

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

16 dicembre 2009, n. 845

Piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria – Approvazione di documento sostitutivo di quello approvato con D.G.R. n. 752/2009 – Autorizzazione alla stipula dell'accordo ex art. 1, comma 180, L. 311/2004.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTA e richiamata la propria deliberazione 18 novembre 2009 n. 752, avente ad oggetto «Piano di rientro dal disavanzo del servizio sanitario regionale. Modifiche ed integrazioni al documento approvato con delibera di Giunta regionale 11 ottobre 2009 n. 585».

CONSIDERATO che, in sede di istruttoria tecnica congiunta da parte del Ministero dell'Economia e delle finanze, del Ministero della Salute e del Dipartimento Affari regionali presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, il documento modificativo ed integrativo allegato alla citata deliberazione è stato ritenuto congruo ai sensi dell'art. 22, comma 4, D.L. 78/2009, ad eccezione degli aspetti concernenti il settore del personale, e ciò con riferimento sia alle misure di stabilizzazione in corso di attuazione, sia alle nuove assunzioni deliberate dalla Regione ed anch'esse in itinere.

RILEVATO che gli esiti dell'istruttoria tecnica sono stati contestati al Presidente della Giunta regionale nel corso di una riunione tenutasi presso la Presidenza del del Consiglio dei Ministri in data 11 dicembre 2009, presenti i tre Ministri competenti.

VISTA la nota n. DPC/CG/0076575 del 10 dicembre 2009 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile, trasmessa per conoscenza al Presidente della Giunta Regionale, con la quale si chiede al Ministero della Salute ed a quello dell'Economia e delle Finanze l'assenso sulla sostituzione del commissario delegato per l'emergenza socio economico sanitaria dott. Vincenzo Spaziantone con altro soggetto individuato nell'ing. Fabrizio Colcerasa.

RAVVISATA l'opportunità di manifestare ancora una volta la disponibilità ad impegnarsi per il raggiungimento di un nuovo testo di accordo che tuttavia contenga le seguenti indefettibili previsioni:

— siano fatte salve le misure di stabilizzazione adottate in conformità alla legislazione nazionale ed alla legge regionale n. 1/2009, nella parte non gravata da questione di legittimità costituzionale, da parte del Consiglio dei Ministri, ferme restando le successive decisioni della Corte Costituzionale;

— il blocco del turn over per il personale sanitario venga alleggerito rispetto alle conclusioni dell'istruttoria tecnica, nella misura dell'80% per tutti e tre gli anni di vigenza del Piano;

— siano consentite deroghe al blocco del turn over a garanzia del mantenimento o del raggiungimento dei LEA;

— si proceda ad una sospensione temporanea delle procedure di nuova assunzione, in vista di una loro rivalutazione caso per caso;

— sia garantita alla Regione, in caso di positiva verifica del raggiungimento degli obiettivi indicati nel Piano per le fasi intermedie, l'erogazione dell'anticipazione fino ad un massimo di euro 1.000.000.000, di cui all'art. 2, comma 88, del DDL collegato alla manovra finanziaria statale per l'anno 2010 (su cui risulta l'apposizione del voto di fiducia da parte del Governo), finalizzata all'estinzione dei debiti sanitari cumulativamente registrati entro la data del 31 dicembre 2005;

— sempre in caso di positiva verifica del raggiungimento degli obiettivi indicati nel Piano per le fasi intermedie, sia garantita alla Regione la restituzione, entro il mese di luglio 2010, del maggiore finanziamento del servizio sanitario regionale non erogato per gli anni passati, a causa delle verifiche negative dei tavoli di monitoraggio;

— si addivenga a proroga della gestione commissariale relativa all'emergenza sanitaria, con la nomina di un nuovo commissario delegato, nella persona del Presidente della Giunta regionale o di altro soggetto, munito della necessaria esperienza e competenza, che abbia il preventivo gradimento della Regione.

VISTO l'art. 2, comma 69, del DDL collegato alla manovra finanziaria statale per l'anno 2010 (su cui risulta l'apposizione del voto di fiducia da parte del Governo), a mente del quale, a seguito della nomina del Presidente quale commissario ad acta per la redazione del Piano di rientro, conseguente alla reiezione del medesimo, si applicherebbero, con decorrenza 1 gennaio 2010, le seguenti misure:

— blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo e divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo, con comminatoria di nullità per gli atti emanati e per i contratti stipulati in violazione;

— sospensione automatica dei trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio e decadenza, sempre in via automatica, dei direttori generali, amministrativi e sanitari degli Enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'Assessorato regionale competente;

— incremento automatico nella misura fissa di 0,15 punti percentuali dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), rispetto al livello già massimo delle aliquote vigenti.

CONSIDERATO che il documento allegato è coerente con le predette previsioni e comunque, se approvato in sede governativa, consentirebbe di evitare le più gravi conseguenze derivanti dall'applicazione della manovra finanziaria statale per il 2010.

SU PROPOSTA del Presidente, del Vice Presidente e dell'Assessore al Bilancio della Giunta regionale, formulata alla stregua dell'istruttoria compiuta dalle strutture interessate, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità dell'atto, resa dal Dirigente generale del Dipartimento Tutela della salute.

PER TUTTO quanto sopra riportato, da intendersi di seguito richiamato ed a voti unanimi.

DELIBERA

Di approvare il documento allegato, ad integrale sostituzione di quello approvato con la deliberazione n. 752/2009, autorizzando sin da ora il Presidente della Giunta regionale alla stipula dell'accordo ex art. 1, comma 180, L. 311/2004.

Di stabilire, in conformità agli impegni assunti a pag. 9 dell'allegato documento, la sospensione di qualsiasi procedura riguardante l'assunzione di nuovo personale di cui alle seguenti deliberazioni:

- 1) tutte le D.G.R. adottate in giugno 2009;
- 2) D.G.R. n. 544 del 7 agosto 2009 e successive integrazioni;

3) D.G.R. n. 639 del 21 settembre 2009, al fine di procedere ad una rivalutazione delle esigenze di personale, attraverso una verifica puntuale da parte del costituendo Ufficio per il Piano di rientro, alla luce dei provvedimenti di accorpamento e razionalizzazione della rete sanitaria, ferme restando le disposizioni da applicarsi in caso di adozione di atti assunti in difformità dalla legislazione vigente, anche con riferimento al personale stabilizzato.

Di trasmettere la presente deliberazione ed il relativo allegato ai Ministeri competenti, alla Sezione per il Controllo della Corte dei Conti ed al Consiglio regionale, ai sensi dell'art. 1. comma 7, della legge regionale 30 aprile 2009 n. 11.

Di incaricare il dirigente generale del Dipartimento Tutela della salute dell'attuazione della presente deliberazione, ivi inclusa la costituzione dell'Ufficio per il Piano di rientro della sua comunicazione a tutti i soggetti interessati e della pubblicazione sul B.U.R.C..

Il Segretario
F.to: Durante

Il Presidente
F.to: Loiero

(segue allegato)

Proposte tecniche per l'integrazione/modifica del Piano di razionalizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale

Facendo seguito alla riunione del 5 ottobre u.s. presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, presso atto delle conclusioni cui è giunta l'Istruttoria in sede tecnica e delle conseguenti osservazioni pervenute dai Ministeri competenti, nel rinnovare lo spirito di collaborazione e di completa disponibilità della Regione Calabria, in vista del prioritario comune interesse al raggiungimento di un testo di accordo che incontri il gradimento di tutte le Parti che dovranno sottoscrivere, si è provveduto, con l'assistenza di Agenas e di Komp, a rivedere i termini ed i parametri dell'ipotesi di piano in discussione, con l'obiettivo di intensificare gli interventi di risparmio e di definire una più accurata tempistica delle azioni. Le principali variazioni sono di seguito riportate.

Le date indicate nel piano sono definite ipotizzando una sottoscrizione del piano nel mese di dicembre 2009.

1. Conto economico tendenziale

La nuova proiezione tendenziale è stata stimata considerando come base dati storica gli anni 2001-08 invece del periodo 2005-08 precedentemente utilizzato per la determinazione dei tassi di crescita (CAGR) da applicare per la proiezione tendenziale delle singole voci di costo e ricavo.

Inoltre l'andamento tendenziale è stato stimato partendo da una prima previsione a finire per l'anno 2009 elaborata tenendo conto delle azioni già effettuate dalla Regione nel corso dello stesso anno relativamente a:

- sottoscrizione dell'accordo ANOP che fissa in 188 euro/milioni il tetto di spese per l'acquisto di prestazioni ospedaliere per l'anno 2009;
- sottoscrizione dell'accordo ANISAP per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale e assistenza residenziale fissando il tetto di spesa al valore del 2008;
- introduzione del ticket per la partecipazione alla spesa farmaceutica convenzionata pari a euro 15 milioni.

Si riportano di seguito le considerazioni adottate sulle singole voci di costo/ricavo.

Voci di ricavo

- **Contributi FSR:** il livello del finanziamento è stato individuato sulla base del livello del finanziamento del SSN individuato dall'Accordo politico siglato in data 23 ottobre 2009 tra lo Stato e le regioni, recepito con l'Intesa il 3 dicembre 2009, e sulla base del riparto tra le regioni derivante dalla controproposta regionale rispetto alla proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali.
- **Fondi vincolati:** è stato assunto l'ultimo valore disponibile assegnato per il 2009 (al netto della medicina penitenziaria) ricompresso nella voce precedente; il valore è stato mantenuto costante in tutto il periodo.
- **Entrate proprie:** il valore tendenziale 2010 - 2012 della voce entrate proprie è stato calcolato applicando il CAGR storico 2001-08 (pari al 2,3%) al valore consuntivo dell'anno 2008.

Proposte tecniche per l'integrazione/modifica del Piano di razionalizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale della Regione Calabria

Voci di costo

La progressione tendenziale 2010 – 2012 è stata eseguita partendo dal valore consuntivo 2008 e applicando un tasso di crescita medio pari al CAGR 2007-2008 (invece del CAGR 2005-08 precedentemente utilizzato). Laddove tale valore è risultato negativo, si è applicato un tasso di crescita nullo (mantenendo quindi la voce costante negli anni). Per alcune voci sono state fatte altre considerazioni *ad hoc* come di seguito illustrato:

- **Personale:** il valore del 2009 è stato calcolato incorporando a costo l'accantonamento 2008 per rinnovi contrattuali; per i successivi anni la proiezione è stata fatta applicando i seguenti parametri: +4% nel 2010 (3,2% di incremento per rinnovi contrattuali biennio precedente più 2% per componente di crescita dell'organico); nei successi anni prevedendo i rinnovi contrattuali parametrati al riconoscimento della indennità di vacanza contrattuale e lo 0,8% quale componente di crescita dell'organico.
- **Medicina di base:** il valore del 2009 è stato quantificato incorporando a costo l'accantonamento 2008 per rinnovi contrattuali; per i successivi anni la proiezione è stata fatta applicando i seguenti parametri: 8,85 % per il 2009 (8,05% di incremento per rinnovi contrattuali anni precedenti e non ancora incorporati e +0,8% per componente incentivante legata a ulteriori servizi erogati); per i successivi anni prevedendo i rinnovi delle convenzioni parametrati al riconoscimento della indennità di vacanza contrattuale e lo 0,8% quale componente incentivante.)
- **Prodotti farmaceutici ed emoderivati:** i valori di proiezione tendenziale sono stati stimati applicando un tasso di crescita del 12,5% pari al CAGR degli anni 2005-08, periodo ritenuto più omogeneo in termini di dinamica dei consumi.
- **Accantonamenti rischi:** il valore tendenziale è stato stimato considerando l'ammontare delle voci di spesa che costituiscono le principali determinanti di rischio (acquisto di beni e servizi e acquisto di prestazioni sanitarie da privato); il valore tendenziale, considerato costante nel periodo 2010-12, è stato valorizzato a 30 €/min. sulla base dei rischi progressi.
- **Accantonamento rinnovi contrattuali:** per tale voce è stato ipotizzato un assorbimento sistemico nelle voci di costo del personale e della medicina di base, pertanto il valore del 2009 e degli anni successivi è stato posto pari a zero.
- **Privato ospedaliero:** il valore 2008 è pari alla somma del valore consuntivo dei privati a cui viene sommata la quota riconosciuta alla Fondazione Campanella; la previsione tendenziale 2009-2010 è stata eseguita partendo dal valore 2008 e applicando un tasso di crescita CAGR 2001-2008 del 4,5%;
- **Specialistica da privato:** il valore 2009 è pari al tetto attualmente deliberato; la progressione tendenziale 2010 – 2012 è stata realizzata applicando un tasso di crescita inflattivo del 1,5%.
- **Riabilitazione extra-ospedaliera da privato:** il valore di proiezione tendenziale negli anni 2009-12 è stato posto uguale al consuntivo 2008 (tasso di crescita nullo) essendo il CAGR storico 2001-08 negativo.
- **Prestazioni da privato - altro:** la voce comprende i costi per trasporti sanitari da privato, i costi dell'assistenza integrativa e protesica da privato e i costi delle ulteriori prestazioni da privato. Il valore di proiezione tendenziale negli anni 2009-12 è stato stimato considerando un tasso di crescita del 5,9%, corrispondente al CAGR 2001-07 ritenuto più affidabile, in quanto i dati relativi a tale periodo presentano una maggiore stabilità e coerenza.

- **Oneri fiscali:** la voce è data dalla somma di IRAP, IRES ed altri oneri fiscali. La voce IRAP è stata calcolata in ragione del 7,15% del costo del Personale 2009 e anni successivi. Le rimanenti voci sono state mantenute pari al consuntivo 2008 per tutti gli anni considerati.

- **Saldo della gestione finanziaria:** i valori di proiezione tendenziale sono stati stimati applicando un tasso di crescita del 7,3% pari al CAGR 2001-08 della voce aggregata di acquisto beni e servizi.
- **Saldo della gestione straordinaria:** il valore del saldo della gestione straordinaria 2009 e il tendenziale 2010 – 2012 è stato calcolato in ragione dello 0,8% (sulla base dei valori di benchmark delle altre regioni in Piano di Rientro) dell'importo relativo ai contributi 2009 e anni successivi.

Sintesi conto economico tendenziale:

VOCE DI AGGREGAZIONE #000	PERIODO DI PIANO			
	2008C	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2012
FONDO SANITARIO (Industria e vincolo)	3.113.247	3.106.570	3.208.552	3.371.434
ENTRATE PROPRIE	67.727	65.241	65.765	68.888
TOTALE RICAVI (A)	3.180.974	3.231.811	3.274.317	3.440.322
PERSONALE*	1.255.126	1.305.331	1.337.354	1.396.579
ACCANTONAMENTI PER RINNOVI CONTRATTUALI	29.867	-	-	-
IRAP	87.865	93.331	95.621	100.070
ALTRE COMPONENTI DI SPESA	-	-	-	-
ALTRI BENI E SERVIZI	-	-	-	-
ALTRI BENI E SERVIZI E ALTRI COMPONENTI DI SPESA**	451.728	488.553	524.824	566.048
PRODOTTI FARMACEUTICI***	142.515	160.871	181.483	230.045
MEDICINA DI BASE	225.181	245.110	250.747	262.414
FARMACOUTICA CONVENZIONATA	486.386	484.812	504.144	513.183
ASSISTENZA SPECIALISTICA DA PRIVATO	113.610	116.000	117.740	121.290
ASSISTENZA RIABILITATIVA DA PRIVATO	70.453	70.453	70.453	70.453
ASSISTENZA OSPEDALIERA DA PRIVATO	67.790	68.807	69.839	71.850
ASSISTENZA OSPEDALIERA DA PRIVATO	234.584	245.089	256.053	266.053
ALTRA ASSISTENZA DA PRIVATO	69.033	104.418	110.114	116.139
ASSISTENZA DA PUBBLICO	-	-	-	-
MOBILITÀ PASSIVA INTRAREGIONALE	-	-	-	-
ACCANTONAMENTI	34.285	36.000	36.000	36.000
INTERESSI E ALTRO	30.056	30.669	33.039	37.805
SALDO POSTE STRAORDINARIE	29.576	25.333	25.099	26.871
SALDO INTRAMODENA	1.313	1.313	1.313	1.313
TOTALE SPESA (B)	3.365.722	3.471.703	3.611.816	3.861.018
RESULTATO ESERCIZIO (C) (B/A)	184.748	239.982	336.469	416.886
(Senza accantonamenti e costi capitalizzati)	-	-	-	-

*) Ricomprende anche le voci B02450 e B102620 (Collaborazioni coordinata e continuativa sanitaria)

** Ricomprende le voci altri beni e servizi e altri componenti di spesa

***) La voce comprende anche la variazione delle rimanenze

ME: gli importi della voce Assistenza "Ospedaliera da privato" includono per tutti gli anni i costi della Fondazione Campanella come attualmente previsto e contabilizzato nei conti economici regionali

2. Quantificazione economica delle manovre di intervento

L'entità complessiva delle manovre di risparmio è stata rimodulata (per entità e tempi) a seguito delle indicazioni regionali emerse durante gli incontri con i Ministri competenti.

Tab. 1 Quadro sintetico delle manovre cumulate

Tab. 2 Quadro sintetico delle manovre marginali

	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
Bilancio turnover	8.190	25.395	44.506
Allocazione quote fondi per contrattazione integrativa		18.251	18.251
Allocazione costo medio processabile per ruolo	9.234	2.697	5.899
Riduzione provvedimenti sul personale	26.000	26.000	26.000
Manovra RAP per riduzione costo personale	3.851	6.741	9.185
Sud totale manovre	47.275	78.074	103.341
Sub totale senza IRAP	43.424	73.333	94.156
Riduzione del tasso di crescita alla sola componente di rinnovo contrattuale (0,8% annuo)	10.443	21.949	34.309
Totale manovra per personale senza IRAP	53.867	94.283	128.465
Manovra su beni e servizi per interventi di chiusura/ricostruzione strutture pubbliche	27.830	44.858	44.858
Attivazione centralizzazione acquisti (GUA) e altri alla spesa aziendale	29.109	14.175	22.334
Totale manovra beni e servizi	57.039	59.033	67.192
Manovra su farmaci e emoderivati per interventi di chiusura/ricostruzione strutture pubbliche	7.384	11.859	11.859
Incremento per spostamento e distribuzione diretta farmaci PHT e ossigenoterapia	12.850	22.400	22.400
Riduzione della spesa per manovre di razionalizzazione acquisti e monitoraggio	10.622	17.511	25.377
Totale manovra su farmaci ed emoderivati	5.866	6.970	14.336
Spostamento in cd farmaci PHT + ossigeno terapeutico	18.500	32.000	32.000
Controllo dell'appropriatezza prescrittiva e dell'ip-prescrizione	15.000	25.000	25.000
Mantenimento liceti nel triennio 2010-12	15.000	15.000	15.000
Riduzione della spesa per manovre di monitoraggio farmaci e controllo prezzi	9.635	10.128	10.632
Totale manovra farmaceutica convenzionata	58.135	82.126	82.332
Riduzione letto per eliminazione ricoveri inappropriati al privato	38.658	58.318	58.318
Utenere effetto del blocco letto per "ospedalizzazione privata" rispetto a crescita tendenziale	10.864	4.711	4.949
Totale manovra ospedaliera da privato (incluso Fondazione Campanella)	47.822	63.027	63.267
Blocco letto per "prestazioni ambulatoriali"	1.740	26	1.766
Blocco letto per "prestazioni riabilitazione extraspedaliera"		2.114	4.291
Monitoraggio e controllo tassi di crescita "altre prestazioni da privato"	6.728	8.604	10.688
TOTALE MANOVRA PRIVATI	55.890	69.544	88.068
Manovra accantonamenti per copertura rischi in bilancio mancato raggiungimento obiettivi di piano (fondi vinco)	19.863	57.825	65.953
TOTALE MANOVRE	214.075	260.871	293.984

* - gli accantonamenti aumentati in modo incrementale per tener conto dei rischi di sfioramento delle manovre e dei fondi vincolati per obiettivi di Piano Sanitario Nazionale

	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
Bilancio turnover	8.190	17.185	18.221
Allocazione quote fondi per contrattazione integrativa		9.017	-
Allocazione costo medio processabile per ruolo	9.234	2.697	2.602
Riduzione provvedimenti sul personale	26.000	-	-
Manovra RAP per riduzione costo personale	3.851	2.890	2.444
Sub totale manovre	47.275	31.198	24.267
Sub totale senza IRAP	43.424	28.009	21.823
Riduzione del tasso di crescita alla sola componente di rinnovo contrattuale (0,8% annuo)	10.443	11.507	12.359
Totale manovra per personale senza IRAP	53.867	40.416	34.112
Manovra su beni e servizi per interventi di chiusura/ricostruzione strutture pubbliche	27.830	18.028	-
Attivazione centralizzazione acquisti (GUA) e altri alla spesa aziendale	29.109	14.834	8.109
Totale manovra beni e servizi	57.039	32.862	8.190
Manovra su farmaci e emoderivati per interventi di chiusura/ricostruzione strutture pubbliche	7.384	4.475	-
Incremento per spostamento e distribuzione diretta farmaci PHT e ossigenoterapia	12.850	9.450	-
Riduzione della spesa per manovre di razionalizzazione acquisti e monitoraggio	10.622	6.889	-
Totale manovra su farmaci ed emoderivati	5.866	1.814	-
Spostamento in cd farmaci PHT + ossigeno terapeutico	18.500	13.900	-
Controllo dell'appropriatezza prescrittiva e dell'ip-prescrizione	15.000	10.000	-
Mantenimento liceti nel triennio 2010-12	15.000	15.000	-
Riduzione della spesa per manovre di monitoraggio farmaci e controllo prezzi	9.635	400	-
Totale manovra farmaceutica convenzionata	58.135	23.800	-
Riduzione letto per eliminazione ricoveri inappropriati al privato	38.658	21.658	-
Utenere effetto del blocco letto per "ospedalizzazione privata" rispetto a crescita tendenziale	10.864	6.253	9.851
Totale manovra ospedaliera da privato (incluso Fondazione Campanella)	47.822	15.469	9.651
Blocco letto per "prestazioni ambulatoriali"	1.740	1.714	1.762
Blocco letto per "prestazioni riabilitazione extraspedaliera"		2.114	2.177
Monitoraggio e controllo tassi di crescita "altre prestazioni da privato"	6.728	1.878	2.084
TOTALE MANOVRA PRIVATI	55.890	13.453	11.638
Manovra accantonamenti per copertura rischi in bilancio mancato raggiungimento obiettivi di piano (fondi vinco)	19.863	37.881	5.738
TOTALE MANOVRE	214.075	48.796	35.003

*Nota: gli accantonamenti sono aumentati in modo incrementale per tener conto dei rischi di sfioramento delle manovre e dei fondi vincolati per obiettivi di piano sanitario nazionale

3. Sintesi conto economico programmatico

VOCE DI AGGREGAZIONE g/000	PERIODO DI PIANO		
	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
2008C			
FONDO SANITARIO (Indistinto e vincolato)	3.113.247	3.278.403	3.371.434
ENTRATE PROPRIE	67.727	68.304	68.888
TOTALE RICAVI (A)	3.180.974	3.346.707	3.440.322
PERSONALE*	1.255.126	1.273.830	1.271.115
ACCANTONAMENTI PER RINNOVI CONTRATTUALI	29.867	-	-
IRAP	87.885	91.078	90.685
ALTRE COMPONENTI DI SPESA	-	-	-
ALTRI BENI E SERVIZI	-	-	-
ALTRI BENI E SERVIZI E ALTRI COMPONENTI DI SPESA**	451.728	507.916	546.194
PRODOTTI FARMACEUTICI***	142.515	178.427	216.809
MEDICINA DI BASE	225.181	256.514	292.414
FARMACEUTICA CONVENZIONATA	495.386	428.523	430.381
ASSISTENZA SPECIALISTICA DA PRIVATO	113.810	119.480	123.064
ASSISTENZA RIABILITATIVA DA PRIVATO	70.453	72.587	74.744
ASSISTENZA PROTETTIVA DA PRIVATO	67.760	70.871	73.097
ALTRA ASSISTENZA DA PRIVATO	234.594	183.028	202.877
ALTRA ASSISTENZA DA PRIVATO	39.033	107.551	110.777
ASSISTENZA DA PUBBLICO	-	-	-
MOBILITA' PASSIVA INTRAREGIONALE	-	-	-
ACCANTONAMENTI	34.235	93.825	102.963
INTERESSI E ALTRO	30.056	35.304	37.805
SALDO POSTE STRAORDINARIE	29.578	28.227	26.971
SALDO INTRAMOBILITA'	1.313	1.313	1.313
TOTALE SPESA (B)	3.365.722	3.471.122	3.557.094
RESULTATO ESERCIZIO (C)=(A-B)	-	124.415	124.742
(Senza accantonamenti e costi capitalizzati)			
ALIQUOTE FISCALI DA MASSIMIZZAZIONE ****	-	122.394	126.736
RESIDUO DA COPRIRE	-	2.311	5.104

*1) Ricomprende anche le voci B102430 e B102620 (Collaborazioni coordinate e continuative sensuale)

**1) Ricomprende le voci dell'beni e servizi e altri componenti di spesa

***1) La voce comprende anche la valorizzazione delle immanenze

****NB: gli importi della voce Assistenza "Operatività da privato" includono per tutti gli anni i costi della Fondazione Campanella come attuamento previsto e contabilizzate nei conti economici regionali

4. Manovra sul personale

Blocco del turnover

L'intervento di blocco del turnover è stato rimodulato prevedendo un impatto decrescente nel periodo 2010-12 secondo le seguenti percentuali di blocco per singolo ruolo:

RUOLO	percentuali di blocco del turnover (per anno)			Personale cessante (non reintegrato)		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
AMMINISTRATIVO	100%	70%	50%	129	114	92
PROFESSIONALE	100%	70%	50%	0	0	1
SANITARIO	80%	80%	80%	238	319	405
TECNICO	300%	70%	50%	173	109	76
Totale				540	543	573

Alla luce delle suddette ipotesi il personale cessante e non reintegrato risulta di 1.427 unità e il risparmio conseguibile cumulato nel periodo è di €/000. La valorizzazione del risparmio è stata stimata considerando:

- il costo del personale cessante calcolato in base al costo medio-annuo per singolo ruolo (per il costo medio annuo si è assunto a riferimento il valore disponibile dell'anno 2006 ottenuto incrociando dati del Conto Economico e del Conto Annuale incrementato, per tener conto dei rinnovi contrattuali, in ragione del 4,88% per il 2007, 3,2% per il 2008-09 e del riconoscimento parametrato all'indennità di vacanza contrattuale negli anni successivi);
- la quota di risparmio effettivo per ciascun anno pari al 60% del costo del personale cessante;
- un effetto economico di manovra per anno pari alla metà del potenziale risparmio annuo (infatti, gli effetti economici di manovra non possono essere attribuiti per intero all'anno su cui intervengono dal momento che il personale cesserà nel corso dell'intero anno lavorativo).

RUOLO	Costi personale cessante non reintegrato (€/2000)		
	2010	2011	2012
AMMINISTRATIVO	4.948	4.442	3.635
PROFESSIONALE	-	-	42
SANITARIO	15.569	21.730	27.327
TECNICO	6.782	4.345	3.049
Totale	27.299	30.017	34.053
Quota di risparmio pari al 60% della riduzione costi personale	16.379	18.010	20.432
Manovra marginale	6.130	17.955	19.221
Manovra cumulata	8.190	25.985	44.606

Al fine dell'attuazione della manovra di blocco del turnover per il periodo 2010-2012 la Regione si impegna ad adottare una Delibera di Giunta Regionale, entro il 31 gennaio 2010, che:

- fissi il blocco di nuovi assunzioni nei limiti delle percentuali di turnover definite, prevedendo che le reintegrazioni siano prioritariamente disposte laddove insistano maggiori criticità;

linee guida prevedranno la soppressione delle unità operative, complesse e semplici, ridondanti a seguito della fusione delle ex-ASL in ASP;

- avvi una ricognizione straordinaria del personale in essere nelle singole aziende da completarsi entro il 31 dicembre 2009 al fine di creare le premesse per le successive fasi di riorganizzazione e di definizione delle dotazioni organiche;
- definisca un percorso che, in base alla normativa vigente e alle compatibilità del piano, conduca la ridefinizione a regime dell'assetto giuridico della Fondazione Campanella.

Al fine del costante monitoraggio del costo medio del personale, e nell'ambito delle funzioni dell'Ufficio per il piano di rientro, il Dipartimento Tutela della Salute adotta una Delibera di Giunta regionale, entro il 31 gennaio 2010, che preveda:

- l'obbligo per le aziende sanitarie di invio della consistenza annuale dei fondi relativi alla contrattazione integrativa aziendale;
- l'obbligo per le aziende sanitarie di inviare un rendiconto analitico (per singola matricola) mensile che espliciti il valore erogato relativamente alle voci stipendiali riguardanti la contrattazione integrativa aziendale (paragonato alla consistenza annuale dei fondi);
- la confermare di quanto previsto dalla Legge 11/2009, la quale subordina l'erogazione dell'indennità di risultato all'introduzione/applicazione di un sistema di contabilità analitica a livello aziendale;
- l'adempimento degli obblighi sopra previsti quale obiettivo assegnato al Direttore Generale e al Dirigente Responsabile del Servizio Personale e quale elemento di valutazione al fini della verifica dei risultati di gestione e dell'erogazione dell'indennità di risultato;
- l'avvio formale di una collaborazione con il Ministero della Salute nell'ambito delle previste attività di affiancamento alle Regioni con Piano di Rientro, al fine di potere usufruire di specifico supporto tecnico per la verifica del corretto calcolo dei fondi integrativi aziendali.

Inoltre al fine della verifica dell'obiettivo di contenimento della spesa del personale e in coerenza con la Legge finanziaria 2007 e con la normativa vigente di settore, le rilevazioni da effettuarsi da parte delle aziende tramite compilazione delle tabelle A e B (di seguito riportate) assumeranno cadenza trimestrale a partire dal 1 gennaio 2010.

Tabella A

Denominazione Regione Denominazione Azienda Sanitaria/ Esa	Periodo di riferimento	Totale personale ai contratti stipendiali (A)	Zona per competenza fissa (B)	Zona per competenza variabile (C)	Totale spesa fissa + variabile (D)	Spesa per servizio a carico della ASL (E)	Altre voci di spesa (F)	Totale (G)
Totale in migliaia di euro								
Personale dipendente a tempo indeterminato								
M.E.C.								
Dirigente non medico								
Personale non dipendente								
Personale contratto								
Personale a tempo determinato								
Resezione personale								
Totale								
Indennità Ex-Mater								
Totale rimborso								

- preveda la possibilità di eventuali deroghe ai limiti di reintegrazione fissati dal blocco del turnover per il solo personale sanitario, approvate tramite deliberazione del Direttore del Dipartimento della Salute, e nei soli casi di professionalità infungibili;

- preveda che il mancato rispetto di quanto sopra definito sia sanzionato con la decadenza automatica del Direttore Generale e con la denuncia per danno erariale ai competenti organi dello stesso e del dirigente del Servizio Personale;

• faccia obbligo per le aziende sanitarie l'invio mensile di flussi informativi relativi alla consistenza del personale (dati analitici per matricola), alle cessazioni, alle figure di personale alpico (consulenze, collaborazioni, lavoro interinale e altre prestazioni di lavoro) da trasmettere entro il 15° giorno successivo al mese di riferimento. La trasmissione dei suddetti flussi avrà decorrenza immediata e dovrà essere indirizzata all'Ufficio per il piano di rientro. L'adempimento di tale obbligo costituirà elemento di valutazione al fine dell'erogazione dell'indennità di risultato del dirigente responsabile del Servizio Personale.

- **Sospensione provvedimenti nuove assunzioni**,
La regione adotta una delibera di Giunta Regionale, contestualmente all'approvazione del presente Piano, con la quale viene stabilita la sospensione di qualsiasi procedura riguardante l'assunzione di nuovo personale, di cui alle seguenti Delibere della Giunta Regionale: 1) tutte le DGR adottate in giugno 2009; 2) DGR n. 544 del 7 agosto 2009 e successive integrazioni; 3) DGR n. 639 del 21 settembre 2009. Ciò al fine di procedere ad una rivalutazione delle esigenze di personale, attraverso una verifica puntuale da parte dell'Ufficio per il Piano di rientro, alla luce dei provvedimenti di accorpamento e razionalizzazione della rete sanitaria. Quanto sopra ferme restando le disposizioni da applicarsi in caso di adozione di atti assunti, in difformità dalla legislazione vigente, anche con riferimento al personale stabilizzato.

Riduzione del costo medio del personale

- Si confermano le seguenti manovre:
- allineamento della quota fondi procapite per la contrattazione integrativa alla media nazionale attraverso la ridefinizione dei fondi aziendali e la relativa rinegoziazione sindacale. Tale intervento, che configura un risparmio stimato di 18.251 €/000, sarà perseguito nel biennio 2010-11 (e non nel triennio 2010-12 come precedentemente ipotizzato);
 - riduzione del costo medio del personale per un risparmio stimato nel triennio di 5.299 €/000, a seguito del bilanciamento del mix comparto-dirigenza conseguente alla ridefinizione degli atti aziendali e all'adeguamento delle piante organiche rispetto agli interventi di riorganizzazione e riqualificazione della rete di assistenza.
- Al fine dell'attuazione delle suddette manovre e per garantire il necessario monitoraggio e controllo in merito alla relativa attuazione, la regione si impegna ad adottare una Delibera di Giunta Regionale, entro il 31 gennaio 2010, che:
- preveda il divieto assoluto di creazione di nuove unità complesse, fino all'approvazione dei nuovi atti aziendali che recepiscano la legge sull'accorpamento del maggio del 2007, la razionalizzazione delle rete ospedaliera-territoriale e i requisiti minimi di accreditamento;
 - preveda l'obbligo per le aziende di elaborare i nuovi atti aziendali entro il 31 luglio 2010, sulla base delle linee guida predisposte dal Dipartimento Tutela della Salute entro la data limite del 30 maggio 2010. Le

Indicatori di verifica del mantenimento dei tetti saranno pertanto, oltre alla SDO, anche la verifica del rispetto delle scadenze previste per l'invio.

7. Prestazioni da privati - ambulatoriale, riabilitazione extraospedaliera, protesica e altre prestazioni

La Regione provvederà ad emanare con delibera di Giunta Regionale i tetti per il triennio 2010-2012, entro il 31 gennaio 2010. Nella delibera saranno esplicitati:

- l'iter procedurale e i termini temporali per la sottoscrizione dei contratti per l'anno 2010 da parte dei privati da concludersi entro il 28 febbraio 2010;
- la sospensione dall'accreditamento agli erogatori privati che non sottoscrivessero gli accordi definiti entro i termini suddetti;
- le sanzioni a carico dei Direttori Generali in caso di inadempienza degli iter procedurali deliberati (valutazione negativa degli obiettivi assegnati, decadenza);
- l'obbligo di invio mensile dei flussi regionali di competenza;
- l'istituzione di un processo di controllo e verifica dei dati trasmessi sia a livello aziendale che regionale;
- un'eventuale proroga dei termini di adeguamento ai requisiti minimi previsti dalla Legge Regionale sull'accreditamento.

Indicatori di verifica del mantenimento dei tetti saranno pertanto, oltre ai flussi regionali, anche la verifica del rispetto delle scadenze nell'invio.

8. Farmaceutica territoriale

Per la farmaceutica convenzionata la manovra di risparmio si attesta a 82.832 €/000 nel triennio 2010-12 rispetto al tendenziale. Ai fini dell'attuazione della manovra di risparmio previste su tale voce di costo, si detagliano i seguenti interventi:

- a. **Mantenimento ticket nel triennio 2010-12** L'analisi dei dati regionali ha evidenziato a luglio 2009 una crescita della quota di partecipazione alla spesa superiore di circa 2,7 €/min rispetto a luglio 2008; in base a tale dato, la manovra ticket configura un valore di 30 €/min anno di cui 15 €/min perseguiti nel 2009 (considerando che il ticket è già in vigore da giugno 2008) e 15 €/min da configurare come ulteriore riduzione della spesa tendenziale nell'anno 2010.

- o La Regione ha già adottato l'applicazione di compartecipazione attraverso la Delibera n.247 del 5 maggio 2009

- b. **Potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci del PHT e dell'ossigeno terapeutico** - La spesa per farmaci inseriti nel PHT vale a livello regionale 80 €/min, mentre per quanto concerne l'ossigeno terapeutico la spesa consuntiva 2008 ammonta a 15 €/min. Considerando lo spostamento in distribuzione diretta si prevede (considerando una riduzione di almeno il 40% sul prezzo di acquisto e il costo di servizi aggiuntivi di distribuzione) un risparmio di 32 €/min (pari quindi a un terzo dell'attuale spesa). Dal punto di vista attuativo la regione prevede i seguenti step:

- definizione con delibera di Giunta Regionale delle procedure per avviare la scontistica sui prezzi di acquisto con le aziende produttrici di farmaci contenuti nel PHT entro 31 gennaio 2010;
 - definizione accordo entro 31 gennaio 2010 con le farmacie convenzionate e i distributori (ADF) per l'avvio dei servizi di distribuzione per conto;
 - delibera di Giunta Regionale entro il 31 gennaio 2010 per obbligo alle aziende in merito alla distribuzione diretta dell'ossigeno terapeutico;
 - delibera di Giunta Regionale per approvare linee guida stringenti per i medici prescrittori in materia di prescrizione dell'ossigeno terapeutico entro il 31 gennaio 2010.
- c. **Azioni di controllo sulla appropriatezza prescrittiva e iper-prescrizione.** Con tale intervento si intende perseguire una riduzione del 5% delle ricette. La stima di risparmio minimo perseguibile è pari a 25 €/min, da realizzarsi tra il 2010 e il 2011, considerando che il valore medio della ricetta (dato 2008) ammonta a 20 euro e che il 5% delle ricette (anno 2008) ammonta a 1.225 mln di unità. In termini attuativi la regione provvederà entro il 31 gennaio 2010 ad approvare, tramite delibera di Giunta regionale, le Linee Guida vincolanti per l'appropriatezza prescrittiva delle categorie di farmaci che maggiormente incidono sulla spesa, in particolar modo per le categorie dei cardiovascolari, degli antimicrobici e dell'ossigeno terapia. Tale azione prevederà anche un miglioramento qualitativo del flusso dei dati da realizzarsi entro il 31 gennaio 2010 (con riscontro effettivo entro il 31 dicembre 2008) utilizzando lo strumento della tessera sanitaria elettronica. Pertanto si prevede l'implementazione di un sistema di controllo sulla iper-prescrizione attraverso i seguenti step:
- implementazione entro il 31 gennaio 2010 con delibera di Giunta Regionale di un set di indicatori di controllo per il monitoraggio delle prescrizioni, anche attraverso la definizione di una collaborazione con SOGEI, al fine di istituire una reportistica mensile sui dati delle ricette utilizzando anche la tessera sanitaria elettronica;
 - definizione entro il 31 gennaio 2010 con delibera di Giunta Regionale della procedura di controllo periodico e di richiamo ai MMG rientranti nella categoria iper-prescrittori; definizione di un sistema sanzionatorio a seguito dei richiami.
- d) **Manovra di monitoraggio uso generici e controllo prezzi:** con tale intervento la regione intende avviare un'azione ispettiva di monitoraggio sui MMG, per l'utilizzo dei farmaci generici in attuazione della DGR 93/2007 e intensificare gli accordi con i MMG. Dal punto di vista operativo si prevede:
- la stipula, entro 31 gennaio 2010, di accordi con i medici prescrittori, al fine di incrementare le prescrizioni dei farmaci generico/equivalenti per i quali verrà presa in considerazione la valorizzazione e responsabilizzazione dell'atto medico tendente a far utilizzare il farmaco più efficiente per conseguire i migliori risultati terapeutici. A tal proposito i prescrittori, in caso di prescrizioni di farmaci coperti da brevetto per le categorie a più alto consumo, e che generano una spesa più elevata, saranno tenuti ad indicare la situazione clinica farmacologica caratteristica di ciascun paziente che ha indotto a tale prescrizione; i suddetti casi saranno inoltre oggetto di opportune azioni ispettive di monitoraggio.

9. Farmaceutica ospedaliera

Per la farmaceutica ospedaliera la manovra di risparmio si attesta complessivamente a 14.836 €/000 nel triennio 2010-12 rispetto al tendenziale. Ai fini dell'attuazione della manovra di risparmio prevista su tale voce di costo si detagliano i seguenti interventi:

10. Acquisto di beni e servizi

Per l'acquisto di beni e servizi la manovra di risparmio si attesta complessivamente a 67.192 €/000 nel triennio 2010-12. Ai fini dell'attuazione della manovra di risparmio prevista su tale voce di costo, si detagliano i seguenti interventi:

- riduzione della spesa per beni e servizi, a fronte degli interventi di riconversione di strutture per acuti ad altre forme di assistenza (risparmio stimato nel triennio pari a 44,8 €/min); per i razionali di manovra e le relative modalità attuative si rimanda alla descrizione della manovra di riconversione.
- fissazione, attraverso delibera di Giunta Regionale, entro il 31 gennaio 2010, del budget di spesa relativi ad acquisto di beni per ciascuna azienda, assegnando come tetto massimo per la spesa di beni e servizi e altri componenti di spesa gli importi previsti a conto economico programmatico (risparmio stimato nel triennio pari a 22,3 €/min).

Contestualmente entro il 31 gennaio 2010, con delibera di Giunta Regionale, la Regione si impegna a definire un sistema di monitoraggio gestionale che preveda il monitoraggio dei tetti di spesa aziendali e il controllo degli scostamenti, prevedendo sanzioni ai Direttori Generali nel caso di non rispetto del budget.

In merito alla Stazione Unica Appaltante, la Regione con delibera di Giunta Regionale definirà le seguenti azioni:

- entro il 31 gennaio 2010 modifica dello strumento di finanziamento della SUA, che attualmente prevede una somma pari all'1% dell'importo posto a base di ogni singolo provvedimento di gara, con una nuova forma di finanziamento che prevede un budget prefissato per il funzionamento della struttura SUA;
- potenziamento della collaborazione tra la SUA e la Consip (al fine di rendere obbligatoria l'adesione al minor prezzo praticato a livello nazionale) e l'implementazione a livello regionale di un sistema di monitoraggio di verifica in merito all'obbligo di adesione alle convenzioni CONSIP;
- attuazione, tramite la SUA, di una ricognizione puntuale delle gare in corso;
- effettuazione da parte del Dipartimento Salute, a partire dal 1 gennaio 2010, di controlli trimestrali a campione sulle fatture di acquisto di beni in economia, al fine di verificare l'allineamento dei prezzi di acquisto alle convenzioni Consip.

Al fine del perseguimento degli obiettivi di risparmio, la Regione, con delibera di Giunta Regionale da emanarsi entro il 31 gennaio 2010, definirà la seguente procedura da adottare nelle singole aziende:

- individuare, in capo ai servizi già presenti, un referente unico per singola azienda e per ogni tipologia di acquisto, associata a una o più voci contabili di spesa, che svolga i seguenti compiti
 - o definire ad inizio anno un budget di volumi e di spesa per tipologia di acquisto ed inviarlo al vertice aziendale per l'approvazione e per l'invio successivo alla SUA per la predisposizione della gara;
 - o autorizzare l'emissione degli ordini di acquisto sulla base dei contratti stipulati;
 - o verificare alla fine di ogni mese la congruità degli acquisti svolti con il budget assegnato ed inviare i dati relativi al vertice aziendale;
 - o accertare mensilmente che quanto consumato sia correttamente registrato a livello contabile ed eventualmente proporre delle rettifiche alla contabilità;

a) Riduzione consumi per riconversione ospedali acuti in altre forme assistenziali: tale intervento configura un risparmio di 11,9 €/min nel triennio 2010-12; per i razionali di manovra e le relative modalità attuative si rimanda alla descrizione della manovra di riconversione.

b) Razionalizzazione acquisti e monitoraggio: tale intervento configura un risparmio complessivo di 25,4 €/min nel triennio 2010-2012. Tale manovra si realizzerà attraverso la revisione del PTOR, gli accordi con le aziende produttrici e l'avvio delle gare telematiche (per le modalità operative di centralizzazione acquisti attraverso il potenziamento della SUA si rimanda al successo paragrafo 10 "Beni e servizi"). Inoltre, la Regione avvierà una dettagliata ricognizione sulla spesa farmaceutica ospedaliera nelle singole aziende, al fine di verificare il comportamento di acquisto e il consumo dei farmaci.

c) Incremento per spostamento in distribuzione diretta dei farmaci del PHT e dell'ossigenoterapia: si configura un incremento di spesa pari al 70% del valore complessivo dei farmaci e dell'ossigeno terapeutico portato da farmaceutica convenzionata in distribuzione diretta; in virtù della nuova valorizzazione della distribuzione diretta pari a 32 €/min (invece dei 37 €/min della precedente versione) tale incremento complessivo di spesa ammonta a 22.400 €/000

Per la realizzazione della manovra di risparmio sulla farmaceutica ospedaliera, la regione intende avviare:

- Il potenziamento, attraverso delibera di Giunta Regionale, entro il 31 gennaio 2010, nell'ambito del Dipartimento Tutela della Salute, dell'ufficio Politica del Farmaco al fine di rafforzare le funzioni di:
 - o aggiornamento periodico del PTO, che ha carattere vincolante;
 - o contrasto alle acquisizioni di farmaci, nell'ambito di attività promozionali, che condizionano la prescrizione territoriale;
 - o controllo in merito al rispetto delle limitazioni prescrittive previste dalle Note AIFA;
 - o rafforzamento della farmacovigilanza attiva e iniziative d'informazione indipendente sui farmaci nell'ambito dei progetti regionali approvati dall'AIFA;
 - o centralizzazione di tutti i flussi informativi relativi al monitoraggio dei consumi farmaceutici e della spesa.

• aggiornamento del prontuario terapeutico ospedaliero a carattere vincolante entro il 31 gennaio 2010 con delibera di Giunta Regionale;

• emissione di linee guida per i farmaci che hanno provocato incremento di spesa o criticità d'impiego (es. oncologici, biologici) entro il 31 gennaio 2010 con delibera di Giunta Regionale;

• introduzione dell'obbligo di prescrizione alla dimissione da ricovero e da ambulatorio specialistico di farmaci con brevetto scaduto entro il 31 gennaio 2010 con delibera di Giunta Regionale;

• pubblicazione del bando di gara unica regionale per l'acquisto dei farmaci inseriti nel PTO ad opera della SUA entro il 28 febbraio 2010;

• definizione, entro il 31 dicembre 2010 con delibera di Giunta Regionale, del piano di razionalizzazione nelle ASP della logistica distributiva anche attraverso la realizzazione di magazzini centralizzati.

Al fine del successo dell'operazione la Regione decide di utilizzare i flussi nazionali per il consumo dei farmaci ospedalieri, avviando una centralizzazione degli stessi presso il servizio di monitoraggio Regionale entro il 31 gennaio 2010.

(1) Istituzione del Coordinamento dei Direttori delle Centrali Operative 118 e del comitato dei Direttori DEA in due organismi distinti che dialogano tra loro sotto lo stretto coordinamento dell'Assessorato che evoca a livello regionale il coordinamento e le decisioni in materia di Emergenza-Urgenza Sanitaria attraverso appositi Sectors con Dirigente dedicato.
 (2) Più o meno 20 % in funzione del numero di PS convertiti in punti di primo intervento fisso o mobile e applicazione riduzione guardia medica

12. Programma operativo per la gestione del rischio clinico

Il Centro Regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente è composto dai risk manager di tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione. Ai fini della gestione del Rischio clinico, il Centro ha elaborato le seguenti azioni e procedure approvate con delibera di Giunta Regionale del 18 giugno 2009, n. 369:

- gestione della documentazione sanitaria (cartella clinica, consenso informato, scheda unica di terapia, check-list pre- e intraoperatoria) con definizione dei requisiti e indicatori di controllo;
- applicazione delle raccomandazioni ministeriali (uso del cloruro di potassio, identificazione del paziente e del sito chirurgico, prevenzione della ritenzione di garze e strumenti nel sito chirurgico) con predisposizione delle check-list e relativi indicatori;
- procedure per la segnalazione degli eventi sentinella e per la segnalazione spontanea degli eventi o quasi eventi (incident reporting) con relativa formazione degli operatori;
- procedure per la prevenzione delle cadute in paziente ospedalizzato e foglio informativo per l'accoglienza in reparto;
- procedura, attraverso somministrazione di questionario, per l'accertamento e il monitoraggio delle opinioni degli operatori sulla sicurezza del paziente.

Il programma operativo per i prossimi sei mesi è stato approntato tenendo conto della necessità di applicare quanto pianificato.

Le priorità individuate sono le seguenti:

- Formazione capillare di tutti gli operatori (Capo Dipartimenti, Responsabili delle Unità Operative, personale infermieristico) sull'applicazione delle azioni e procedure sopraindicate. Tale azione deve essere conclusa entro il 31 gennaio 2010.
- Incontri mensili con il predetto personale sotto forma di audit o peer review con stesura di relazioni sui risultati finali ed evidenziazione delle criticità, che valutate dal Centro regionale, consentiranno di agire con azioni correttive. (Il presente obiettivo necessita almeno di un anno di lavoro per il raggiungimento).
- Il Gruppo regionale valuterà l'applicazione delle procedure attraverso l'analisi degli indicatori di controllo individuati. (La valutazione inizierà da gennaio 2010 e consentirà di intervenire sulla scorta dei risultati)
- Valutazione degli audit o root causes analysis condotti a seguito degli ultimi eventi sentinella per individuare piani correttivi di azione (entro gennaio 2010).
- Valutazione delle schede di incident reporting (finora ne sono pervenute n. 30) per intervenire sulle aree di rischio (entro aprile 2010).
- Sulla scorta delle analisi sopra evidenziate (eventi sentinella, incident reporting, peer review) si procederà alla stesura di apposite procedure, o qualora già esistenti, all'applicazione sulle stesse della

- o inviare trimestralmente ai vertici aziendali una previsione puntuale per tipologia di acquisto dei valori di fine anno (pre-consuntivo)
- o in caso di previsioni di sfioramento, individuare delle azioni concrete che permettano di rispettare a fine anno i budget definiti
- definire i seguenti compiti del vertice aziendale:
 - o nominare un referente unico per singola azienda e per ogni tipologia di acquisto;
 - o far rispettare i compiti dei referenti per tipologia d'acquisto sopra descritti;
 - o inviare ad inizio anno un budget di volumi e di spesa per tipologia di acquisto alla Regione ed ottenere una approvazione formale;
 - o verificare mensilmente che quanto consumato sia correttamente registrato a livello contabile e inviare alla Regione i dati economici relativi;
 - o controllare trimestralmente la previsione puntuale per tipologia di acquisto dei valori di fine anno (pre-consuntivo) e inviarla alla Regione per l'approvazione;
 - o in caso di previsioni di sfioramento, inviare alla Regione un piano di azioni concrete che permettano di rispettare a fine anno i budget definiti.

11. Emergenza-urgenza

A supporto delle azioni già indicate nel Piano di Rientro, si allega una tabella che riporta i principali interventi con relative scadenze e i connessi indicatori per monitoraggio periodico

Dati quantitativi e indicatori per il monitoraggio – AREA EMERGENZA URGENZA

Data/indicatore	31/12/2008	30/06/2010	31/12/2010	30/06/2011	31/12/2011	30/06/2012	31/12/2012
Istituzione del Coordinamento dei Direttori delle Centrali Operative 118 e del comitato dei Direttori DEA in due organismi distinti. (1)	30/11/2009						
1. Presentazione piano operativo	320	31/03/2010	310		250		
N° postazioni di guardia medica		310	300				
Informizzazione delle C.O. 118, definizione della rete radio regionale.		31/03/2010					
Definizione dei mezzi medicalizzati sulla base di standard nazionali 118	50				(2)		
Costituzione nazionale e centralizzati basi	4 gestite autonomamente		3 basi a gestione regionale				
Elisoccorso							
Trasformazione Pronti Soccorso in punti di Primo Intervento		31/03/2010					
Formazione Personale Emergenza su base dei nuovi protocolli organizzativi e clinici	Attuali		1/3 del personale		1/3 del personale		1/3 del personale

Note alla tabella:

tecnica FMECA, già utilizzata in parecchie Aziende e sulla quale i risk manager hanno frequentato un corso regionale (a più lungo termine, almeno un anno).

- Predisposizione delle linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici per le seguenti patologie: scompenso cardiaco, ictus cerebrale, dolore toracico e addominale (entro aprile 2010).
- Adozione delle raccomandazioni elaborate in materia di rischio clinico dal Ministero del Salute e condivise con la Commissione salute delle Regioni (entro aprile 2010)
- Recepimento dell'Intesa Stato-Regioni del 20 marzo 2008 (entro febbraio 2010)
- Adozione di linee guida regionali, vincolanti per le Aziende sanitarie, in materia di gestione del contenzioso (entro aprile 2010)

Si procederà inoltre a predisporre le azioni e procedure relative alla gestione dei Farmaci (entro giugno 2010) che troveranno poi applicazione nel corso del II semestre 2010.

Infine si provvederà, nel corso del II semestre 2010, ad una valutazione del rischio clinico dei singoli punti nascita e l'approvazione, entro il 15 novembre 2010, di un provvedimento specifico di riassetto della rete complessiva dei punti nascita in sintonia con il riassetto della rete ospedaliera di cui al paragrafo 5 e quella dell'emergenza-urgenza al fine di garantire livelli adeguati di appropriatezza e sicurezza clinica degli assistiti, con le conseguenti modifiche dei provvedimenti di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie interessate entro il 31 dicembre 2010, con la precisazione che in carenza della suddetta valutazione e dell'approvazione del conseguente provvedimento riorganizzatorio, in via cautelativa, con decorrenza 1 gennaio 2011, saranno in via automatica dismessi i punti di nascita con un numero annuo di parti inferiore a 500.

13. Governo e gestione del PdR

Occorre premettere che l'art. 2, comma 1, della legge regionale 30 aprile 2009, n. 11 affida in via esclusiva alla **Giunta regionale** la competenza a definire, proporre, stipulare, attuare, monitorare e rimodulare con lo Stato l'accordo per il rientro dai disavanzi del servizio sanitario, di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, al fine di pervenire al risanamento strutturale dei servizi sanitari regionali, anche attraverso la ristrutturazione dei debiti contratti.

Per venire incontro alle criticità riscontrate nel piano e al fine di far fronte alle evidenti carenze dei sistemi di monitoraggio nei singoli ambiti organizzativi, gestionali e contabili, la Regione Calabria con la DGR n.302 del 5 maggio 2009 ha adottato la nuova struttura organizzativa Presso il Dipartimento di Tutela della Salute attraverso un nuovo organigramma con l'obiettivo di focalizzare al meglio gli ambiti di controllo e di responsabilità, tuttavia resta la necessità di incrementare le competenze gestionali e tecniche della Regione. A tal fine la Regione prevede la **costituzione**, nell'ambito del Dipartimento di Tutela della Salute, di un **Ufficio per il Piano di Rientro** con lo specifico compito di dare impulso all'attuazione degli interventi di piano e di monitorare costantemente i risultati prodotti.

L'Ufficio sarà creato tramite apposita deliberazione della Giunta Regionale da emanarsi **entro il 31 gennaio 2010**. L'ufficio previsto subenterà alla Cabina di Regia, assumendo tra le sue funzioni anche quella del coordinamento dell'attività di acquisizione e gestione dei flussi informativi delle aziende sanitarie ed ospedaliere. Ai fini proposti l'ufficio agirà in qualità di project manager del Piano di Rientro e fornirà supporto tecnico nella attuazione delle azioni previste.

L'Ufficio sarà coordinato dalla direzione generale del Dipartimento "Tutela della Salute e Politiche Sanitarie" e opererà in stretta collaborazione con i Dirigenti del Settore del Dipartimento e con le figure di riferimento

opportunamente individuate all'interno delle Aziende sanitarie regionali. La composizione dell'ufficio si avvale della presenza dei componenti del team di lavoro dell'Advisor individuato dalla Regione, dei consulenti dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) e dei rinforzi provenienti dallo Stato e dalla Regione affiancatrice. La composizione del gruppo di lavoro, comprendente anche professionalità esterne all'organico regionale, si propone quale ulteriore obiettivo quello del trasferimento di competenze manageriali in materia di sanità pubblica, organizzazione e gestione sanitaria.

L'ufficio supporterà il dipartimento, fatte salve le singole competenze degli uffici del dipartimento a coordinare le seguenti attività:

- rendere obbligatorie la trasmissione dei flussi economici con cadenza mensile e le verifiche mensili con le aziende sanitarie a partire da Gennaio 2010;
- rendere obbligatoria la trasmissione mensile dei dati sanitari relativi all'assistenza ospedaliera pubblica, per farne oggetto delle verifiche mensili;
- avviare la creazione di flussi extragestionali che possano supportare le verifiche sulle altre tipologie di assistenza sanitaria;
- supportare le attività di definizione ed implementazione del nuovo piano dei conti comune a tutte le aziende sanitarie da rendere attuativo a partire da gennaio 2011;
- supportare il dipartimento e le aziende nel miglioramento delle procedure di contabilizzazione e consolidamento dei bilanci aziendali.

L'Ufficio, poi, supporterà il dipartimento ed i singoli uffici dipartimentali nelle attività di monitoraggio, facendo anche ricorso alla istituzione di flussi informativi ad hoc e per il raggiungimento degli obiettivi di analisi precedentemente definiti, per le seguenti aree:

- Personale,
- Farmaceutica convenzionata,
- Farmaceutica ospedaliera e diretta,
- Acquisti di beni sanitari e non sanitari
- Acquisto di servizi
- Prestazioni sanitarie da erogatori privati.

Inoltre, l'Ufficio relaziona periodicamente alla Presidenza della Regione (con cadenza almeno mensile) sullo stato di attuazione del Piano segnalando tempestivamente le principali criticità, i ritardi, i rischi conseguenti e le eventuali azioni per la loro mitigazione.

14. Realizzazione del Piano di rientro, dichiarazione dello stato emergenziale nel settore socio-economico - sanitario nella Regione Calabria ed ulteriori iniziative straordinarie in atto nella regione per il contrasto alla criminalità organizzata.

In primo luogo va tenuta presente che una condizione oggettiva di cui prendere atto, al fine di promuovere ogni utile sinergia per il miglioramento dell'assistenza e della organizzazione gestionale, è costituita dallo stato di

La dichiarazione dello stato emergenziale ha efficacia fino al 31 dicembre 2009.

Premesso quanto sopra, il presente Piano assume l'ipotesi, concertata con il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed il Ministero dell'economia e delle finanze, che la dichiarazione dello stato emergenziale venga prorogata con apposito DPCM, con una rimodulazione del programma complessivo e della definizione degli ambiti di intervento con una correlata OPCM, con riferimento alla conferma delle seguenti macroaree:

- a) la realizzazione delle quattro strutture ospedaliere previste dall'accordo di programma integrativo sottoscritto dal Ministro della salute e dal Presidente della Regione Calabria in data 6 dicembre 2007 (concernente gli ospedali di Catanzaro, della Piana di Gioia Tauro, della Sibaritide e di Vibo Valentia);
- b) la riorganizzazione, l'adeguamento e il potenziamento delle dotazioni tecnologiche della rete ospedaliera esistente;
- c) l'accelerazione delle iniziative per l'adeguamento degli impianti delle strutture sanitarie alla normativa vigente in materia di sicurezza;
- d) l'espletamento delle altre iniziative necessarie al superamento del contesto emergenziale.

In riferimento agli specifici programmi di intervento già deliberati dal Commissario delegato, si prospetta, sulla base della concertazione con il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed il Ministero dell'economia e delle finanze, l'opportunità di:

- confermare, in coerenza con i contenuti del presente Piano, la prosecuzione dei programmi, con le eventuali necessarie rimodulazioni;

- 1) **Realizzazione dei quattro ospedali di Catanzaro, Piana di Gioia Tauro, Sibaritide e Vibo Valentia** (programma approvato il 3 aprile 2008).
- 2) **Superamento del rischio clinico** (programma approvato il 4 luglio 2008).
- 3) **Potenziamento tecnologico delle Aziende ospedaliere di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria**
- 4) **Rete dell'emergenza sanitaria** (programma approvato il 12 novembre 2008).

- non confermare la prosecuzione dei programmi:

- 1) **Ristrutturazione e riconversione ospedale militare di Catanzaro** (programma approvato il 3 aprile 2008).

Attraverso l'utilizzo delle risorse a sua disposizione, il Commissario delegato dovrà altresì realizzare idonei programmi sia di riorganizzazione, adeguamento e potenziamento delle dotazioni tecnologiche delle Aziende sanitarie di Catanzaro, Cosenza, Crotona, Locri, Reggio Calabria e Vibo Valentia, sia di adeguamento alla normativa vigente in materia di sicurezza degli impianti delle strutture sanitarie che saranno mantenute in esercizio.

15. Adozione di misure di regolarizzazione dei pagamenti dei debiti progressi

Nel corso degli ultimi tre mesi del 2008 e dei primi tre mesi del 2009, la Regione si è avvalsa della consulenza tecnico-finanziaria dell'Advisor contabile indicato dal MEF al fine di determinare in via preliminare l'entità dei debiti cumulati al 31 dicembre 2007 e la relativa posizione finanziaria netta. A tal fine è stata pertanto condotta un'analisi conoscitiva basata sull'analisi preliminare dei bilanci delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere del S.S.R. e sulle risultanze della procedura di ascolto certificato posta in essere dal Soggetto Attuatore del Commissario Delegato per l'emergenza economico-sanitaria. A conclusione della predetta analisi, l'Advisor contabile ha consegnato alla Regione il documento "Analisi conoscitiva sulla posizione finanziaria netta dell'aggregato

commissariamento per regioni di infiltrazione mafiosa, in atto presso l'Azienda sanitaria di Reggio Calabria/Palmi, che è retta da una apposita Commissione ministeriale, che fa capo al Ministero dell'Interno.

Va poi rilevato che il presente Piano viene approvato in un momento in cui la competenza della Giunta trova comunque un limite nella presenza, sul territorio regionale, di un Commissario delegato di Protezione civile (giusta OPCM n. 3635/2007), munito di importanti poteri derogatori alle norme ordinarie, ai fini del superamento dello stato emergenziale dichiarato nel settore socio-economico-sanitario ed in particolare per:

- a) la realizzazione delle quattro strutture ospedaliere previste dall'accordo di programma integrativo sottoscritto dal Ministro della salute e dal Presidente della Regione Calabria in data 6 dicembre 2007 (concernente gli ospedali di Catanzaro, della Piana di Gioia Tauro, della Sibaritide e di Vibo Valentia);
- b) la riorganizzazione, l'adeguamento e il potenziamento delle dotazioni tecnologiche della rete ospedaliera esistente;
- c) l'accelerazione delle iniziative per l'adeguamento degli impianti delle strutture sanitarie alla normativa vigente in materia di sicurezza;
- d) l'espletamento delle altre iniziative necessarie al superamento del contesto emergenziale.

Per l'attuazione del programma sono state poste nelle disponibilità del Commissario le risorse finanziarie residue assegnate alla medesima Regione ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67.

La Regione Calabria rappresenta che in esecuzione dell'OPCM citata, il Commissario delegato ha deliberato ed ha in corso i seguenti programmi d'intervento:

- 1) **Realizzazione dei quattro ospedali di Catanzaro, Piana di Gioia Tauro, Sibaritide e Vibo Valentia** (programma approvato il 3 aprile 2008, per un importo di circa € 319.000.000, di cui circa € 228.144.000 a carico dello Stato e circa € 90.856.500 a carico della Regione).

In relazione a tale programma sono operanti i seguenti soggetti attuatori:

- Prefetto dott.ssa Silvana Riccio (realizzazione del nuovo ospedale di Vibo Valentia);
- Ing. Fabrizio Colcerasa (realizzazione del nuovo ospedale di Catanzaro);
- Prefetto dott. Giuseppe Zammini Quirini (realizzazione del nuovo ospedale della Piana);
- on.le dott. Giuseppe Aloise (realizzazione del nuovo ospedale della Sibaritide);

- 2) **Ristrutturazione e riconversione ospedale militare di Catanzaro** (programma approvato il 3 aprile 2008).

In relazione a detto programma opera, come soggetto attuatore, l'ing. Gaetano Costa;

- 3) **Superamento del rischio clinico** (programma approvato il 4 luglio 2008).

In relazione a detto programma opera, come soggetto attuatore, il dott. Marco Rapellino;

- 4) **Potenziamento tecnologico delle Aziende ospedaliere di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria** (programma approvato il 16 settembre 2008, per un importo di circa € 123.150.000, di cui circa € 107.500.000 a carico dello Stato e circa € 16.650.000 a carico della Regione);

- 5) **Rete dell'emergenza sanitaria** (programma approvato il 12 novembre 2008).

Tutti i soggetti attuatori sono stati nominati di concerto tra Regione e Ministero della salute e col parere favorevole del Dipartimento nazionale di Protezione civile.

sanitario della Regione Calabria" (31 marzo 2009), contenete i risultati della stessa. Da tale documento si evince che i principali aggregati finanziari al 31 dicembre 2007 (complesso delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere del S.S.R., esclusa la gestione accentrata e tenuto conto delle risultanze della procedura di ascolto certificato) risultano essere i seguenti:

Aggregati Finanziari	€/Min
A) Crediti	417
B) Debiti	2.166
C) Disponibilità liquide	139
D) Posizione finanziaria netta (A-B-C)	(1.610)

Come evidenziato dalla precedente tabella, l'entità complessiva del debito cumulato commerciale, verso istituti tesoreri e verso dipendenti al 31 dicembre 2007 e precedenti, dell'aggregato sanitario (esclusa la gestione accentrata) risulta stimato in via preliminare in € 2.166 milioni.

In particolare, i debiti aggregati cumulati al 31 dicembre 2007 sono risultati essere in via preliminare così composti:

Debiti	€/Min
1) Mutui	7
2) Regione	32
3) Comune	2
4) Aziende Sanitarie Pubbliche	10
5) Arpa	1
6) Verso Fornitori	1.105
7) Verso Istituti Tesoreri	314
8) Tributarî	47
9) Verso Istituti di Previdenza	112
10) Altri debiti	502
11) Rettifiche debiti Soggetto Attuatore	35
Totale	2.166

L'importo complessivo di € 2.166 milioni sarà accertato in modo completo e definitivo dalle Regione, includendo altresì le partite debitorie (e creditorie) della gestione accentrata, anche al fine di predisporre gli adeguati strumenti di copertura. A tal fine la Regione si impegna ad accertare in modo definito e completo entro il termine del 31 maggio 2010 la propria posizione debitoria, ivi incluse le somme eventualmente dovute a titolo di

interessi per i ritardati pagamenti, mediante l'attivazione di un procedimento amministrativo-contabile di ricognizione e riconciliazione che coinvolgerà anche la posizione debitoria regionale generata dalla gestione dell'esercizio 2008.

La struttura amministrativa responsabile del procedimento è individuata presso la Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie. Presso tale struttura sarà costituito un apposito Gruppo di Lavoro (GpL) che si avvarrà sia del supporto di AGENAS sia della consulenza tecnico-finanziaria dell'Advisor contabile indicato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. Nello svolgimento delle attività operative, sarà anche ovviamente direttamente coinvolto, ed adeguatamente responsabilizzato, il personale operante nei servizi economico finanziari delle Aziende Sanitarie ed ospedaliere del S.S.R., mediante l'assegnazione di specifiche attività ed obiettivi operativi.

Le azioni specifiche che saranno poste in essere dal GpL, sono:

1) Attività propedeutiche alla riconciliazione

A) predisposizione e formalizzazione degli schemi di flusso rappresentativi del processo di controllo dei documenti contabili relativi ai debiti in essere e di pagamento dei debiti stessi (entro novembre 2009);

B) predisposizione ed approvazione (entro novembre 2009) dei provvedimenti attuativi regionali che prevedano:

- obiettivo dell'operazione;
- natura dell'operazione;
- soggetti ai quali l'operazione si rivolge;
- struttura dell'operazione (linee guida);
- modalità di esecuzione dell'operazione.

C) realizzazione delle azioni informative sull'operazione (entro metà dicembre 2009). È necessario pianificare e stabilire quali devono essere i tempi ed i modi per dare adeguata pubblicità ed informativa sull'operazione (cosa è, a chi è rivolta, modalità di compilazione della reportistica, a chi rivolgersi in caso di dubbio, a chi inviare la documentazione, ecc.). A tal fine si può considerare l'utilizzo dei seguenti mezzi di informazione:

- bollettino Ufficiale Regionale;
- siti internet istituzionali (Regione; Aziende Sanitarie; Associazioni di categoria).

2) Svolgimento delle attività di riconciliazione

A) La struttura amministrativa richiede a ciascuna Azienda Sanitaria e Ospedaliera del S.S.R. l'elenco dei fornitori risultante dalle rispettive anagrafiche contabili-amministrative, nonché l'elenco degli istituti di credito con i quali intrattiene rapporti e l'elenco per numero di matricola dei dipendenti verso i quali risulta maturato un debito.

B) La struttura amministrativa richiede alle Aziende sanitarie, distintamente per ciascun soggetto per il quale risulti aperta una posizione debitoria:

o altri titoli indicante l'avvenuto pagamento ovvero altra causa che ha dato luogo alla cancellazione del debito.

ove il debito non risulti iscritto nella contabilità l'azienda richiede al creditore la produzione della documentazione idonea a dimostrare il proprio credito. Le procedure per il riconoscimento del credito vantato dai terzi e la conseguente iscrizione in contabilità del debito aziendale sono rigidamente e precisamente fissate dalla struttura amministrativa regionale. Tutte le iscrizioni di debiti sono certificate dall'azienda sanitaria competente e ratificate dalla struttura amministrativa e sono comunicate al Dipartimento Bilancio e Patrimonio, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze.

iii. Con riferimento alle posizioni per le quali sussiste un contenzioso in atto la struttura amministrativa si avvale di un adeguato supporto tecnico-legale. Le posizioni sono elencate e per ciascuna sono fornite informazioni sul contenzioso al Dipartimento Bilancio e Patrimonio.

iv. La struttura amministrativa predispone un elenco delle posizioni di debito/credito interne al S.S.R..

E) La struttura amministrativa predispone le procedure, da trasmettere alle Aziende Sanitarie, per la messa a regime del processo annuale di ricognizione e riconciliazione dei crediti/debiti (con specifica indicazione delle attività, dei soggetti/strutture coinvolte, dei tempi e delle responsabilità), da attivarsi in ogni azienda per ogni annualità di bilancio.

16. Procedura di determinazione della posizione creditoria

Le azioni specifiche da porre in essere da parte di un gruppo di lavoro integrato prevedono il coinvolgimento diretto del personale operante nei servizi economico-finanziari delle Aziende Sanitarie ed ospedaliere del S.S.R., con il supporto tecnico dell'advisor contabile indicato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Il gruppo di lavoro procede alla ricognizione puntuale dei crediti vantati dalle aziende verso soggetti terzi. In particolare, per ciascuna Azienda, il GdL individua l'elenco completo dei soggetti debitori (con indicazione del titolo da cui discende il credito aziendale e degli eventuali contenziosi in essere).

Sulla base del suddetto elenco procede ad un riscontro presso i debitori individuati al fine della riconciliazione dei dati amministrativo-contabili.

Per tutte le posizioni eventualmente non riconciliate la struttura avvia ulteriori procedure (procedure alternative) fornendo in proposito istruzioni puntuali alle Aziende. In particolare, ove sia accertata l'inesistenza o l'inesigibilità del credito, previa certificazione da parte dell'azienda competente, la struttura amministrativa ne ordina e ne verifica la relativa cancellazione dalla contabilità aziendale. Dei crediti cancellati è data specifica informazione al Dipartimento Bilancio e Patrimonio, nonché al Ministero dell'Economia e delle Finanze e al Ministero della Salute.

In relazione alle posizioni creditorie per le quali è in atto un contenzioso, la struttura amministrativa si avvale inoltre di un adeguato supporto tecnico-legale. Le posizioni dovranno essere riportate in apposito elenco con specifica indicazione per ciascuna di esse delle informazioni inerenti lo stato del contenzioso. Tale elenco dovrà essere sottoposto al Dipartimento Bilancio e Patrimonio. La struttura amministrativa infine, acquisite le osservazioni, commenti ed indicazioni del Dipartimento Bilancio e Patrimonio condividerà con gli stessi soggetti l'eventuale svalutazione o cancellazione dei relativi crediti.

17. La procedura di pagamento del debito cumuliato al 31 dicembre 2008

La Regione si impegna ad adottare le necessarie misure legislative conseguenti a quanto previsto dal punto 9 dell'Accordo politico siglato in data 23 ottobre 2009 fra lo Stato e le regioni in materia di copertura dei debiti sanitari.

i. Dettaglio fatture ricevute aventi data fino al 31.12.2007 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi versati, indicazione di eventuali notifiche ricevute di cessionari e/o mandatarî all'incasso, procedure legali in corso) e ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un debito;

ii. Dettaglio fatture ricevute aventi data compresa tra il 1 gennaio 2008 ed il 31 dicembre 2008 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi versati, indicazione di eventuali notifiche ricevute di cessionari e/o mandatarî all'incasso, procedure legali in corso) e ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un debito;

iii. Dettaglio dei titoli che abbiano dato luogo a iscrizione di debiti verso altri soggetti;

C) Successivamente, la struttura amministrativa invia apposite comunicazioni ai soggetti risultanti dalle anagrafiche fornitori e dagli elenchi di cui al precedente punto A) (distintamente per ciascun soggetto), da effettuarsi con raccomandata r/r (o fax), con le quali richiede di fornire le seguenti informazioni:

i. Dettaglio fatture emesse aventi data fino al 31.12.2007 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi versati, indicazione di eventuali notifiche ricevute di cessionari e/o mandatarî all'incasso, procedure legali in corso) e di ogni altro titolo che abbia dato luogo alla maturazione ed iscrizione di un credito nei confronti del S.S.R.. Per gli istituti di credito e per i dipendenti saranno predisposti ed inviati agli stessi appositi moduli informativi;

ii. Dettaglio fatture emesse aventi data compresa tra il 1 gennaio 2008 ed il 31 dicembre 2008 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi versati, indicazione di eventuali notifiche ricevute di cessionari e/o mandatarî all'incasso, procedure legali in corso) e ogni altro titolo che abbia dato luogo alla maturazione ed iscrizione di un credito nei confronti del S.S.R.. Per gli istituti di credito e per i dipendenti saranno predisposti ed inviati agli stessi appositi moduli informativi;

D) Sulla base delle informazioni ricevute dai soggetti circolarizzati con le modalità di cui al precedente punto C), ma anche in base alle informazioni inviate e ricevute da soggetti non circolarizzati perché non inclusi nelle anagrafiche fornitori o negli altri elenchi (istituti di credito e dipendenti) e che abbiano comunque provveduto all'invio delle stesse in seguito all'informativa sull'operazione di riconciliazione e ricognizione acquisita, mediante consultazione del Bollettino Ufficiale Regionale e/o dei siti internet istituzionali (Regione, Aziende Sanitarie, Associazioni di categoria), la struttura amministrativa:

i. Verifica e riconcilia le posizioni per le quali sussiste una coincidenza di informazioni rese dalle aziende e dai soggetti creditori. I relativi dati sono trasmessi alle aziende le quali verificano i documenti sottostanti e la sussistenza del debito aziendale e nel caso di esito positivo procedono alla certificazione delle posizioni debitorie pagabili.

ii. Relativamente alle posizioni non riconciliate la struttura dispone un supplemento di istruttoria, fornendo in proposito istruzioni puntuali alle proprie aziende. In particolare:

- ove la posta risulti iscritta a debito dell'azienda sanitaria, ma non a credito di terzi, l'analisi è volta a stabilire se possa essere cancellata dalla contabilità aziendale. In particolare la struttura amministrativa procede alla ricognizione delle procedure di pignoramento subite dalle aziende, verificando la cancellazione dalle rispettive contabilità dei debiti per i quali le procedure si sono concluse; procede alla verifica e alla cancellazione dei debiti che, inseriti in eventuali operazioni finanziarie di ristrutturazione, non sono stati cancellati dai debiti commerciali. L'insussistenza del debito è certificata dall'azienda sanitaria e ratificata dalla struttura amministrativa che ne ordina e ne verifica la cancellazione dalla contabilità aziendale. Dei debiti cancellati è data informazione al Dipartimento Bilancio e Patrimonio, ai Ministeri della salute e dell'Economia e delle Finanze. La struttura amministrativa dispone e verifica che presso le aziende sia apposto un timbro sulle fatture