



REGIONE CALABRIA
Giunta Regionale

1. IL DISAVANZO DEL S.S.R. PER L'ANNO 2008.

§ 1.1. Le risultanze del tavolo tecnico di verifica del 19 marzo 2009.

Nel tavolo tecnico di verifica tenutosi presso il Ministero dell'Economia e delle finanze il 19 marzo 2009, presente anche l'*advisor* K.P.M.G., è stato determinato un disavanzo del sistema sanitario regionale, per l'annualità 2008, pari complessivamente ad euro 322,685 Mln.

Tale valore, certamente spropositato, necessita tuttavia di alcune precisazioni.

Esso, invero, si compone di due macro-voci:

a) per circa 124 Mln di euro, il valore è riferibile a perdite consolidate dell'esercizio 2008, determinate sulla base dei conti economici del quarto trimestre, considerando la copertura, con risorse proprie della Regione, pari a circa 35 Mln di euro, rappresentata nel preconsuntivo 2008.

Solo a titolo di informazione, si precisa che il dato di perdita effettiva per il 2008 è stato ulteriormente rivisto e rideterminato ad oggi in **112 Mln di euro**, sempre al netto dei 35 Mln di copertura.

Tale minore debito non è stato ancora riportato nei modelli CE 00 e quindi nel modello 99, in quanto è in corso un ulteriore approfondimento contabile, con l'ausilio dell'*advisor*, in quanto, nei 112 Mln di euro, sono compresi sia l'importo della rata e degli interessi per l'operazione Farmafactoring-Deutsche Bank (che, come anche di seguito esplicitato, non appare corretto, in quanto sono state contabilizzate nel conto economico le quote capitali, che invece devono essere poste nello stato patrimoniale, a detrazione del debito), sia altre poste passive ancora da verificare, quali le rettifiche scaturite dalla procedura di ascolto dei fornitori effettuata dalle Aziende, su indicazione dell'Ufficio del Commissario delegato per l'emergenza;

b) per circa 198 Mln di euro (importo rideterminato al 25 marzo 2009, dal settore finanziario del Dipartimento Tutela della salute, in **181 Mln di euro**), il disavanzo 2008 è invece dovuto alla contabilizzazione da parte delle Aziende, nell'esercizio 2007, di sopravvenienze passive e/o insussistenze attive per ben 123,6 Mln di euro, oltre a fondi rischi ed altri accantonamenti.

In particolare, per l'anno 2007 si è verificato che, nonostante nel maggio 2008, con una manovra straordinaria di rientro per circa 116,5 Mln di euro, il Presidente della Giunta regionale (nella qualità di Commissario *ad acta* ex art. 1 D.L. 20 marzo 2007 n. 23) avesse provveduto al

ripiano dell'intero disavanzo risultante dai dati del quarto monitoraggio – come certificato dal Tavolo di verifica per il 2007 –, in sede di approvazione dei bilanci, le Aziende abbiano continuato a registrare passività, emergenti da un'attività di ascolto dei creditori, promossa dall'Ufficio del Commissario delegato per l'emergenza socio-economico-sanitaria ed intrapresa per il tramite del Soggetto attuatore prof. avv. Ettore Jorio.

Tali nuove iscrizioni, pertanto, non solo non si riferiscono (salvo che per artificio contabile) a perdite di competenza dell'anno 2007, ma, nella realtà, espongono debiti spesso aleatori ovvero accantonamenti per partite contabili tuttora per buona parte incerte, essendo in *itinere* le procedure di verifica per l'esatta quantificazione e per il riconoscimento formale.

Per dirlo in altre – e più franche – parole: l'affrettato e non uniforme recepimento delle procedure disposte dall'organo commissariale dello Stato, da parte delle singole Aziende, nel breve lasso di tempo intercorso tra la chiusura dei conti economici del quarto trimestre e la formazione del bilancio consuntivo 2007, ha finito per aggiungere instabilità e confusione, in una macchina già disorganizzata e poco efficiente.

Non troverebbero, altrimenti, spiegazione le energiche osservazioni mosse da alcuni collegi sindacali, circa la correttezza e la ragionevolezza (*e non per pochi spiccioli!*) dell'entità dei debiti e degli accantonamenti esposti nei bilanci degli esercizi chiusi al 31 dicembre 2007.

Solo a titolo esemplificativo:

- il collegio sindacale dell'Azienda ospedaliera Pugliese-Ciaccio di Catanzaro ha mostrato perplessità su alcune rettifiche extracontabili apportate al bilancio di esercizio 2007, che hanno fatto lievitare la perdita da circa 6 Mln a circa 49 Mln di euro;
- il collegio sindacale dell'ASP di Cosenza ha trasmesso, solo in data 7 aprile 2009 (e dopo reiterate richieste), il verbale riferito al bilancio di esercizio 2007, esprimendo su di esso molteplici perplessità su alcune poste contabili, definite “*non tipiche dell'attività*”, rilevando in specie la mancanza di una puntuale definizione dei criteri a fronte dei quali l'Azienda ha operato circa 53 Mln di euro di accantonamenti per rischi ed oneri, nonché stigmatizzando la presenza in bilancio di circa 37 Mln di euro di debiti non validati dalla procedura d'ascolto e di circa 38 Mln di euro di debiti verso fornitori che non hanno aderito alla detta procedura.

A quanto sopra, si aggiunga che:

- ad oggi, il collegio sindacale dell'ASP di Reggio Calabria (commissariata da un anno per infiltrazioni mafiose, con decreto del Capo dello Stato), nonostante i solleciti del Dipartimento regionale, non ha ancora espresso parere in ordine al bilancio 2007 delle ex AA.SS.LL. di Palmi e Reggio Calabria, che pure chiudono con pesanti passività;

- l'*advisor* K.P.M.G. ha segnalato che il trattamento contabile dell'operazione finanziaria realizzata nel 2005 (mediante la quale sono stati ceduti da Farmafactoring a Deutsche Bank Luxembourg S.A. i crediti vantati verso le Aziende sanitarie, previo impegno della Regione a pagare per conto delle Aziende le rate del relativo piano di ammortamento), non è stato correttamente definito e disciplinato. Conseguentemente, risultano necessari i dovuti approfondimenti volti a quantificare in via definitiva gli impatti economici e patrimoniali di tale operazione sui conti del SSR, mentre, da una prima disamina effettuata, appare possibile quantificare, in via del tutto provvisoria, al riguardo del solo impatto economico dell'operazione sull'esercizio 2007, in 18,5 Mln di euro, i minori costi di competenza (dovuti all'errata imputazione a costo delle quote capitale pagate nello stesso esercizio) ed in 3,7 Mln di euro i maggiori costi per sopravvenienze passive, relative alle quote interessi 2005 e 2006, non precedentemente contabilizzate. E' appena il caso di rammentare che la puntuale ricognizione del trattamento contabile dell'operazione finanziaria in questione (ammontante a complessivi 95 Mln di euro in linea capitale e 10 Mln di euro in linea interessi) è quanto mai necessaria, per gli impatti che potrebbe generare sull'entità del debito del SSR e conseguentemente sulla relativa posizione finanziaria netta.

Anche per questo, per come si dirà nel prosieguo, la Regione Calabria intende inserire le partite iscritte nel 2007 all'interno dello *stock* del debito da ripianare con l'accordo per il rientro complessivo dai disavanzi.

Il riferimento, sopra effettuato, all'ASP di Reggio Calabria, inserisce comunque un ulteriore elemento da tenere ben presente nell'esame della vicenda della sanità calabrese, costituito dalla presenza, sul territorio, di pervasive forme di condizionamento mafioso, nei cui confronti la Regione è impotente, riguardando l'aspetto della tutela dell'ordine pubblico e che, solo nella settimana trascorsa, si sono manifestate con due spietati episodi criminali (il tentato omicidio del direttore sanitario dell'ASP di Vibo Valentia ed un attentato incendiario in danno di un medico di base).

Ai fini della presente relazione, appare comunque utile precisare che, per quanto riguarda la sanità territoriale dell'intera provincia di Reggio Calabria (le ex AA.SS.LL. di Reggio Calabria, Palmi e Locri, laddove si registrano le maggiori passività e le più elevate criticità a livello contabile ed amministrativo), da lungo tempo, tutti i poteri gestori sono stati, o si trovano ancora, attribuiti non alla Regione, ma a gestioni commissariali straordinarie nominate dal Governo.

§ 1.2. I provvedimenti conseguenti al Tavolo tecnico del 19 marzo 2009.

Nella seduta del 31 marzo 2009, il Presidente della Giunta regionale ha presentato un primo pacchetto di provvedimenti urgenti, tutti approvati dal Governo regionale, tra i quali:

- la deliberazione n. 140/2009, avente ad oggetto “*Deficit storico del servizio sanitario regionale e disavanzo di esercizio del 2008. Provvedimenti e proposta di legge regionale*”;

- la deliberazione n. 142/2009, avente ad oggetto “*Stazione unica appaltante – approvazione del regolamento di organizzazione – primi indirizzi operativi*”.

La deliberazione n. 140/2009 – che è il provvedimento di maggiore interesse – contiene, in particolare, una serie di elementi qualificanti dell’indirizzo politico del Governo regionale.

In primo luogo, viene avanzata, al Consiglio regionale, una **proposta di legge**, intitolata “*Ripiano del disavanzo di esercizio per l’anno 2008 ed accordo con lo Stato per il rientro dai disavanzi del servizio sanitario regionale*”.

La proposta di legge (che, a seguito di decisione della Conferenza dei Presidenti dei gruppi consiliari, sarà trattata il prossimo 23 aprile), all’art. 1 prevede l’autorizzazione alla Giunta regionale a provvedere, con proprio atto, alla copertura del disavanzo dell’esercizio consolidato per l’anno 2008, per come emerso dei conti economici del quarto trimestre, secondo le seguenti modalità:

a) quanto al disavanzo strettamente imputabile all’esercizio finanziario 2008, mediante il gettito derivante dall’incremento, per l’anno 2009, nella misura massima consentita, dell’addizionale regionale all’imposta sul reddito delle persone fisiche e dell’aliquota dell’imposta regionale sulle attività produttive e mediante ogni altra risorsa, individuata e ritenuta necessaria dalla stessa Giunta regionale;

b) quanto al disavanzo riveniente dalle sopravvenienze passive e dagli accantonamenti iscritti nell’esercizio 2007, nell’ambito della complessiva manovra di rientro dal *deficit* dal 2001 in avanti.

La determinazione di estendere la proposta di accordo per il rientro (di cui all’art. 1, comma 180, L. 311/2004) al periodo antecedente al 31 dicembre 2007 discende dalla *consecutio temporum* degli accadimenti e risponde alla logica della lettera d’intenti firmata nel marzo 2008, dai Ministri della Salute e dell’Economia e delle finanze, unitamente al Presidente della Giunta regionale, successivamente agli approfondimenti tecnici del Tavolo di verifica del 12 febbraio 2008.

Invero, nella detta lettera d’intenti si è stabilito di soprassedere rispetto proposta di accordo avanzata dalla Regione Calabria per il rientro dal *deficit* anteriore al 31 dicembre 2006, in attesa della ricognizione sullo stato dei conti e della verifica sull’adeguatezza delle strutture e dei

procedimenti amministrativo-contabili, da eseguirsi con l'ausilio di un *advisor*, designato dal Ministero dell'Economia e finanze e contrattualizzato a carico della Regione.

Tuttavia, tale designazione (in favore di K.P.M.G. Advisory s.p.a.) è avvenuta a distanza di ben sei mesi dall'intesa, con nota della Ragioneria generale dello Stato del 25 settembre 2008 n. 113156 e, pertanto, solo a partire da quel momento, con deliberazioni del 6 ottobre 2008 n. 730 e del 27 ottobre 2008 n. 788, la Giunta regionale ha potuto conferire l'incarico all'*advisor*, dando mandato al Dipartimento Tutela della salute per la stipula del relativo contratto.

Il ritardo nella affiancamento dell'*advisor* – verosimilmente dovuto al cambio di Governo dopo le elezioni nazionali del 2008 e, quindi, certamente non imputabile alla Regione –, unitamente alle criticità illustrate al § 1.1, lett. b), hanno perciò reso necessario includere nella pianificazione del rientro, insieme al 2006 (già contenuto nella lettera d'intenti), anche il 2007, oramai concluso.

Per altro, com'è noto, nelle more della designazione dell'*advisor*, le azioni di ricognizione e verifica previste dalla lettera d'intenti del marzo 2008, afferendo ad uno dei temi più sensibili dello stato di emergenza dichiarato, sono state avviate e gestite nell'ambito dei poteri emergenziali del Commissario delegato di Protezione civile, attraverso le iniziative di un soggetto attuatore (il predetto prof. Iorio), nominato d'intesa con il Dipartimento della Protezione civile presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

La proposta di legge, all'art. 2, assegna alla Giunta regionale il potere di adottare ogni e qualsiasi atto necessario volto alla stipula ed attuazione dell'accordo con lo Stato per il rientro dai disavanzi del servizio sanitario, operando anche per stralci o per avanzamenti periodici (secondo quanto suggerito nell'incontro con il Ministro on. Sacconi ed il Sottosegretario on. Fazio, del 3 marzo u.s.).

In sostanza, proprio per superare ogni incertezza in merito alle variegate competenze interne e commissariali, si attribuisce alla Giunta una delega piena alla stesura ed all'attuazione del piano.

Si prevede, poi, che l'accordo sia composto di:

- una parte organizzativa, contenente gli indirizzi per la progressiva riqualificazione del servizio sanitario regionale;
- una parte finanziaria, nella quale si provvede alle forme e modalità di copertura dei disavanzi antecedenti al 31 dicembre 2007.

Vengono poi assegnati specifici compiti ai direttori generali delle Aziende sanitarie ed ospedaliere, i quali, sulla base delle verifiche effettuate dall'*advisor* e nel rispetto delle linee guida che saranno adottate dalla Giunta regionale, effettueranno ogni opportuna procedura di

riconciliazione, accertamento e riconoscimento dei debiti esistenti alla data del 31 dicembre 2007 ed qualsiasi altra misura per l'abbattimento o la migliore gestione del debito.

Infine, sotto il profilo strettamente finanziario, il progetto di legge prevede che l'accordo destini alle Aziende sanitarie ed ospedaliere, per la copertura dei disavanzi antecedenti al 31 dicembre 2007, le risorse provenienti, alternativamente o cumulativamente:

a) dall'incremento, nella misura massima consentita, dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive;

b) da quote di manovre fiscali già adottate o da quote di tributi erariali attribuiti alla Regione, ovvero da misure fiscali da attivarsi sul territorio regionale - ivi inclusa l'applicazione di ticket sulla distribuzione dei farmaci e/o sull'erogazione di determinate prestazioni sanitarie, che la Giunta, con proprio regolamento, è autorizzata ad introdurre o rimodulare - in modo da assicurare complessivamente risorse superiori rispetto a quelle derivanti dal predetto incremento nella misura massima, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1 del decreto legge 20 marzo 2007, n. 23, convertito dalla legge 17 maggio 2007, n. 64;

c) da appositi mutui con oneri a carico della Regione, nei limiti consentiti dall'ordinamento vigente e dalle facoltà d'indebitamento;

d) dall'assegnazione di quote di finanziamento integrativo, a seguito della sottoscrizione e dell'attuazione dell'accordo per il rientro dai disavanzi (verosimilmente per il periodo anteriore al 31 dicembre 2005);

e) dalle economie di scala, conseguenti all'attuazione dell'accordo;

f) dalle sovvenzioni aggiuntive dello Stato, anche in applicazione delle disposizioni contenute all'articolo 1 del decreto legge 20 marzo 2007 n. 23, convertito dalla legge 17 maggio 2007 n. 64, dell'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004 n. 311 e dell'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006 n. 296 e dell'articolo 2, comma 46, della legge 24 dicembre 2007 n. 244, n. 46;

g) dall'attribuzione dei fondi statali non ancora assegnati per il raggiungimento degli obiettivi del piano sanitario nazionale;

h) dall'esercizio delle azioni di responsabilità per danno erariale, anche ai sensi dell'articolo 1, comma 1 bis, del decreto legge 20 marzo 2007 n. 23, convertito dalla legge 17 maggio 2007, n. 64;

i) da ogni altra fonte individuata dalla Giunta regionale.

§ 1.3. L'affiancamento amministrativo e contabile.

La Regione Calabria è ben conscia della poca affidabilità della contabilità delle Aziende e delle strutture amministrative ad esse preposte: non a caso ha sottoscritto l'intesa con il Governo, per la dichiarazione di emergenza, anche economico-finanziaria, nel settore sanitario.

Pertanto, per fare fronte alla evidenziata criticità, la Giunta regionale, in aggiunta alla già avvenuta contrattualizzazione di un *advisor* indicato del Governo, con il citato provvedimento n. 140/2009, ha avanzato formale richiesta di supporto alla Corte dei Conti, con la quale sono già in corso gli opportuni contatti.

L'Amministrazione, quindi, intende avvalersi della **Sezione regionale per il controllo della Corte dei Conti** per ogni ulteriore forma di collaborazione ritenuta utile nella specifica materia, per una regolare gestione finanziaria e per l'efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa, ai sensi dell'articolo 7, comma 8, della legge 5 giugno 2003 n. 131, con particolare riferimento a:

a) accertamento dello stato dei conti sanitari regionali, a seguito delle verifiche dell'*advisor* designato dal Ministero dell'economia e delle finanze;

b) adozione di misure atte per garantire l'adeguatezza dei sottostanti procedimenti amministrativi e contabili;

c) predisposizione di linee guida vincolanti, ai fini del riconoscimento, da parte delle Aziende, dei debiti emersi dalla procedura d'ascolto promossa dal soggetto attuatore del Commissario delegato per l'emergenza socio-economico-sanitaria nel territorio della Regione Calabria;

d) aggiornamento e rimodulazione delle previsioni organizzative e finanziarie dell'ipotesi di accordo per il rientro dai disavanzi accertati al 31 dicembre 2007, esaminata il 12 febbraio 2008.

In aggiunta a quanto sopra, con nota in data 7 aprile 2009, il Presidente della Giunta regionale ha inoltrato apposita richiesta di supporto all'**Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali**, ai fini della predisposizione dell'accordo per il rientro dai disavanzi, di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004 n. 311.

L'Agenzia potrà ben supportare gli uffici regionali nella predisposizione e realizzazione operativa, proprio in quanto la sua attività è indirizzata ad analizzare varie funzioni: dalla valutazione di efficacia dei livelli essenziali di assistenza alla rilevazione e all'analisi dei costi, alla formulazione di proposte per l'organizzazione dei servizi sanitari all'analisi dell'innovazione di sistema al monitoraggio dei tempi di attesa.

Nelle more di ciò, la Regione Calabria ha inoltre previsto di richiedere all'*advisor* di prevedere azioni volte alla diffusione della cultura contabile attraverso l'implementazione di nuove procedure amministrativo-contabili, la redazione di linee guida per la redazione dei bilanci, un nuovo piano dei conti unico regionale allineato alle effettive esigenze della Regione, nonché la

diffusione di criteri di monitoraggio amministrativo-contabile e gestionale, che permettano una diretta valutazione dei dati della produzione e contabili.

§ 1.4. L'attivazione della Stazione unica appaltante per gli appalti in sanità.

Nella più volte ricordata seduta del 31 marzo 2009, la Giunta regionale ha adottato la deliberazione n. 142/2009, avente ad oggetto “*Stazione unica appaltante – approvazione del regolamento di organizzazione – primi indirizzi operativi*”.

Occorre, all'uopo, premettere che la Stazione unica appaltante (S.U.A.), istituita con legge regionale 7 dicembre 2007 n. 26 è un'esperienza unica, per trasparenza, efficienza ed efficacia.

Essa ha la funzione di eseguire le procedure di appalto in forma aggregata, in sostituzione delle varie stazioni appaltanti operanti per conto della Regione Calabria e, al fine di garantirne la massima qualificazione professionale ed indipendenza, è stato chiamato alla sua direzione il dott. Salvatore Boemi, già Procuratore aggiunto della Repubblica presso la D.D.A. di Reggio Calabria.

Anche il controllo sulle attività della struttura, lungi dall'essere riservato all'organo politico, è effettuato da un Comitato di sorveglianza, così composto:

- ing. Ivan Cicconi, direttore generale di ITACA (organismo della Conferenza Stato-Regioni);
- prof. Saverio Regasto, docente universitario di ruolo di diritto pubblico;
- cons. Paolo Severini, magistrato amministrativo;
- dott. Carmelo Barbaro, dirigente amministrativo della Regione Calabria;
- ing. Giuseppe Gatto, presidente regionale dell'Associazione dei costruttori edili aderenti a Confindustria (ANCE).

Con la cennata deliberazione n. 142/2009, la Giunta regionale, nell'approvare il regolamento di organizzazione dell'organismo, ha dato indirizzo affinché, in attuazione al disposto dell'art. 24, comma 3, del regolamento di organizzazione, secondo cui “*nell'ambito dell'attivazione progressiva della SUA, è data priorità alle procedure riguardanti forniture per gli enti del servizio sanitario regionale*”, si realizzino, in tempi rapidi ed in sinergia con il dirigente generale del Dipartimento Tutela della salute, le seguenti azioni prioritarie:

- vigilanza sulla correttezza, trasparenza efficienza ed efficacia nell'applicazione delle norme sui contratti pubblici;
- effettuazione di acquisti in forma aggregata operando come centrale di acquisto ovvero come centrale di committenza anche attraverso la stipula di appositi contratti quadro;
- creazione di un osservatorio prezzi, nonché di validi sistemi di *benchmarking*;
- implementazione di piattaforme di *e-procurement*, per le ipotesi di esonero dall'obbligo di ricorrere la stazione unica appaltante.

L'atto deliberativo consentirà all'organismo di operare nel campo degli acquisti in sanità, secondo le sue finalità istituzionali; la S.U.A., infatti, affronta direttamente uno dei punti principali di possibile razionalizzazione e risparmio e s'integra nelle azioni volte al superamento delle problematiche della sanità calabrese. E' evidente infatti come l'attivazione di una struttura centralizzata di controllo sui contratti relativi ai servizi e alle forniture necessarie al funzionamento del sistema sanitario potrà consentire non solo la razionalizzazione della spesa e la verifica di eventuali sprechi di risorse dovuti ad eventuali malfunzionamento dei meccanismi interni al sistema o ai singoli sistemi aziendali, ma anche e soprattutto, l'acquisizione di beni e servizi a prezzi di mercato inferiori a quelli ottenibili, in ordine sparso, dalle singole Aziende.

2. IL DEFICIT STORICO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE.

A fronte dei riscontrati valori del disavanzo e con specifico riferimento alla posizione economico-finanziaria, sono state promosse varie azioni, al fine di far emergere la reale situazione debitoria del sistema sanitario regionale, in quanto l'accertamento del debito storico non può che essere la base di partenza per una definitiva rimozione delle cause del *deficit* strutturale.

In breve sintesi, l'*advisor* K.P.M.G., attraverso l'esame della documentazione raccolta dal soggetto attuatore del Commissario delegato od acquisita presso il Dipartimento Tutela della salute, ha proceduto, intorno alla fine di febbraio 2008, ad una prima ipotesi di consistenza del debito aggregato e della posizione finanziaria netta delle aziende regionali, quantificandole rispettivamente in euro 2.161 Mln ed euro 1.621 Mln, alla data del 31 dicembre 2007. Tale dato è stato esposto il 3 marzo u.s., nell'incontro con il Ministro on. Sacconi ed il Sottosegretario on. Fazio.

Successivamente, lo stesso *advisor* ha svolto alcune specifiche procedure di verifica, concordate con il Dipartimento Tutela della salute, presso le seguenti Aziende: ASP Cosenza, ASP Catanzaro, ASP Reggio Calabria, ASP Crotone, AO di Cosenza ed AO di Catanzaro.

Tali procedure hanno avuto ad oggetto le poste rettificative individuate dal soggetto attuatore del Commissario delegato e, a conclusione delle stesse, l'*advisor* ha rideterminato in euro **2.166 Mln**, il debito aggregato delle Aziende sanitarie ed in euro **1.610 Mln**, la posizione finanziaria netta delle stesse.

La scomposizione temporale del debito aggregato è nel senso che il debito risalente agli esercizi anteriori al 31 dicembre 2005 è stimabile in euro 1.792 Mln.

E' stato, per altro, evidenziato che, sul disavanzo successivo al 2005, molto hanno inciso gli interessi passivi derivanti dai debiti pregressi: si è passati, infatti, da 9,706 Mln di euro nel 2004 a 24,950 Mln di euro nel 2007 ed a 16,963 Mln di euro nel 2008. Nell'ultimo quinquennio, l'importo

complessivo degli interessi passivi è di 76,826 Mln di euro, compresi quelli per ritardato pagamento o nell'ambito di procedure esecutive.

Il dato, inoltre, per come riferito dall'*advisor*, necessita ancora di una revisione straordinaria, basandosi esso su saldi contabili ulteriormente da verificare, ad esempio:

a) circa l'esistenza di saldi debitori inesistenti od incerti, rivenienti dal passaggio dal vecchio sistema di contabilità finanziaria alla nuova contabilità economico-patrimoniale (è accaduto che atti di impegno giacenti sulla contabilità finanziaria, magari per effetto di atti amministrativi assunti molto tempo addietro e mai sfociati in atti di liquidazione, siano stati *sic et simpliciter* considerati debiti a tutti gli effetti);

b) circa l'esistenza di debiti non cancellati ed ancora iscritti a passivo, nonostante l'avvenuto pagamento, anche a seguito di transazioni o di procedure esecutive giudiziali.

Proprio l'incertezza sull'ammontare del debito, impone di procedere ad un accordo per il rientro per *steps* progressivi, in rapporto ed in proporzione all'entità via via accertata, allo scopo di calibrare gli interventi alla dimensione reale, e non putativa, della massa passiva.

A tal proposito, è stato illustrato come, nella stessa Regione Lazio, a seguito dei maggiori approfondimenti del dato contabile, si sia potuta verificare una sovrastima del debito inizialmente dichiarato, per circa un miliardo di euro.

3. LE MISURE DI RIQUALIFICAZIONE DEL SISTEMA.

§ 3.1. La riduzione, da undici a cinque, del numero delle Aziende sanitarie.

A seguito dell'entrata in vigore dell'art. 7 della L.R. 11 maggio 2007 n. 9, la Giunta regionale ha proceduto ad accorpate le undici Aziende sanitarie presenti sul territorio in cinque Aziende, i cui territori di riferimento corrispondono alle attuali circoscrizioni provinciali.

Dall'accorpamento è rimasta fuori, per il momento, l'Azienda sanitaria di Locri, che non è stato possibile unificare alle ex AA.SS.LL. di Reggio Calabria e Palmi (oggi ASP di Reggio Calabria), perché sottoposte a gestione commissariale per accertate infiltrazioni mafiose.

L'accorpamento, che inevitabilmente solo nel tempo produrrà a pieno i suoi frutti, costituisce un primo concreto esempio di riqualificazione e razionalizzazione del sistema.

§ 3.2. Il riparto del fondo sanitario regionale per l'anno 2009.

Con deliberazione 6 febbraio 2009 n. 62, la Giunta regionale ha provveduto ad assegnare alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, ad inizio anno, le risorse finanziarie a destinazione indistinta, finalizzate a consentire la predisposizione del bilancio corrente. La medesima deliberazione ha

altresì impartito tutta una serie di indirizzi fondamentali per il contenimento della spesa e la riorganizzazione dei servizi.

E' innegabile, al riguardo, il cambio di rotta rispetto al consolidato uso precedente, quando le risorse venivano assegnate ad esercizio in corso, se non addirittura quasi ultimato.

L'iniziativa, che si inserisce in un quadro di sviluppo delle buone pratiche amministrative, è volta a consentire alle Aziende di programmare, in tempo utile ed in maniera corretta e compiuta, il fabbisogno finanziario, anche al fine di stipulare con le strutture private accreditate gli accordi contrattuali preventivamente e non a consuntivo.

Nella deliberazione in parola, insieme al riparto delle risorse finanziarie, si è pure proceduto ad impartire una serie di indirizzi alle Aziende, tutti tesi al contenimento e riduzione della spesa ed alla riorganizzazione del sistema.

In particolare, si è disposto quanto segue.

- a. **costo del personale:** si è stabilito che non si possa superare il tetto di spesa riferito all'esercizio 2008, con vincolo per le aziende di chiedere la preventiva autorizzazione per qualsiasi forma di assunzione;
- b. **costi per l'acquisto di beni e servizi:** nelle more di entrata a regime della Stazione unica appaltante, che accentrerà le procedure concorsuali per l'acquisto di beni e servizi, è stato fatto obbligo alle Aziende di fare ricorso alle convenzioni CONSIP, di non superare il tetto di spesa del consolidato dell'esercizio 2008, di effettuare gli acquisti con procedure unificate al fine di beneficiare del processo di fusione delle Aziende effettuato con la legge regionale n. 9/2007;
- c. **tetti di spesa per le strutture private accreditate:** nella stipula degli accordi contrattuali per il 2009, è stato fatto obbligo di fare riferimento al tetto fissato per l'esercizio 2008, imponendosi l'avvio tempestivo delle trattative e la stipula degli accordi entro un termine perentorio;
- d. **bilanci e contabilità:** si è imposta la redazione, entro venti giorni, dei bilanci preventivi per l'anno 2009 e dei bilanci pluriennali, secondo criteri uniformi;
- e. **spesa farmaceutica:** si è imposto l'aumento della distribuzione diretta dei farmaci da parte delle Aziende e si sono previste convenzioni con Federfarma, per la distribuzione per conto ed opportune verifiche sull'appropriatezza delle prescrizioni.

La successiva delibera di Giunta n. 140/2009 ha poi impartito, ai competenti Dipartimenti Tutela della salute e Bilancio, importanti indirizzi da rispettare nelle azioni di prosecuzione della verifica dei conti e di aggiornamento e rimodulazione dell'ipotesi di accordo con lo Stato per il

rientro dai disavanzi al 31 dicembre 2007, finalizzati soprattutto al definitivo risanamento del sistema.

Nella specie, sono stati assegnati i seguenti obiettivi e le seguenti linee prioritarie d'intervento:

OBIETTIVO N. 1: RIORDINO DEI SISTEMI INFORMATIVI E DELL'AREA DI CONTROLLO

Linee prioritarie d'intervento:

- Affinamento dei sistemi informativi e di controllo
- Creazione di una *task force* regionale (predisposta dai Dipartimenti Sanità e Bilancio) per l'uniformità dei sistemi e principi contabili ed il controllo di gestione, con appendici presso gli uffici di ragioneria delle Aziende
- Creazione di una struttura di coordinamento regionale sulla gestione degli uffici legali delle Aziende
- Individuazione, in capo agli operatori pubblici, di obiettivi coerenti con le esigenze di riorganizzazione e razionalizzazione del sistema sanitario regionale, misurabili attraverso un monitoraggio costante e capillare

OBIETTIVO N. 2: GOVERNO DELLA SPESA FARMACEUTICA

Linee prioritarie d'intervento:

- Erogazione diretta dei farmaci per il primo ciclo di cura e farmaci PHT
- Centralizzazione delle gare di acquisto
- Potenziamento della distribuzione per conto
- Aumento dell'utilizzo dei farmaci generici
- Verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni
- Potenziamento del sistema informativo per il controllo e la gestione dei flussi obbligatori
- Tessera sanitaria
- Standardizzazione del prontuario farmaceutico ospedaliero
- Rispetto dei tetti di spesa. Introduzione di ticket con effetto di calmiera sui consumi

OBIETTIVO N. 3: RAZIONALIZZAZIONE DELLE PROCEDURE DI ACQUISTO DI BENI E SERVIZI

Linee prioritarie d'intervento:

- Effettuazione degli acquisti in forma aggregata
- Realizzazione di un osservatorio di prezzi e di sistemi di *banchmarking*
- Implementazione di piattaforme di *e-procurement*

- Attivazione di una struttura di supporto e controllo regionale per lo smistamento delle informazioni, la verifica dei contratti prorogati o scaduti e quant'altro necessari all'attività aziendale.
- Tetto di spesa agli accreditamenti al valore 2008

OBIETTIVO N. 4: CONTENIMENTO DEL COSTO DEL PERSONALE

Linee prioritarie d'intervento:

- Riduzione del fabbisogno del personale attraverso la individuazione di meccanismi di organizzazione del lavoro che integrino le offerte di prestazioni sanitarie laddove si tratti di prestazioni simili
- Riduzione del costo del personale
- Imposizione di un tetto di spesa per il personale che, al netto dei miglioramenti contrattuali, non potrà di massima superare complessivamente quella del 2008
- Controlli sul fenomeno dell'esternalizzazione dei servizi
- Mobilità interaziendale
- Cessazione dal servizio dei dipendenti che abbiano raggiunto i limiti di età o di contribuzione

OBIETTIVO N. 5: RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA

Linee prioritarie d'intervento:

- Adeguatezza dell'offerta sanitaria quanto alla salvaguardia dei livelli essenziali di assistenza
- Potenziamento tecnologico e strutturale degli ospedali pubblici che assicurano il rispetto delle regole di qualità e sicurezza
- Dismissione o riconversione degli ospedali pubblici e privati che non assicurano il rispetto delle regole di qualità e sicurezza
- Creazione di rete con il sistema dell'ospedalità privata, previa determinazione delle prestazioni da acquistare, in regime di complementarità e previsione di rigidi tetti di spesa
- Riorganizzazione della rete delle strutture eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, premiando la dimensione quale elemento di sicurezza e qualità e ponendo quindi una soglia per l'accesso ai contratti di acquisizione da privato
- Definizione di criteri di appropriatezza delle prestazioni
- Miglioramento del sistema di autorizzazione/accreditamento del privato
- Incremento delle prestazioni in DS
- Riduzione della mobilità passiva extra-regionale
- Revisione dei meccanismi che attualmente fungono da incentivo alla mobilità stessa
- Obbligo di autorizzazione preventiva per il ricovero di assistiti affetti da morbo di Hansen

- Orientamento dei pazienti sui poli di eccellenza regionali da parte dei medici di medicina generale e delle strutture distrettuali
- Partenariato con poli di eccellenza nazionali per coinvolgere l'intervento in *équipes* di professionisti di chiara fama nelle strutture regionali e favorire così la formazione dei professionisti
- Orientamento dell'offerta, pubblica ed accreditata, sulle specialità e prestazioni su cui si registra la maggiore entità di fuga

OBIETTIVO N. 6: RIORDINO DELLA RETE TERRITORIALE

Linee prioritarie d'intervento:

- Riorganizzazione delle cure primarie
- Definizione di criteri di appropriatezza delle prestazioni
- Potenziamento della rete di diagnostica e di assistenza primaria (UTAP – Casa della salute) e di assistenza domiciliare, ricorrendo, per lo sviluppo della funzionalità distrettuale, prioritariamente all'utilizzo delle risorse rinvenienti dal riordino della rete ospedaliera pubblica
- Contenimento della spesa specialistica ambulatoriale
- Centralizzazione dei laboratori di analisi
- Riorganizzazione dell'assistenza riabilitativa e delle RSA
- Rimodulazione dei requisiti e delle tariffe
- Sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata (ADI)
- Dismissione dei beni immobili non strumentali.

I suddetti indirizzi sono tuttora oggetto di sviluppo, nell'ambito di un documento operativo in corso di completamento, che - attraverso l'utilizzo delle metodologie già consolidate a livello nazionale, sviluppate dalla Commissione per la tutela dei LEA e dal Ministero della Salute, sulla base dell'analisi della variabilità dei ricoveri ospedalieri nei suoi diversi approcci - ha già individuato, in prima battuta, le aree di inappropriatezza ed inadeguatezza dei ricoveri e le prime azioni da porre in essere in tempo breve.

Partendo da queste metodologie, la Regione intende quindi privilegiare strumenti ed azioni volti a garantire più adeguatamente il rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso un migliore bilanciamento ospedale-territorio che, nel rispetto del preminente interesse del cittadino quale punto centrale del sistema sanitario, diviene anche condizione del riequilibrio economico, patrimoniale e finanziario.

In altri termini, in quest'ottica, la Regione non vuole solo attivare strumenti di rientro economico-finanziario, ma soprattutto avviare un percorso di "ripensamento" complessivo e strutturale del sistema sanitario regionale.

§ 3.3. Istituzione di una "cabina di regia" dipartimentale per la gestione dei flussi informativi.

Con decreto dirigenziale 9 aprile 2009 n. 5611, il dirigente generale del Dipartimento Tutela della Salute ha costituito una "cabina di regia" per il coordinamento dell'attività di acquisizione e gestione dei flussi informativi, composta da cinque dirigenti e supportata dall'*advisor* contabile, con il compito di definire ed implementare i necessari strumenti di monitoraggio contabile e gestionale delle aziende sanitarie e ospedaliere regionali.

4. CONCLUSIONI

Conclusivamente, sulla base degli elementi suindicati, tratti dagli atti dell'Amministrazione e dalle notizie fornite dai soggetti coinvolti nelle varie procedure, è possibile affermare che:

1) la Regione Calabria, acquisito l'affiancamento dell'*advisor* (la cui designazione, da parte del Governo, ha scontato tempi non rapidi), sta procedendo con volontà e costanza nella laboriosa ed impervia azione di verifica dei conti e dei sottostanti procedimenti amministrativi e contabili, nel rispetto degli impegni assunti nella lettera d'intenti del marzo 2008, sottoscritta dai Ministri della Salute e dell'Economia e finanze, unitamente al Presidente della Giunta regionale ed a tal fine ha messo in campo numerose ed importanti iniziative, per la riqualificazione del sistema e per il rientro dai disavanzi;

2) in particolare, in pochi mesi dall'avvio del lavoro dell'*advisor*, risulta eseguita una prima stima del debito, ai fini della predisposizione dell'accordo per il rientro dai disavanzi;

3) nelle more della designazione dell'*advisor*, le azioni di ricognizione e verifica previste dalla lettera d'intenti del marzo 2008 sono state avviate e gestite nella sede più appropriata, ovverosia nell'ambito dei poteri emergenziali del Commissario delegato, attraverso la nomina di un soggetto attuatore, d'intesa con il Dipartimento della Protezione civile presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri;

4) a causa del condizionamento mafioso, tra il 2006 ed il 2009, gli organi ordinari della Regione sono, o sono stati, per molto tempo esautorati dalla gestione della sanità territoriale nell'intera provincia di Reggio Calabria (le ex AA.SS.LL. di Reggio Calabria, Palmi e Locri, dove si concentrano le maggiori passività e le più elevate criticità a livello contabile ed amministrativo), risultando la stessa affidata a Commissari straordinari nominati dal Governo nazionale;

5) anche e soprattutto per recuperare un governo unitario ed al massimo livello istituzionale, dal mese di novembre 2008, il Presidente della Giunta regionale ha assunto in proprio la complessa materia della sanità ed ha promosso, attraverso la Giunta, la proposizione di un disegno di legge di imminente trattazione consiliare che accentra sulla Giunta medesima tutti i poteri di decisione spettanti al livello regionale (salvo, ovviamente, quelli temporaneamente ablati dalle varie forme di commissariamento statale sin qui illustrate);

6) lo stato attuale della ricognizione del *deficit* storico, eseguita dell'*advisor*, pone in luce una decelerazione nella crescita del debito aggregato, relativamente al periodo successivo all'insediamento dell'attuale compagine di governo regionale, risultando lo stesso quantificabile, al 31 dicembre 2007 (e con ogni accortezza del caso), in euro 2.166 Mln, a fronte di euro 1.792 Mln, stimabili alla data del 31 dicembre 2005 e tenuto anche conto del pesante carico di interessi passivi che tale mole debitoria ha comporta sugli esercizi dal 2006 in avanti;

7) sempre il lavoro dell'*advisor* ha evidenziato un'altrettanto notevole decelerazione del disavanzo gestionale annuo, attestatosi, in base ai dati in possesso, intorno ai 120 Mln di euro (rispetto ai circa 250 Mln precedenti), mentre è prevedibile un'ulteriore riduzione, come effetto dell'attuazione dei provvedimenti programmati;

8) il disavanzo registrato al Tavolo tecnico del 19 marzo u.s. solo formalmente può essere considerato imputabile all'annualità 2008 e, per il suo ripiano, sono state illustrate le modalità che si intendono seguire;

9) le riscontrate carenze amministrativo-contabili dell'apparato gestionale saranno risolte al completamento delle riforme strutturali avviate ed in corso di attuazione, oltre che con l'affiancamento dell'*advisor* individuato dal Ministero dell'Economia e delle finanze e degli altri soggetti (Corte dei Conti ed AGE.NA.S.) indicati nella parte descrittiva della presente relazione;

10) comunque, nelle more che ciò si realizzi (e sempre con l'affiancamento dell'*advisor* individuato dal Ministero dell'Economia e delle finanze), è in fase di stesura finale un documento tecnico, da sottoporre ai Ministeri competenti come prima proposta di accordo per il rientro, contenente l'identificazione, allo stato attuale, delle aree di inappropriata ed inadeguatezza del sistema sanitario regionale, con determinazione delle evidenze e degli interventi di riqualificazione da realizzare, incluso il riordino della rete ospedaliera, con l'obiettivo del bilanciamento ospedale-territorio.