numerosi orientamenti applicativi, l'ARAN ha sempre sostenuto, per evidenti motivi di trasparenza e di correttezza, la necessità che i criteri per la realizzazione delle progressioni orizzontali debbano preventivamente (rispetto all'anno stesso) essere conosciute dal personale, in modo da consentire allo stesso l'adozione dei comportamenti ritenuti più opportuni ai fini della valutazione e in modo da consentire agli stessi, in partenza, uguali possibilità di partecipazione. "Diversamente operando, ammettendo cioè una selezione significativamente retroattiva, a parte i dubbi di correttezza di una tale opzione alla luce di quanto sopra detto, si rischia non solo un risultato non effettivamente selettivo ma anche una soluzione che potrebbe essere percepita ed intesa come una discutibile situazione di "sanatoria generalizzata". Infatti, si potrebbe ritenere che la decisione del ricorso ad una progressione economica con efficacia retroattiva trovi la sua giustificazione nella

circostanza che oggetto della valutazione sarebbero comportamenti già tenuti dai lavoratori e, quindi, già conosciuti dal datore di lavoro pubblico, e che, quindi, nel momento di una tale opzione già sarebbero noti i destinatari del beneficio economico di cui si tratta" (rif. sito A.R.A.N.: Orientamenti applicativi - Sistema di classificazione- Progressioni economiche - Caratteristiche, procedura e decorrenza - RAL 270).

Inoltre la riapertura dei termini a distanza di quattro anni dalla indizione delle selezioni interne, violando il principio di parità di trattamento, espone l'Azienda all'instaurarsi di un potenziale contenzioso da parte del personale destinatario ab origine dell'avviso.

Per quanto concerne gli oneri connessi alla trasformazione dei posti in dotazione organica, stante il blocco degli effetti economici disposto dal comma 21 dell'art. 9 del D.L. 78/2010, convertito in L.122/2010, in esito all'eventuale passaggio alla categoria superiore, si conferma l'assenza di spesa fino al 31.12.2013. Va rilevato tuttavia che l'acquisizione della categoria superiore comporta, dalla data di termine degli effetti del predetto blocco, la corresponsione della retribuzione spettante al personale risultato vincitore della selezione di cui trattasi, con conseguente incremento di spesa a carico dell'Azienda Sanitaria Locale, atteso peraltro che lo stipendio base non è finanziato attraverso i fondi contrattuali.

Si condividono, pertanto, le perplessità rappresentate dal Sub-commissario in ordine al possibile mancato rispetto dei vincoli finanziari imposti dal piano di rientro, in quanto il predetto passaggio di qualifica comporterà a regime (quindi nel momento in cui verrà a cessare l'efficacia delle disposizioni contenute nel citato art. 9 del DL 78/2010) un aumento di oneri per spesa di personale non contemplato nel citato Piano di rientro e nel Programma operativo di prosecuzione.

Ciò posto, qualora la Regione ritenesse non esaustive le indicazioni sopra riportate in termini generali, sarebbe utile ricevere la documentazione concernente la contrattazione decentrata del 2009, relativa all'indizione della procedura, e quella del 2013, relativa alla riapertura della medesima procedura, entrambe corredate dalla certificazione del collegio sindacale dell'azienda, ai fini di un eventuale ulteriore approfondimento della questione.

Infine si evidenzia l'art. 52 del D.Lgs. n. 165/2001, comma 1bis, in materia di progressioni del personale dipendente, dispone che "*Le progressioni fra le aree avvengono tramite concorso pubblico, ferma restando la possibilità per l'amministrazione di destinare al personale interno, in possesso dei titoli di studio richiesti per l'accesso dall'esterno, una riserva di posti comunque non superiore al 50 per cento di quelli messi a concorso*".

Pertanto il conferimento della categoria superiore al personale del comparto, ancorché sia rilevante ai soli fini giuridici e con i limiti di cui sopra, è subordinato all'espletamento di una procedura concorsuale con riserva di posti per i candidati esterni e, in seguito all'innovazione introdotta dal D.Lgs 150/2009, è prevista per la categoria DS "*(...) una quota di accesso nel limite complessivo del 50 % da riservare a concorso pubblico sulla base di un corso concorso bandito dalla Scuola superiore della pubblica amministrazione*".

La struttura commissariale ha, altresì, trasmesso le Tabelle B (prot. 431_13 del 14.10.2013) per la rilevazione della consistenza organica e spesa complessiva consuntivo 2012. Si rinvia al paragrafo H della verifica adempimenti

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 16 luglio 2013, in merito al blocco del turn over ricordavano che, a seguito di quanto valutato nella riunione dell'8 aprile 2013, in relazione ai disavanzi sanitari non coperti relativi all'anno 2012 e precedenti in attuazione della procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 era scattata nuovamente la ulteriore maggiorazione delle aliquote fiscali nella misura dello 0,15 e 0,30 per l'anno d'imposta 2013 e vigeva il blocco automatico del turn over fino al 31/12/2015.

A riguardo il Sub commissario Gen. Pezzi ha trasmesso:

- la nota (prot. 362_13 del 28.08.2013) con la quale il Commissario straordinario dell'ASP di Vibo Valentia:
 - *rappresenta le gravi criticità derivanti dalla carenza di personale medico verificatasi nel tempo a causa del blocco del turn over;*
 - *chiede di ottenere una deroga al blocco del turn over, per alcune figure professionali ritenute indispensabili, ai sensi dell'art. 1, comma 23 bis, del D. L. 138/2011 conv. con modo nella Legge 148/2011” Esito parere: Si rinvia al verbale del 16 luglio 2013 e del 7 novembre 2012 per quanto riguarda il parere della Corte dei Conti e a quanto rappresentato con il parere 417P del 2013*
- la nota (prot. 414_13 del 01.10.2013) con la quale il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria “*rappresenta le criticità insorte nell'Azienda a causa del blocco del turn over del personale del ruolo sanitario, disposto, come è noto, dalla legge nazionale, palesando la prospettiva di dover interrompere le attività erogate da alcune unità operative con conseguenze gravissime per lo stato della salute della cittadinanza della provincia e con gravi ripercussioni di ordine pubblico [...]*”

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

Atti aziendali

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 16 luglio 2013, relativamente all'atto Aziendale dell'azienda Ospedaliera di Reggio Calabria, avevano evidenziato che era stato adottato sulla base di linee guida non validate dai ministeri. In riferimento al Decreto n. 97/13 che disciplinava l'aggiornamento delle Linee guida per gli atti aziendali, Tavolo e Comitato ad un primo esame avevano rilevato che l'aggiornamento delle Linee guida rispondevano parzialmente ai rilievi espressi dai Ministeri con i rispettivi pareri.

Non è pervenuta ulteriore documentazione.

Direttore Generale delle aziende sanitarie

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 16 luglio 2013, avevano ribadito il mancato invio di documentazione da parte della struttura commissariale rispetto alla debolezza dell'impianto sanzionatorio per i Direttori generali che effettuano assunzioni in contrasto con il piano di rientro e con la normativa vigente, nonché rispetto alla certificazione dell'avvenuta risoluzione per nullità dei rapporti di lavoro instaurati illegittimamente.

Non risulta pervenuta documentazione

9. PREVENZIONE Sanità veterinaria e sicurezza alimentare

In materia la struttura commissariale ha trasmesso:

- **Decreto n. 98/13** (prot. 313_13 del 10.07.2013) avente ad oggetto: "Approvazione protocollo d'Intesa tra Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno per le attività analitiche regionali di Sicurezza Alimentare di parte SIAN. Esito parere: In istruttoria
- **Decreto n. 101/13** (prot. 334_13 del 29.07.2013) avente ad oggetto: "DPGR n. 118 del 25 novembre 2011-Eradicazione della brucellosi bovina e ovi-caprina, della leucosi e della tubercolosi bovina nella Regione Calabria. Piano di intervento straordinario.- Obiettivo SVET. 1 SVET.2. - Sostituzione ali. "A". Esito parere: Si prende atto e si ribadisce che le

attività connesse all'iniziativa in questione possano essere svolte nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e materiali disponibili a legislazione vigente e compatibilmente con gli obiettivi fissati dal piano di rientro.

- **Decreto n. 102/13** (prot. 335_13 del 29.07.2013) avente ad oggetto: "Piano di Selezione Genetica della popolazione ovina del territorio della Regione Calabria finalizzato alla prevenzione della Scrapie. Obiettivo SVET". Esito parere: ***Si prende atto***
- **Decreto n. 103/13** (prot. 337_13 del 30.07.2013) avente ad oggetto: "Attivazione della rete d'emergenza per la sicurezza degli alimenti e dei mangimi della Regione Calabria, in attuazione dell'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome del 28/2/2008, concernente il Piano di Emergenza Nazionale per la sicurezza degli alimenti e dei mangimi".
- **Decreto n. 104/13** (prot. 338_13 del 30.07.2013) avente ad oggetto: "Linee guida operative per la costituzione di una rete minima d'intervento tesa alla gestione degli spiaggiamenti di fauna acquatica sulle coste della Regione Calabria". Esito parere: ***Si resta in attesa delle modifiche di cui al parere e si sollecita un maggior livello di condivisione con le autorità nazionali***
- **Decreto n. 115/13** (prot. 351_13 del 01.08.2013) avente ad oggetto: "Termine massimo di sospensione volontaria delle attività produttive soggette a Registrazione, Riconoscimento, Autorizzazione Sanitaria, in materia di Sicurezza Alimentare, produzione di mangimi per animali, e altre attività di pertinenza dei servizi SVET e SIAN". Esito parere: ***Si resta in attesa delle modifiche ed integrazioni di cui al parere***
- **Decreto n. 116/13** (prot. 352_13 del 01.08.2013) avente ad oggetto: "Indirizzi attuativi riguardanti il procedimento e l'applicazione delle sanzioni amministrative in materia di igiene e sanità pubblica e veterinaria, igiene degli alimenti, malattie infettive e diffuse, vaccinazioni obbligatorie, prodotti dietetici, cosmesi e prima infanzia - affidamento delega alle Aziende Sanitarie Provinciali delle relative funzioni". Esito parere: ***Si prende atto***
- **Decreto n. 124/13** (prot. 404_13 del 25.09.2013) avente ad oggetto: "Piano Regionale di campionamento degli alimenti di origine animale e vegetale biennio 2013-2014".
- **Decreto n. 125/13** (prot. 405_13 del 25.09.2013) avente ad oggetto: "DPGR n. 165 del 18 settembre 2012: "Procedure per la registrazione delle attività e per il riconoscimento degli stabilimenti del settore alimentare: modifiche ed integrazioni alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 668 del 19 ottobre 2010".
- **Decreto n. 126/13** (prot. 406_13 del 25.09.2013) avente ad oggetto: "Modalità operative per l'esecuzione di audit regionali sui Servizi Veterinari e di Igiene degli Alimenti e Nutrizione afferenti i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Provinciali, ai sensi dell'art. 4 par. 6 del Regolamento (CE) 882/2004". Esito parere: ***Si prende atto***
- **Decreto n. 127/13** (prot. 407_13 del 25.09.2013) avente ad oggetto: "Attribuzione obiettivi strategici per i Servizi Igiene degli Alimenti e della Nutrizione delle Aziende Sanitarie Provinciali Regionali".

Tavolo e Comitato valutano che sebbene la task force veterinaria istituita dalla struttura commissariale a partire dal 2011 abbia prodotto una significativa mole di atti di indirizzo e coordinamento essenziali per avviare il processo di miglioramento necessario per la Regione, si registrano tuttora criticità di natura sistemica, organizzativa e funzionale. Si segnala quindi la necessità di un intervento che vada ancora più in profondità rispetto ai provvedimenti fin ad ora adottati dalla gestione commissariale proseguendo nella elaborazione di procedure documentate, piani di intervento e di quanto occorre per garantire la corretta articolazione e funzionamento dei servizi all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASP da tempo accorpate.

10. OBIETTIVI DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 16 luglio 2013, in riferimento all'attuazione dei progetti con le risorse vincolate degli obiettivi di Piano sanitario nazionale 2012, restavano in attesa della relazione richiesta tramite il sistema documentale.

A riguardo il Commissario ad acta con una nota (prot. 336_13 del 29.07.2013) ha trasmesso *ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, la proposta di DPGR, da sottoporre alla valutazione del competente Ufficio del Ministero della Salute.*"

Il Sub Commissario Pezzi non ha sottoscritto la proposta di DPGR trasmessa, come si evince anche dal prot. 349_13 del 31.07.2013, in quanto non ritiene superate le criticità da lui stesso evidenziate rispetto ai progetti (prot. 117/13).

Il Commissario ad acta, nel dare riscontro alla richiesta dei Ministeri (prot. 328P/13), ha anche trasmesso diversi documenti relativi allo stato di attuazione degli obiettivi di Piano (prot. 341/13).

Tavolo e Comitato, nel rinviare allo specifico parere, restano in attesa della documentazione sottoscritta dalla struttura commissariale nella sua interezza, ribadendo la necessità della coerenza dei progetti con gli obiettivi del Piano di rientro

11. RETI ASSISTENZIALI

Nelle riunioni del 16 luglio 2013 Tavolo e Comitato in riferimento alla riorganizzazione delle reti assistenziali ribadivano nuovamente il mancato invio di un atto complessivo di programmazione che tenesse conto delle indicazioni dei Ministeri e dei pareri espressi.

Non risulta pervenuta documentazione

a. Rete assistenziali per intensità di cure

Nella riunione del 16 luglio 2013, Tavolo e Comitato avevano ribadito la richiesta di ricevere informazioni sull'organizzazione della rete oncologica sulle altre reti di specialità (es. rete del trauma, ictus, ecc.).

Non risulta pervenuta documentazione

b. Rete ospedaliera

Nelle riunioni del 16 luglio 2013 Tavolo e Comitato rimanevano in attesa dell'atto complessivo di programmazione già più volte richiesto e avevano chiesto chiarimenti rispetto: all'accorpamento in unico spoke dei presidi di Castrovillari e Acri, all'assegnazione di 20 posti letto per post acuti alla casa di cura Villa dei Gerani e rispetto al riconoscimento dello status di IRCCS della Casa di cura Istituto Sant'Anna di Crotona.

In materia la struttura commissariale ha trasmesso:

- **Il Decreto n. 105/13** (prot. 339_13 del 30.07.2013) che modifica il DPGR di Istituzione del Registro di Artroprotesi di anca e di ginocchio della Calabria (RIPOC - Registro di Implantologia Protetica della Calabria). Obiettivo: G01.S03. - Modifica". Esito parere: Si prende atto
- **Il Decreto n. 106/13** (prot. 340_13 del 30.07.2013) di autorizzazione e accreditamento di n. 13 posti letto in regime di ricovero ordinario e n. 2 in regime di Day Hospital, per la disciplina di riabilitazione (codice 56), della Casa di Cura "Villa Elisa srl" con sede nel comune di Cinquefrondi Esito parere: Si resta in attesa delle modifiche ed integrazioni di cui al parere 12p/2013

Tavolo e Comitato richiedono, un cruscotto di sintesi con il numero dei posti letto attuali (ordinari e DH) suddivisi per struttura pubblica e privata, per disciplina e con indicazione delle unità operative semplici e complesse che dia evidenza del rispetto a) dei

parametri di cui al documento LEA del 26 marzo 2012, b) dei nuovi standard previsti dall'emanando regolamento di cui alla Legge 135 del 2012.

c. Rete Territoriale - Salute mentale

In merito è pervenuta la seguente documentazione:

- la **Nota di chiarimenti** del Sub Commissario D'ELIA che in risposta al parere 400P/13 trasmette (prot. 425_13 del 10.10.2013) una relazione che descrive le azioni poste in essere dal Dipartimento Tutela della Salute per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di azione della Salute mentale.

- **Il Decreto n. 99/13** (prot. 314_13 del 10.07.2013) che approva il programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. **Esito parere: *Si prende atto e si ricorda la necessità di inserire, nella delibera e nel protocollo d'intesa relative alla materia in questione, una clausola di invarianza secondo cui le attività derivanti dall'attuazione del predetto protocollo d'intesa saranno svolte dalle AA.SS.PP. nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e materiali disponibili a legislazione vigente.***

- **l'integrazione richiesta** dal competente Ufficio del Ministero della Salute rispetto al DPGR CA n. 99 del 9 luglio 2013 (prot. 357_13 del 12.08.2013) al Decreto n. 99/13, in riferimento al programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi della legge 17 febbraio 2012, art. 9, art. 3ter.

d. Rete laboratoristica

Tavolo e Comitato nella riunione del 16 luglio 2013, non essendo pervenuta alcuna documentazione, avevano ribadito la richiesta che la regione adottasse un piano di riorganizzazione dei laboratori pubblici e privati e che recepisce le linee guida nazionali in materia.

Non risulta pervenuta documentazione

e. Rete dell'emergenza-urgenza

Nella riunione del 16 luglio 2013 Tavolo e Comitato avevano evidenziato la necessità di portare a compimento tempestivamente l'attuazione della riorganizzazione dell'emergenza-urgenza.

Non risulta pervenuta documentazione

12. FARMACEUTICA

La Regione ha trasmesso il Decreto n. 114/13 (prot. 350_13 del 01.08.2013) avente ad oggetto: "Approvazione aggiornamento periodico Prontuario Terapeutico Regionale (PTR)". **Esito parere: *Si prende atto (prot. 474_13)***

13. CENTRO TRASFUSIONALE - AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

A seguito delle problematiche verificatesi presso il Centro Trasfusionale dell'AO di Cosenza (decesso di un paziente a seguito di trasfusione) il Sub commissario Pezzi ha trasmesso diverse note (prot. 359, 360, 361, 363, 376 e 391/13) che oltre a rappresentare l'accaduto, con riferimento alla necessità di procedere ad un nuovo incarico per il Direttore del centro Trasfusionale, ha sottoposto alla valutazione del Commissario ad acta la possibilità di:

“disporre l'accoglimento della proposta formulata dal sub Commissario dott. D'Elia, [...] di procedere all'adozione di un comando d'ufficio, in via temporanea, nei confronti del responsabile del Servizio Trasfusionale di Castrovillari, unitamente ad un altro medico e ad un tecnico di laboratorio dello stesso Servizio; [...] in alternativa, procedere al comando/missione,

etc del responsabile per Servizio Trasfusionale dell'AD di Catanzaro o dell'AD di Reggio Calabria per alcuni giorni di ciascuna settimana.”

Esito parere: Si concorda con la proposta dei sub commissari di ricorrere all'istituto del comando e/o della mobilità infraregionale e alla nomina di un soggetto attuatore ex art. 4 dl 159/2007. Si rammenta che nella Regione Calabria vige il blocco totale del turn over fino al 31.12.2015 e si rammenta altresì che per il conferimento dell'incarico di struttura complessa non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'art. 15-septies del D. LGS. 502/1992 e che, in ogni caso, ai sensi dell'art. 15, comma 13, lett. c), del DL 95/2012, non è consentito il conferimento o il rinnovo dei medesimi incarichi di cui all'art. 15-septies fino ad avvenuta realizzazione del processo di riduzione dei posti letto e delle corrispondenti unità operative complesse. Si invita, infine, la struttura commissariale a procedere tempestivamente all'adozione di soluzioni organizzative finalizzate a garantire l'erogazione dei LEA in condizioni di qualità e sicurezza. Si resta in attesa di ricevere l'ulteriore documentazione di cui al parere.

Successivamente con la nota prot. 413_13 del 30.09.2013 il Sub commissario Pezzi evidenzia che *“il direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza chiede nuovamente un incontro urgente con il Centro Regionale Sangue per essere supportato nelle operazioni di chiusura del Centro Trasfusionale. Nel contempo rappresenta di incontrare numerose difficoltà a coordinare ed organizzare i processi di accreditamento secondo le indicazioni degli audit del 17 e 18 luglio e del 12 agosto uu.ss., declinando sin d'ora ogni responsabilità in merito.”*

Quindi con il prot. 428_13 del 11.10.2013 il Sub commissario Pezzi trasmette la **trascrizione dell'audizione** del Direttore Generale dell'AO di Cosenza innanzi alla III Commissione (Salute) del Consiglio Regionale della Calabria e con prot. **444/13** alcuni **articoli di stampa** relativi ai problemi dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza.

Successivamente con prot. **445/13** (integrato con il prot. **448/13**) il Sub commissario Pezzi trasmette le **note** con le quali sollecita la struttura regionale ad *“avviare le procedure dirette alla nomina del nuovo primario del centro in oggetto, avvalendosi dell'istituto del comando o della mobilità infraregionale ed alla nomina di un soggetto attuatore”*.

Da ultimo con prot. **455/13** il Sub commissario Pezzi **comunica** che alla data del 07.11.2013 non risultano assunte iniziative dirette alla nomina di un responsabile del Centro Trasfusionale dell'AO. di Cosenza..

Rinviano al parere 417P/13, Tavolo e Comitato ribadiscono l'importanza di acquisire informazioni dettagliate sulla rete delle attività trasfusionali e circa il ritardo degli interventi necessari per prevenire il ripetersi degli eventi sentinella, interventi che non dipendono solamente dalla nomina del direttore di struttura complessa del Servizio trasfusionale poiché la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti attengono all'organizzazione dell'intera filiera della programmazione sanitaria regionale.

Infatti, dall'analisi dei due eventi sentinella occorsi nella AO di Cosenza emergono diverse problematiche (inadeguatezze nella comunicazione tra operatori sanitari nella gestione del processo assistenziale, nella formazione/addestramento degli operatori sanitari, nelle competenze/o conoscenze degli operatori nonché la violazione di Linee guida).

Inoltre, l'Azienda dichiara (SCHEDA B – Protocollo di monitoraggio degli ES di cui all'Intesa del 20 marzo 2008 e Decreto SIMES 2009) che sono stati elaborati piani di miglioramento previsti dalle indicazioni ministeriali, il cui monitoraggio avviene anche con cadenza mensile. Ad oggi, però, non si hanno informazioni sull'effettiva realizzazione degli interventi dichiarati, né se sia presente un Piano aziendale per la sicurezza dei pazienti (anche in considerazione dell'Intesa del 20 dicembre 2012 che doveva essere recepita dalle Regioni entro il 30 giugno u.s). In sintesi non risultano messe in atto le indicazioni fornite dalla Regione, che risultano copiose e in linea con quelle fornite a livello centrale.

14. FONDAZIONE CAMPANELLA

Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 16 luglio 2013 in merito alle criticità relative alla Fondazione Campanella, avevano rilevato il persistere dei rilievi precedentemente rappresentati, sottolineando la necessità di garantire che le strutture eroganti prestazioni a carico del SSR fossero in possesso dei requisiti specifici previsti dalla normativa e avevano ricordato che eventuali disavanzi della Fondazione Campanella, struttura privata, non avrebbero potuto gravare sul FSR.

Riguardo alla definizione del budget per gli anni 2012 e 2013 della Fondazione Tommaso Campanella, Tavolo e Comitato, avevano rilevato che era opportuno che i tetti venissero definiti in tempi compatibili con un'adeguata programmazione regionale e di non comprendere le motivazioni per cui la definizione del budget della Fondazione, erogatore privato, avvenisse con una procedura differente da quella prevista per gli altri erogatori.

Rispetto al verbale d'intesa tra Regione e università avevano avanzato diverse osservazioni (relative ai profili gestionali, economici e organizzativi).

In relazione alla Fondazione Tommaso Campanella la struttura commissariale ha inviato la seguente documentazione.

- (prot. 389_13 del 11.09.2013) con cui è stato trasmesso il decreto n. 122/2013 di presa d'atto della DGR 677/2013, della ASL di Catanzaro relativa al parere sui requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento della Fondazione Campanella;
- il protocollo (prot. 390_13 del 11.09.2013) di trasmissione del **Decreto 123 del 2012** con il quale il Commissario ad acta "*invita il Consiglio Regionale ad adeguare la legge regionale n. 63/2012 (...) recante "Ridefinizione assetto giuridico della Fondazione Campanella."*
- il protocollo **418/13** di trasmissione del verbale della riunione, convocata presso il Prefetto di Catanzaro, relativa alle problematiche della Fondazione Campanella.

Nel merito si rappresenta quanto segue.

Con il protocollo **389/13** la struttura commissariale ha inviato il decreto n. 122/2013 di presa d'atto della DGR 677/2013 della ASL di Catanzaro relativa al parere sui requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento della Fondazione Campanella. Il provvedimento decreta di "*autorizzare e accreditare la struttura sanitaria privata denominata Fondazione per la ricerca e cura dei Tumori Tommaso Campanella*".

Dal testo del decreto si evince che il Dipartimento della salute della Regione ha invitato l'ASP di Catanzaro a procedere, stante la legge regionale n. 63/2012, alla verifica dei requisiti della Fondazione Campanella.

Successivamente il Direttore Generale dell'ASP di Catanzaro ha recepito, con propria deliberazione, il verbale della Commissione Aziendale competente che "*esprime parere favorevole in ordine al possesso dei requisiti minimi [...] per la Fondazione Campanella*". Nella stessa deliberazione il Direttore generale precisa tuttavia che alcuni rilievi, elencati nella narrativa della DGR, e riguardanti l'igiene e la sicurezza ed il completamento dei lavori relativi al blocco operatorio, dovranno essere trasformati in prescrizioni alla struttura nell'atto regionale di autorizzazione ed accreditamento.

In via preliminare si osserva che la Fondazione Campanella non risulta essere in possesso di precedente autorizzazione ed accreditamento e, pertanto, si chiedono garanzie sul rispetto dell'erogazione dei LEA a tutela dei cittadini in condizioni di sicurezza.

Rispetto alla procedura per l'autorizzazione e l'accreditamento si rappresenta quanto segue.

Il percorso individuato dalla Legge regionale 24/2008 recante "*Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private*" prevede un articolo per l'autorizzazione (art. 3) e un articolo per l'accreditamento (art.11). La normativa regionale prevede che in un primo momento si proceda alla verifica dei requisiti e, se necessario, a dare delle prescrizioni con un tempo massimo per l'attuazione delle stesse. Si rileva che non si può procedere

all'accreditamento in presenza di prescrizioni gravi, quali quelle elencate nel decreto (*“con particolare riferimento agli adempimenti in materia di igiene e sicurezza e di completamento dei lavori inerenti il blocco operatorio che, a parere della Commissione, attualmente inibiscono l'utilizzo delle sale operatorie”*).

Nella deliberazione è precisato che l'autorizzazione e l'accreditamento dovranno essere confermati, con un successivo atto, a seguito dell'esito positivo della verifica da parte della Commissione aziendale sull'attuazione delle prescrizioni entro il 30 settembre 2013. La Commissione dovrà procedere, anche, alla verifica dei requisiti per 4 PL in DH/DS e per l'attività specialistica. La procedura seguita non sembra corretta. Per quanto riguarda la distinzione tra le fasi di autorizzazione ed accreditamento si rinvia a quanto sopra già detto. Relativamente ai PL in DH e l'attività specialistica si chiede di conoscere gli esiti della verifica effettuata dalla Commissione Aziendale per tali attività. Si rileva, inoltre, che il decreto 26/12 prevedeva solo 35 posti letto in regime ordinario per la struttura privata Tommaso Campanella.

Si rileva, in via generale, che le procedure di autorizzazione ed accreditamento delle strutture private sono necessarie per garantire ai cittadini l'erogazione dei LEA nelle condizioni minime di qualità e sicurezza che, in assenza di tali requisiti, non è possibile erogare prestazioni.

Successivamente con il protocollo **390/13** la regione ha inviato il decreto 123 del 2012 con il quale il Commissario ad acta *“invita il Consiglio Regionale ad adeguare la legge regionale n. 63/2012 (...)”*.

Si prende atto della volontà della struttura commissariale di dare risposta ai rilievi ministeriali apportando modifiche alla legge 63/2012. Nel merito, si prende atto della proposta di modifica del comma 4 dell'articolo 1, ma si evidenzia che il personale addetto alle attività che saranno trasferite non potrà essere trasferito dalla Fondazione Campanella alla AOU come già espresso nel parere 114P/2013.

Con le rettifiche apportate all'art. 1, comma 4, della l. 63/2012 si stabilisce il rientro presso l'AOU delle sole attività delle unità operative a direzione universitaria che rientrano tra quelle proprie della AOU e non più il trasferimento delle predette unità operative alla medesima AOU. Si stabilisce, altresì, che tale rientro venga disposto mediante decreto dirigenziale del dirigente generale del Dipartimento della salute.

Al riguardo, nel segnalare che non appare chiaro come possa avvenire il trasferimento alla AOU delle sole attività a direzione universitaria già attribuite a singole strutture della Fondazione, si osserva che nulla viene invece specificato relativamente al personale, sia quello dipendente del SSR che quello assunto dalla Fondazione, in servizio presso le unità operative in parola ed, in particolare, a quello assegnato alle attività sopra richiamate. Si manifesta, pertanto, la necessità che vengano fornite ulteriori approfondite informazioni anche con riferimento a quanto rappresentato sul punto nella relazione allegata alla nota prot. n. 12/SP del 07/02/2013, pag. 5 lettere a) e b) - concernente la legge regionale in questione - che il Presidente della Regione Calabria ha inviato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per gli affari regionali.

A tal fine, si chiede che venga predisposta un'apposita relazione tecnica contenente dettagliati chiarimenti circa le sorti del personale interessato.

Da ultimo la struttura commissariale con il protocollo **418/13** ha inviato il verbale della riunione, convocata presso il Prefetto di Catanzaro, relativa alle problematiche della Fondazione Campanella.

La soluzione proposta nell'intesa con il Prefetto non dà evidenza del rispetto di quanto previsto dall'art 2, comma 5, del D.lgs. 517/99, che dispone: *“Le università concordano altresì con la regione, nell'ambito dei protocolli d'intesa, ogni eventuale utilizzazione, tramite l'azienda di riferimento, di specifiche strutture assistenziali private, purché già accreditate e qualora non*

siano disponibili strutture nell'azienda di riferimento e, in via subordinata, nelle altre strutture pubbliche di cui al comma 4". In merito, infatti, si segnala che seppur non risultano assegnati posti letto oncologici all'AOU Mater Domini, sono assegnati 40 pl oncologici all'Azienda ospedaliera Pugliese Ciaccio. Peraltro si rappresenta che l'individuazione delle strutture in cui si effettuano attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni di didattica e di ricerca deve essere effettuata nell'ambito del protocollo d'intesa che disciplina in modo complessivo e organico tutti i rapporti intercorrenti tra la Regione e Università.

Rispetto all'intesa tra Regione e Università di cui al prot. 287/13, citata nel punto 2 del verbale del Prefetto, si è ancora in attesa dei chiarimenti rispetto alle osservazioni del verbale della riunione di verifica dell'attuazione del Piano di rientro del 16 luglio 2013.

In relazione al punto 2) dell'Intesa che prevede il rientro nella AOU "Mater Domini" delle unità operative non oncologiche a direzione universitaria della Fondazione Campanella e del relativo personale dipendente della Università e della AOU si chiede di fornire una relazione tecnica comprendente un prospetto riportante il numero delle unità di personale coinvolto, distinto per profili e amministrazione di appartenenza e la relativa spesa.

Si evidenzia che in relazione alla volontà di prevedere *"la costituzione da parte della A.O. "Mater Domini", della A.O. "Pugliese- Ciaccio" di Catanzaro, della A.S:P. di Catanzaro, della Regione Calabria e dell'Università Magna Graecia di una società a capitale interamente pubblico retta secondo l'istituto dell' "in house providing"* si rammenta che ai sensi dell'art. 4, comma 9, del DL 95/2012, alle società *in house* si applicano le disposizioni limitative delle assunzioni previste per l'amministrazione controllante e che le risorse finanziarie per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) sono destinate alla tutela della salute.

H. VERIFICA ADEMPIMENTI

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

Anno 2005

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

Anno 2006

La regione risulta ancora inadempiente:

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

Anno 2007

La regione risulta ancora inadempiente:

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

La regione ha risolto i punti: e) erogazione Lea – griglia Lea e m) conferimento dati al SIS.

Anno 2008

La regione risulta ancora inadempiente:

- alla lettera b) in quanto tale adempimento potrà ritenersi superato quando la regione avrà positivamente superato la verifica dell'adempimento b) per l'anno 2010;

- alle lettere c) obblighi informativi - statistici, d) e ak);
- alle lettere l), aa) e ag) in quanto la valutazione legata all'equilibrio di bilancio.

La regione ha risolto i punti: e) erogazione Lea – griglia Lea e m) conferimento dati al SIS.

Anno 2009

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

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

La regione ha risolto i punti: e) erogazione Lea – griglia Lea e m) conferimento dati al SIS.

Anno 2010

Per l'anno 2010 sono presenti le seguenti criticità:

Inadempiente con rinvio al PdR per le lettere:

- b) beni e servizi: si evidenzia che risulta ancora non inviato il provvedimento concernente le sanzioni in materia di acquisto di beni e servizi. Al riguardo si richiama l'attenzione della regione su quanto dettagliatamente riportato e richiesto nel parere 79-P del 16 marzo 2012 e nel verbale del 7 novembre 2012;
- c) obblighi informativi – statistici;
- e) erogazione Lea – griglia Lea;
- l) ripiano superamento tetti farmaceutica:
 - Con riferimento al rispetto dell'adempimento in materia di spesa farmaceutica territoriale (tetto del 13,3%) la regione Calabria ha fatto registrare un livello di spesa pari al 13,97% del livello di finanziamento con uno scostamento dal tetto di 23,186 mln di euro. In ogni caso la regione è adempiente in quanto la quota di compartecipazione alla spesa farmaceutica, pari a 44,303 mln di euro, è superiore al 30% dello scostamento.
 - Con riferimento al rispetto dell'adempimento in materia di spesa farmaceutica ospedaliera (tetto del 2,4%), la regione CALABRIA risulta inadempiente in quanto il livello di spesa per l'anno 2010 è risultato pari al 5,5%. La valutazione di tale superamento è legata all'equilibrio di bilancio;
- y) lea aggiuntivi;
- aa) vincolo di crescita del 2%: valutazione legata all'equilibrio di bilancio;
- ab) certificazioni trimestrali: non risultano pervenute le certificazioni delle aziende
 - I trim: 109, 205 e 915;
 - II trim: 109, 205 e 915;
 - III trim: 109, 205 e 915;
 - IV trim: 109, 205, 915 e 916;
- ad) accantonamenti personale dipendente e convenzionato: si rinvia a quanto richiesto al paragrafo C del verbale della riunione del 4 aprile 2012: *Tavolo e Comitato chiedono alla regione e all'advisor chiarimenti in ordine agli accantonamenti contrattuali in caso di mancata erogazione e conseguente mancato inserimento a costo della relativa indennità di vacanza contrattuale in relazione sia al personale dipendente che al personale convenzionato alla luce delle riclassificazioni operate in sede di aggiornamento dei dati aziendali e riepilogativi regionali relativi al consuntivo 2010 avvenuto dopo la verifica effettuata nel mese di luglio 2011. Ad oggi non risulta pervenuta alcuna documentazione;*
- ae) accordi integrativi con i MMG/PLS: si resta in attesa di ricevere una relazione regionale sull'avvenuta corresponsione **nell'anno 2010**, da parte delle ASL (*Con nota n. 334371/SIAR (prot. 453) del 10/10/2012 la regione ha fatto presente di aver richiesto ai Direttori Generali delle ASP di verificare i dati del Sistema TS circa la percentuale di ricette informatizzate,*

prima della liquidazione della predetta indennità), dell'indennità di informatizzazione per i medici convenzionati, a fronte della verifica del raggiungimento del 70% della stampa informatizzata delle ricette;

- ag) contenimento spesa personale: permangono le criticità di cui al parere 423-P/2012;
- ak) riorganizzazione rete laboratori;
- am) controllo cartelle cliniche;
- az) (attuazione art. 12 Intesa Stato-Regioni 3 dicembre 2009): manca documentazione;
- aaa) (certificazione in merito al blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non obbligatorie): manca documentazione.

La regione ha risolto i punti: m) conferimento dati al SIS e ar) consumi ospedalieri di medicinali.

Anno 2011

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

Inadempiente con rinvio al piano di rientro:

- b) Acquisto di beni e servizi: si ribadiscono le criticità formulate per l'anno 2010 in ordine ai provvedimenti sanzionatori trasmessi dalla regione per gli amministratori inadempienti in materia (cfr. parere 79-P del 16 marzo 2012 e verbale del 7 novembre 2012). L'esito dell'analisi delle schede B è risultato positivo: il 100% dei contratti valutabili utilizzati dalle aziende sanitarie risulta aver rispettato i parametri di qualità/prezzo della Consip. Permane l'inadempienza in attesa di ricevere il provvedimento sanzionatorio di cui sopra.
- c) obblighi informativi – statistici;
- e) erogazione Lea – griglia Lea;
- f) assistenza ospedaliera;
- g) appropriatezza;
- s) assistenza domiciliare e residenziale;
- y) LEA aggiuntivi;
- j), k) e ae) Tessera sanitaria: Verifica nel PdR. In particolare:
 - punto j): ha adempiuto
 - **Ricetta elettronica: risulta circa l'84% di medici invianti al 27/11/2013.** La regione ha sottoscritto con le associazioni di categoria dei medici di base convenzionati il piano di recupero per la trasmissione dei dati delle ricette (cfr. prot. 433/12) ed ha previsto, a partire dal 1/4/2013, l'avvio delle sanzioni previste dai vigenti accordi collettivi nazionali per i medici convenzionati (prot. 81/13). Inoltre con il DPGR n. 141 del 16/10/2013 (prot. 449/13) la regione ha previsto che i Direttori Generali delle ASL/AO obblighino i medici prescrittori ad indicare sulle prestazioni specialistiche la classe di priorità, il quesito diagnostico/diagnosi ed il primo accesso/controllo, provvedendo, in caso di inadempienza, all'applicazione delle previste sanzioni (sia per i medici convenzionati che per gli altri medici);
 - punto k): ha adempiuto;
 - punto ae): verifica piano di rientro: si resta in attesa di ricevere una relazione regionale sull'avvenuta corresponsione **nell'anno 2011**, da parte delle ASL (*Con nota n. 334371/SIAR (prot. 453) del 10/10/2012 la regione ha fatto presente di aver richiesto ai Direttori Generali delle ASP di verificare i dati del Sistema TS circa la percentuale di ricette informatizzate, prima della liquidazione della predetta indennità*), dell'indennità di informatizzazione per i medici convenzionati, a fronte della verifica del raggiungimento del 70% della stampa informatizzata delle ricette;

- aa) vincolo di crescita del 2%: il rispetto è legato al raggiungimento dell'equilibrio economico complessivo;
- ab) certificazioni trimestrali di accompagnamento al conto economico:
 - o I trim: non risultano pervenute le certificazioni delle aziende: 201, 205 e 915;
 - o II trim: non risultano pervenute le certificazioni delle aziende: 205 e 915;
 - o III trim: non risultano pervenute le certificazioni delle aziende: 205 e 915;
 - o IV trim: non risultano pervenute le certificazioni delle aziende: 205 e 915;
- ag) contenimento spesa personale dipendente: permangono le criticità di cui al parere 424-P/2012;
- ah) accreditamento istituzionale;
- ak) riorganizzazione rete dei laboratori;
- am) controllo cartelle cliniche;
- av) acquisizione dati assistenza in emergenza urgenza NSIS-EMUR;
- az) attuazione art. 12 Intesa Stato- Regioni del 3 dicembre 2009: si rimanda alla lettera ag);
- aw) acquisizione dati assistenza di assistenza domiciliare NSIS-SIAD;
- aaa) certificazione in merito al blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non obbligatorie: non risulta pervenuta documentazione;
- aab) verifica dati relativi alla assistenza per la salute mentale NSIS - SISM;
- aag) emergenza-urgenza.

La regione ha risolto i punti: c) obblighi informativi – economici, m) conferimento dati al SIS, n) contabilità analitica e ax) acquisizione dati di assistenza residenziale e semiresidenziale NSIS-FAR.

Anno 2012

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

- adempimento Tessera sanitaria, punti j), k) e ae): Verifica nel PdR. In particolare:
 - o punto j) monitoraggio prescrizioni: Verifica Piano Di Rientro
 - o **Qualità dei dati di trasmissione:** si rileva la criticità del basso invio delle ricette di specialistica nonché errori nella trasmissione delle medesime ricette di specialistica (ticket e importo prestazioni).
 - o **Utilizzo cruscotto TS: criticità** In merito all'utilizzo da parte delle ASL dei dati TS ai fini del monitoraggio degli indicatori di **farmaceutica** (consumi, appropriatezza prescrittiva, indicatori AIFA) e di **specialistica** (verifica dei budget delle strutture private, appropriatezza prescrittiva, esenzioni da reddito) nel **2013 risulta un basso numero di accessi** effettuati.
 - o **Esenzioni da reddito:** Si resta in attesa di riscontro circa il recupero della criticità inerente le ricette in esenzione per reddito (circa il 7%) assegnate ad assistiti non ricompresi negli elenchi di cui al DM 11/12/2009 nonché gli esiti delle attività circa il controllo delle autocertificazioni rese dagli assistiti nel corso dell'anno 2011.
 - o **Ricetta elettronica:** la percentuale dei medici invianti i dati delle ricette risulta invariata e pari a circa l'**84%** dei medici.
 - Si resta in attesa di una relazione regionale circa il superamento delle criticità inerenti il restante 16% dei medici non invianti, anche tenuto conto che la regione ha previsto, a partire dal 1/4/2013, l'avvio delle sanzioni previste dai vigenti accordi collettivi nazionali per i medici convenzionati (cfr. nota regionale n. 62258 del 21/2/2013 (prot. N. 81/2013)).

- Circa poi la qualità delle informazioni trasmesse si resta in attesa della verifica in concreto del superamento delle criticità rilevate (con particolare riferimento alla mancata trasmissione del codice diagnosi), anche tenuto conto delle iniziative regionali di cui al DPGR n. 141 del 16/10/2013 (prot. 449/13) concernente gli obblighi di indicazione della classe di priorità, del quesito diagnostico/diagnosi e del primo accesso/controllo previsti per i medici prescrittori e l'applicazione, in caso di inadempienza delle previste sanzioni (sia per i medici convenzionati che per gli altri medici).
- **De-materializzazione ricetta:** Si resta in attesa di ricevere una relazione regionale circa lo stato di avanzamento delle attività che risultano in ritardo rispetto al piano delle attività convenuto (cfr. nota RGS n. 86393 del 16/10/2012) . In particolare, come già segnalato (cfr. prot 276/13), si resta in attesa di ricevere lo stato di avanzamento ed il relativo crono-programma delle attività regionali di aggiornamento dei sistemi informativi dei medici specialisti nonché, per quanto attiene la farmaceutica, il crono-programma di recupero delle attività;
 - punto k) ricettari: ha adempiuto;
 - punto ae) accordi integrativi con i MMG e PLS, Verifica Piano di Rientro:
 - si resta in attesa di ricevere una relazione regionale sull'avvenuta corresponsione **nell'anno 2012**, da parte delle ASL (*Con nota n. 334371/SIAR (prot. 453) del 10/10/2012 la regione ha fatto presente di aver richiesto ai Direttori Generali delle ASP di verificare i dati del Sistema TS circa la percentuale di ricette informatizzate, prima della liquidazione della predetta indennità*), dell'indennità di informatizzazione per i medici convenzionati, a fronte della verifica del raggiungimento del 70% della stampa informatizzata delle ricette;
- adempimento l) ripiano superamento tetti spesa farmaceutica: con riferimento al rispetto dell'adempimento in materia di spesa farmaceutica territoriale (tetto del 13,1%) la Regione Molise risulta **adempiente** avendo fatto registrare un livello di spesa, nell'anno 2012, pari al 13,1% del finanziamento.
Con riferimento al rispetto dell'adempimento in materia di spesa farmaceutica ospedaliera (tetto del 2,4%), la **Regione Calabria** risulta **inadempiente** in quanto il livello di spesa per l'anno 2012 è risultato pari al 4,6%.
Si fa comunque presente che la regione non è tenuta al ripiano dello sforamento qualora abbia fatto registrare l'equilibrio economico complessivo;
- aa) vincolo di crescita del 2%: la regione non ha rispettato il previsto vincolo di spesa. L'adempienza è legata al raggiungimento dell'equilibrio economico complessivo;
- ab) certificazioni trimestrali di accompagnamento al conto economico:
 - I trim: non risultano pervenute le certificazioni delle aziende 205 e 915;
 - II trim: non risultano pervenute le certificazioni delle aziende 205 e 915;
 - III trim: non risultano pervenute le certificazioni delle aziende 205 e 915;
 - IV trim: non risultano pervenute le certificazioni delle aziende 205 e 915;
- ag) contenimento spesa personale dipendente: con il protocollo 433/2013 la regione ha inviato le tabelle relative alla rilevazione delle spese per il personale dell'anno 2012, dalle quali si evince una spesa complessiva lorda pari a circa 1.286,7 mln di euro ed una spesa complessiva al netto dei rinnovi contrattuali pari a 1.113,5 mln di euro, mentre l'indennità De Maria è pari a 1,240 mln di euro.

Dalla tabella A relativa alla spesa 2004, trasmessa dalla regione con prot. 208/2010, emerge per tale anno una spesa complessiva di 1.132 mln di euro circa e 1 mln di euro per indennità De Maria per un totale di 1.133 mln di euro che diminuito del 1,4% determina un limite di spesa pari ad € 1.117 mln di euro.

Al riguardo, ai fini di una valutazione circa il rispetto dell'obiettivo di contenimento della spesa previsto dall'art. 2, comma 71 della legge 191/2009 per l'anno 2012, si richiedono chiarimenti in ordine ai seguenti punti:

- da una estrapolazione dei dati desumibili dal Conto annuale risulta che la spesa totale del personale del SSR relativa al 2012, comprensiva dell'indennità De Maria, ammonta ad € 1.263,9 mln di euro;
- non risulta chiaro a cosa sia correlata la differenza tra spesa al lordo e al netto degli oneri contrattuali, atteso il vigente blocco della contrattazione.

CONCLUSIONI

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

- **prendono atto della nomina del nuovo Sub commissario dott. Andrea Urbani preposto all'attuazione dei punti 2), 5), 6), 8), 9), 10) e 12) del mandato Commissariale intendendosi gli stessi aggiornati in funzione delle esigenze che si manifestano in sede di attuazione del Piano di rientro e dei Programmi operativi di prosecuzione dello stesso;**
- **con riferimento alle risorse FAS, nel restare in attesa di aggiornamenti in merito, confermano la valutazione operata nella riunione del 23 luglio 2012 e l'esigenza di copertura del debito al 31/12/2007 di 110 mln di euro, nel presupposto che le risorse FAS siano interamente disponibili nell'importo di 578 mln di euro valutati nella predetta riunione;**
- **in merito al debito relativo all'anno 2008, prendono atto di quanto comunicato che evidenzia una esigenza di copertura di 88 mln di euro;**
- **in merito alla ricognizione della situazione economico patrimoniale pregressa relativa al periodo 2001-2011 restano in attesa della relazione regionale in merito alle criticità rilevate al fine di convocare una riunione tematica in merito;**
- **in merito agli adempimenti di cui al DL 35/2013 restano in attesa degli ulteriori elementi di valutazione in relazione alla società Fincalabra e all'organizzazione delle risorse delle aziende sanitarie preposte ai pagamenti del debito;**
- **nel prendere atto che il processo di elaborazione del Bilancio consolidato del SSR è impedito non da cause attribuibili agli uffici regionali ma al mancato invio dei bilanci d'esercizio di alcune aziende sanitarie, ribadiscono la richiesta di conoscere i provvedimenti che la struttura commissariale intende assumere nei confronti dei Direttori generali che non si adoperano per assicurare il puntuale assolvimento delle funzioni dirigenziali connesse agli adempimenti in tema di bilancio d'esercizio, sia in termini di retribuzione di risultato, sia, eventualmente, in termini di verifica della capacità di adempiere alle proprie funzioni di governo.**
- **alla data odierna, in considerazione della rideterminazione dell'esigenza di copertura relativa all'anno 2008, sulla base delle analisi condotte, valutano fino al 31/12/2012 il permanere di un debito non coperto di 224,820 mln di euro, scontando l'accesso alle risorse FAS per 578 mln di euro che al momento attuale non sono disponibili e sono vincolate alla riprogrammazione del "Piano Sud", ancora non documentata.**

Tavolo e Comitato evidenziano che i predetti 224,820 mln di euro sono inoltre al netto degli ulteriori oneri relativi agli ammortamenti non sterilizzati degli anni pregressi e delle ulteriori valutazioni che sono oggetto della specifica ricognizione economico patrimoniale relativa al periodo 2001-2011, richiesta dal Tavolo e Comitato, che è tuttora in corso di valutazione.

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

- in ordine all'andamento dei conti del II trimestre 2013 l'advisor stima il profilarsi di un disavanzo prima delle coperture di 76 mln di euro;
- osservano 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.

- in relazione allo schema di Programma operativo 2013-2015 ritengono che la regione debba integrare il Programma Operativo 2013-2015 con le prescrizioni indicate nel presente verbale, e nello specifico del programma 1 Governance rappresentano come la bozza di Programma operativo preveda che il Dipartimento regionale sovrintenda all'attuazione del Programma operativo stesso.

Fanno presente che la Calabria è una regione in Piano di rientro e che è attualmente commissariata. Pertanto l'attuazione del Piano di rientro, ovvero dei Programmi operativi di prosecuzione dello stesso sono specifico obiettivo del commissario e dei sub commissari che lo affiancano, in coerenza con il mandato commissariale del 30 luglio 2010 e in coerenza con la legislazione vigente (art. 2, comma 88, della legge 191/2009 che parla espressamente di prosecuzione dei piani di rientro mediante programmi operativi e di mantenimento della gestione commissariale e delle azioni di supporto contabile).

Pertanto la bozza di Programma operativo inviata deve essere emendata nel senso di esplicitare che il Commissario e i subcommissari sovrintendono all'attuazione del Programma operativo e che il Dipartimento regionale è struttura di supporto alla gestione commissariale per la realizzazione degli interventi previsti dal Programma operativo.

Si resta in attesa della nuova bozza di Programma operativo da inviarsi entro il 15 dicembre 2013.

- con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro 2010-2012:
 - o restano in attesa di chiarimenti rispetto alle procedure di definizione dei tetti per le prestazioni di assistenza ospedaliera, nonché di essere informati circa la sottoscrizione dei contratti da parte degli erogatori privati;

- ⊖ restano in attesa di un cruscotto di sintesi con il numero dei posti letto attuali (ordinari e DH) suddivisi per struttura pubblica e privata, per disciplina e con indicazione delle unità operative semplici e complesse;
- ⊖ ribadiscono la necessità di procedere con la riorganizzazione delle attività distrettuali, delle rete dell'Emergenza-urgenza, nonché delle reti tempo-dipendenti;
 - ribadiscono l'importanza di acquisire informazioni dettagliate sulla rete delle attività trasfusionali e sul ritardo degli interventi necessari per prevenire il ripetersi di eventi avversi quali quelli verificatisi nella AO di Cosenza;
 - ribadiscono la necessità della risoluzione delle problematiche della Fondazione Campanella relative al personale, all'accreditamento e ai rapporti con l'AOU.
- in merito alle gravi criticità sui LEA riscontrate anche nella riunione del 16 luglio 2013, si ritiene che nonostante le condizioni ambientali difficili, anche in termini di coordinamento con le strutture regionali, e considerando la situazione in cui la regione Calabria versava prima del Piano di rientro, si sia registrato qualche risultato positivo, che necessita di essere consolidato, poiché alcuni livelli di assistenza sono ancora erogati in maniera difforme sul territorio e con margini miglioramento in termini di efficienza e appropriatezza;
- valutano ancora non conclusa la verifica adempimenti per gli anni 2011 e precedenti. Rilevano il ritardo nella trasmissione della documentazione relativa alla verifica adempimenti 2012.