



CORTE DEI CONTI
SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO
PER IL LAZIO

RELAZIONE
"IL CONTROLLO SULLA SPESA SANITARIA"

Esercizi finanziari 2002-2004

DELIBERAZIONE

1. Premessa

Nel complesso sistema dell'assistenza sanitaria, ove la pluralità di livelli di governo e di atti decisionali si intersecano e generano problematiche di ordine finanziario, merita richiamare il quadro ordinamentale, tuttora in via di evoluzione.

Il finanziamento della spesa sanitaria, a partire dall'anno 2000, era il risultato di un procedimento concertativo tra il Governo statale e quello regionale e trovava la sua consacrazione negli accordi Stato-Regioni, a partire dall'accordo dell'agosto 2000 seguito dal successivo dell'agosto 2001.

Le relazioni tra il Governo centrale e le realtà regionali, improntate a collaborazione reciproca, hanno consentito l'adozione del criterio di ancorare il finanziamento della spesa sanitaria al costo dei livelli di assistenza e delle prestazioni sanitarie.

Infatti, l'accordo sancito nella Conferenza Stato-Regioni il 22 novembre 2001, che definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, precisa che la definizione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) corrisponde all'ammontare delle risorse previste per gli anni 2002-2004 dal precedente accordo dell'8 agosto 2001.

Il sistema pattizio, peraltro, responsabilizzava entrambi i livelli di governo al rispetto di obblighi ed impegni reciproci e consequenziali.

Negli anni successivi (2002-2005), le Regioni, sia per le difficoltà legate all'andamento dei conti pubblici, con ricaduta sul finanziamento loro dovuto, sia per la necessità di subordinare le erogazioni alla previa verifica del rispetto dei patti, hanno dovuto da un lato, far ricorso al sistema delle anticipazioni, con conseguente aggravio dei costi, e dall'altro hanno avanzato richieste di rinnovo degli accordi, ritenendo sottostimato il finanziamento rispetto al fabbisogno.

Il livello di criticità è ulteriormente salito in quanto il sistema di finanziamento previsto dal decreto legislativo 56/2000 ⁽¹⁾, che avrebbe dovuto realizzare l'autonomia fiscale e il principio di solidarietà mediante il fondo

¹ Il finanziamento del SSN, dopo l'entrata in vigore del D.Lgs. 56/2000 si fonda su risorse regionali (IRAP e addizionale IRPEF, compartecipazione all'IVA, accise sulla benzina, altre entrate e ricavi propri, tra cui i ticket versati dai cittadini), mentre le risorse statali, il FSN, sono destinate alla copertura finanziaria di quota parte dei costi per i LEA delle sole Regioni Sicilia e Sardegna, nonché di quelli relativi ad alcuni enti particolari del SSN e per specifici obiettivi previsti da leggi speciali. Le regioni Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia nonché le PPAA di Trento e Bolzano provvedono al finanziamento dell'assistenza sanitaria con risorse a carico dei propri bilanci senza oneri a carico dello Stato. Risorse pubbliche aggiuntive sono destinate al finanziamento degli investimenti e della ricerca in campo sanitario.

perequativo, non si è potuto attuare ⁽²⁾, tanto che il Governo con il decreto legge 30 dicembre 2004 n. 314, convertito con modificazioni dalla legge 1 marzo 2005, n.26, ha sospeso l'applicazione dell'art. 7 del decreto 56 citato e rinviato l'efficacia del DPCM 14 maggio 2004 di definizione dell'aliquota di compartecipazione all'IVA e di ripartizione fra le Regioni.

La sospensione del decreto 56/2000, che riguarda non solo la ripartizione della compartecipazione IVA 2002 ma anche le attribuzioni definitive e le compensazioni per gli anni 2003 e 2004 e le risorse per il 2005, è anche dovuta alla necessità di armonizzare le disposizioni in esso contenute con la nuova veste del Titolo V della Costituzione (legge Cost. 18-10-2001, n. 3) e, a tal fine, è stata istituita con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (art. 3 co. 1 lett. b) Legge 27 dicembre 2002 n. 289 Legge finanziaria 2003) l'Alta Commissione di Studio incaricata di individuare i principi generali per il coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario. Il termine, più volte prorogato, di conclusione dei lavori è spirato il 30 settembre 2005 ed entro la predetta data non risulta che il Governo abbia provveduto, previa intesa Stato-Regioni, ad approvare le proposte per l'adeguamento del decreto 56/2000 ai principi contenuti nel Titolo V della Costituzione.

Tuttavia, se l'effettività del quadro normativo non appare conseguita, per contro gli oneri finanziari per soddisfare i bisogni sanitari dei cittadini manifestano una sensibile tendenza all'accrescimento, che andrebbe contrastata per assicurare la massima economicità di gestione, la proficuità degli interventi, la soppressione dei costosi tempi di attesa, la migliore organizzazione degli apparati centrali e locali, la sburocratizzazione delle procedure e dei collegamenti Stato-Regione e Regione-ASL-Enti Ospedalieri e soprattutto l'efficienza e l'efficacia di un'adeguata misura di monitoraggio e di controllo.

Mentre appare non ancora decollato l'ulteriore sistema di finanziamento della spesa sanitaria, il Governo centrale per "sistematizzare" il gravoso problema delle anticipazioni, ha previsto con le leggi finanziarie 2004 (legge n. 350 del 24 dicembre 2003, art. 3 commi 30 e 31) e 2005 (legge n. 311 del 30 dicembre 2004, art. 1, comma 184) l'erogazione delle anticipazioni, in misura massima del 95% della quota indistinta del fabbisogno sanitario, risultante dalla deliberazione CIPE, al netto delle entrate proprie e al netto della quota di 1.000 miliardi di euro (1200 nel

² Il D.Lvo 56/2000 non è mai stato sinora pienamente operativo: l'applicazione del meccanismo automatico di perequazione, prevista per il 2002 si è avviata con ritardo, infatti i DPCM di definizione dell'aliquota di compartecipazione all'IVA e di ripartizione fra le Regioni sono stati emanati il 7 e il 14 maggio 2004; l'applicazione dell'art. 7 del D.lgs 56 è stata sospesa e l'efficacia del DPCM 14 maggio 2004 rinviata a causa dei ricorsi presentati al TAR del Lazio e alla Corte Costituzionale da alcune Regioni del Mezzogiorno.

2006 e 1400 nel 2007) trattenuta a garanzia del rispetto del tetto per la spesa farmaceutica: situazione questa suscettibile di affievolire, in mancanza di controlli efficaci, gli eventuali inconvenienti collegati con il sistema di provvista finanziaria.

Al fine di verificare il diritto della Regione all'accesso ai maggiori finanziamenti condizionati all'esito delle verifiche da parte del Tavolo tecnico, la Sezione ha interpellato il Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, Ispettorato Generale per la Spesa sociale (I.GE.SPE.S), che ha disatteso le aspettative di proficua collaborazione tra Istituzioni comunque interessate al controllo della spesa sanitaria.

Il presente referto, afferente agli esercizi finanziari 2004 e 2005 e con spunti riguardanti il 2006 sino alla data della sua approvazione, viene prodotto anche in mancanza delle conclusive determinazioni delle risultanze di bilancio per fornire agli organi politici regionali una pronta informativa sulla gestione delle risorse finanziarie destinate alla sanità nonché sulle irregolarità addebitabili alla competente struttura operativa, con riserva, come sarà precisato in prosieguo, di comunicare gli esiti del controllo sull'osservanza o meno delle disposizioni, nazionali e regionali, afferenti alle rappresentazioni di bilancio nonché alla regolarità della tenuta delle sottostanti scritture.

Il seguente prospetto evidenzia una visione globale delle poste del bilancio regionale, interessanti la gestione sanitaria.

Stanziamenti di Bilancio di Previsione e di Rendiconto

Gestione di competenza

(in milioni di euro)

Anno	Funzione Obiettivo	H1 Tutela salute	H2 Strutture sanitarie	H3 Copertura disavanzi sanità	H4 Famiglia e servizi sociali	Totale
	Voci					
2002	1 Bilancio prev. iniziale	6.390	1.304	2.247	199	10.140
	2 Bilancio prev. finale *	6.773	1.302	2.745	264	11.084
	3 Rendiconto generale (a)	6.259	121	1.122	229	7.731
	% 3/2	92,4	9,29	40,8	86,7	69,7
2003	1 Bilancio prev. iniziale	6.684	1.289	1.680	244	9.897
	2 Bilancio prev. finale *	6.869	1.310	1.682	320	10.181
	3 Rendiconto generale (a)	6.660	967	1.626	269	9.522
	% 3/2	96,9	73,8	96,6	84,06	93,5
2004	1 Bilancio prev. iniziale	6.344	1.263	1.047	244	8.898
	2 Bilancio prev. finale *	6.348	1.152	1.101	348	8.949
	3 Rendiconto generale (a)	6.299	922	598	251	8.000
	% 3/2	98,1	80	54,3	72,12	89,3
2005	1 Bilancio prev. iniziale	6.433	1.216	823	288	8.760
	2 Bilancio prev. finale (b)	6.432	1.183	758	288	8.661
	3 Rendiconto generale (c)	6.674	577	147	241	7.639
	% 3/2	103,7	48,7	19,3	83,7	88,2
2006	1 Bilancio prev. iniziale	6.801	633	613	224	8.271
	2 Bilancio prev. finale	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	3 Rendiconto generale (a)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	% 3/2					

* Dati definitivi dopo l'assestamento e le variazioni di bilancio

(a) Dati relativi all'impegnato + accantonamento

(b) Dati assestati al 15 settembre 2005

(c) Impegni provvisori di consuntivo 2005 risultanti al Servizio Ragioneria al gennaio 2006

Fonte: elaborazione Corte dei conti

Dall'esame della tabella si traggono le considerazioni che seguono:

- 1) Gli stanziamenti finali di previsione sono notevolmente incrementati in relazione a quelli iniziali:
 - a. anno 2002: stanziamento iniziale € 10.140 milioni, stanziamento finale € 11.084 milioni con incremento pari all'8,5%;
 - b. anno 2003: stanziamento iniziale € 9.897 milioni, stanziamento finale € 10.181 milioni con incremento pari al 2,78% ca;
 - c. anno 2004: stanziamento iniziale € 8.899 milioni, stanziamento finale € 8.949 milioni con incremento pari allo 0,56%;
 - d. anno 2005: stanziamento iniziale € 8.760 milioni, stanziamento finale (dati assestati al 15.9.2005) € 8.661 milioni con decremento pari all'1,13%.

Ciò comprova, malgrado l'esistenza di serie storiche nonché la conoscenza del fenomeno dell'evoluzione della spesa sanitaria, la **costante sottostima** della previsione iniziale.

- 2) L'andamento non uniforme delle previsioni finali per le quattro funzioni obiettivo nell'arco del quadriennio 2002-2005 rivela la carente capacità previsionale con ricaduta sia sulla gestione ordinaria del settore sanitario di parte corrente e in conto capitale che sugli interventi di ripiano dei disavanzi.

Non appare giustificata, infatti, la previsione di spesa a copertura del deficit sanitario, la quale nel 2002, inizialmente pari a € 2.247 milioni aumenta con l'assestamento a € 2.745 milioni, nel 2003 si mantiene quasi stabile (previsioni iniziali € 1.680 milioni – previsioni definitive € 1.682 milioni) per aumentare nuovamente nel 2004 (previsioni iniziali € 1.047 milioni – previsioni definitive € 1.101 milioni), nel 2005, infine, addirittura diminuisce del 7,8%.

- 3) Riguardo alla predetta F.O. H3 la previsione iniziale nell'anno 2005 di € 823 milioni è corretta con l'assestamento riduttivo di € -65 milioni, (€ 758 milioni).

Lo scostamento tra previsione iniziale e assestamento, pari all'7,8%, dimostra che la previsione iniziale non si è realizzata e che ciò non dipende da eventi nuovi che hanno determinato un errore di previsione, ma da una condotta che non ha tenuto in conto la reale situazione del disavanzo sanitario in crescita e, cosa ancor più grave, non quantificato dall'apparato regionale nella sua precisa entità.

- 4) Appare confermata una sovrastima nell'anno 2005 delle risorse destinate all'Ambito H dal confronto dello scostamento tra previsioni iniziali e stanziamenti assestati che, nell'anno 2002 è pari all'8,51%, nel 2003 è pari al 2,78%, nel 2004 è dello 0,55% mentre nel 2005 diminuisce dell'1,13% rilevando che

l'assestamento non ha svolto la sua funzione di adeguamento delle previsioni di spesa poiché sottrae risorse nel settore sanitario particolarmente carente.

- 5) Appare inoltre che le previsioni di spesa non sono integrate in un disegno programmatico: infatti, non risulta attuato il disposto dell'art. 13, comma 2, lett. b), della L.R. 20 novembre 2001, n. 25 che prevede che il bilancio pluriennale esponga separatamente a) *l'andamento delle entrate e delle spese in base alla legislazione statale e regionale già in vigore (bilancio pluriennale a legislazione vigente)* nonché b) *le previsioni sull'andamento delle entrate e delle spese tenendo conto degli effetti degli interventi programmati nel D.P.E.F.R. (bilancio pluriennale programmatico)*.
- 6) L'inattuazione della predetta disposizione priva la "Governance" regionale della possibilità di verificare il riscontro della copertura finanziaria delle nuove e maggiori spese a carico degli esercizi futuri, in un quadro che rispetti la reale quantificazione delle risorse complessive le quali, alla luce dei più rigorosi limiti di copertura dei disavanzi, dovrebbero essere quanto più precise possibili.
- 7) Per ciò che concerne la gestione finanziaria, la tabella evidenzia che nel 2002 gli impegni più gli accantonamenti pari a € 7.731 milioni rappresentano il 69,7% degli stanziamenti iniziali definitivi pari a € 11.084 milioni, nel 2003 gli impegni più gli accantonamenti sono pari a € 9.522 milioni e rappresentano il 93,5% degli stanziamenti iniziali definitivi pari a € 10.181 milioni e, infine, nel 2004 gli impegni più gli accantonamenti sono pari a € 8.000 milioni e rappresentano l'89,3% degli stanziamenti iniziali definitivi pari a € 8.949 milioni.
Soprattutto nell'esercizio finanziario 2002 l'ammontare complessivo degli impegni (69,7%), notevolmente inferiore allo stanziamento finale, rivela una sottoutilizzazione di risorse e quindi una gestione non rispondente ai principi e ai criteri di sana, efficiente ed economica amministrazione, particolarmente evidente relativamente alla F.O. H2 riguardante le strutture sanitarie: funzione che andrebbe al contrario potenziata e resa efficace per sostenere il confronto con il settore privato anche al fine di contenere i costi complessivi.
- 8) La descritta criticità gestionale è di poco superata negli esercizi finanziari 2003 e 2004 e per la relativa analisi si rinvia alle considerazioni svolte nel successivo paragrafo 4), mentre per quanto riguarda l'esercizio 2005 la Sezione si riserva di riferire nel referto successivo.

Gli esiti degli accertamenti istruttori della Sezione evidenziano come sarà precisato in seguito, una negativa situazione finanziaria delle Aziende USL e di altre Istituzioni sanitarie per le quali non sono stati ancora indicati i mezzi di ripianamento.

Tanto precisato, la riduzione della spesa sanitaria alla chiusura dell'esercizio sembra assumere solo una valenza contabile, in quanto le "economie" si connotano come una "suggerione" contabile, posta in essere per colmare il delta negativo tra le entrate normalmente sovrastimate e le spese sottostimate da coprire con avanzo di amministrazione sovrastimato come evidenziato dal Comitato Regionale di Controllo Contabile nelle sue relazioni che la Sezione condivide pienamente.

2. Considerazioni generali.

Preliminarmente, la Sezione evidenzia che l'impegno e la volontà collaborativi manifestati dal Governo regionale, insediatosi nella primavera 2005, non hanno trovato adeguato riscontro nell'apparato burocratico, come comprova la documentazione riportata in appendice con correlata compromissione della sua funzione di controllo.

Analogo comportamento viene segnalato dal Comitato Regionale di Controllo Contabile.

La Sezione riferisce ugualmente affinché il Consiglio e la Giunta Regionali, edotti delle criticità rilevate nell'azione della struttura, valutino di attivare il rispettivo controllo politico insieme all'adozione di idonee misure atte ad assicurare la necessaria trasparenza ed una più proficua gestione delle risorse finanziarie per fornire all'utenza un servizio migliore, allo stato inappagante e mal conciliabile con le disposizioni della legge regionale 3 agosto 2001 n. 16 (Misure urgenti di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria).

I risultati dei controlli eseguiti – malgrado le considerevoli difficoltà di conseguire una informativa sui dati di bilancio completa, chiara e precisa – fanno emergere, sin d'ora, con riserva di ulteriori approfondimenti nella prossima relazione, che la spesa sanitaria nel Lazio si connota per l'eccessivo peso del settore privato – di difficile controllo – per il volume della spesa farmaceutica, qualificata dalla stessa Regione Lazio "fuori controllo" (Cfr. D.P.E.F. 2006-2008 Regione Lazio pagg. 28 e ss.). Infatti la spesa farmaceutica per il Lazio si eleva nel 2005, secondo la Regione, a € 1,450 mld con un'eccedenza di € 450 milioni rispetto al tetto del 13% stabilito dalla legge finanziaria, la quale nel 2005 – a seguito anche di intesa tra Governo e Regioni del 23 marzo 2005 – detta regole più stringenti per la copertura dei disavanzi, vietando l'indebitamento per la copertura di spese correnti e l'obbligo di coprire il disavanzo dell'anno precedente con le risorse finanziarie dell'anno successivo.

In caso di persistenza del disequilibrio di bilancio sono previsti ulteriori interventi quali l'affiancamento alla Regione del Ministero della Salute per la gestione della spesa sanitaria sino al commissariamento da parte del Presidente della Giunta Regionale.

In ordine ai disavanzi 2003-2004, la Regione ha previsto alcuni interventi riepilogati nel seguente prospetto.

DISAVANZI 2003 e 2004			
La normativa nazionale prevede la copertura entro l'anno successivo a quello di riferimento			
	Disavanzo	Coperture Giunta Storace	Coperture Giunta Marrazzo
Anno 2003	433	Vendita S. Camillo per 313 milioni	Utilizzo fondi statali a copertura disavanzi 2001-2003: 238 milioni
		Economie regionali del Bilancio 2004	Economie regionali del Bilancio 2004
Anno 2004	426	Vendita S. Giovanni e porzioni del S. Maria della Pietà: 150 milioni (stima)	Fondi da ottenere dallo Stato per copertura maggiori oneri 2004, secondo quanto richiesto da tutte le Regioni: 200-250 milioni di euro (stima)
		Economie regionali del Bilancio 2004 e 2005	Economie regionali del Bilancio 2005: 176-226 milioni di euro
Al disavanzo 2004 (426 milioni) dichiarato dalla Regione sono da aggiungere circa 400 milioni di euro che il Governo deve garantire alla Regione Lazio sulla base della legislazione vigente ma che al momento non sono acquisiti:			
- 142 milioni per quota parte del FSN 2004 per gli obiettivi di Piano che la precedente Giunta non ha rendicontato nonché per disavanzi Policlinici e Irccs anno 2004 che debbono trovare copertura con fondi statali			
- circa 260 milioni per la quota di spesa farmaceutica eccedente il tetto stabilito nella legge finanziaria nazionale. Si attende la proposta del Ministro della sanità per il riequilibrio tra le Regioni degli effetti prodotti dal decreto-legge 156/2004, in quanto i vantaggi degli sconti applicati sulle forniture dei farmaci si sono distribuiti tra le regioni in proporzione dei consumi e non degli scostamenti dal tetto, come previsto dalla legge.			
IL "BUCO" 2005			
Bilancio previsione 2005	Spese certe non coperte		
0 euro	- 225 milioni di euro concordamento tra Regione e aziende su fabbisogno Asl.		
	- circa 200 milioni di euro spesa farmaceutica (quota eccedente il 13% a carico della Regione)		
	- Policlinico Umberto I e Policlinico Tor Vergata		

Fonte: DPEF 2006-2008 D.C.R. 21 dicembre 2005, n. 17 pubbl. nel Suppl. ord. n. 6 al "Bollettino Ufficiale" n. 5 del 20 febbraio 2006.

Dai dati suesposti si desume l'entità dei disavanzi regionali nel settore della sanità, i quali potrebbero essere ulteriormente aggravati e nei cui confronti la Sezione si riserva di fornire una più esaustiva illustrazione nella prossima relazione.

Attualmente si richiama l'attenzione del Consiglio e della Giunta regionali sulla gravità della presente situazione finanziaria, determinata, almeno in parte, da un inappagante sistema di controllo a livello centrale e nei confronti delle aziende operative, la cui gestione – come sarà illustrato in prosieguo – non appare conforme ai principi di sana gestione finanziaria.

Inoltre non risulta perseguito il "rispetto del diritto fondamentale del malato alle cure e all'assistenza, l'equilibrio economico del sistema sanitario regionale" (art. 1 L.R. 16/2001 citata) né risultano osservati gli obblighi delle Aziende USL e degli Enti ospedalieri di informativa verso la Regione e la Corte dei conti che esercita il controllo (art. 2), insieme alla constatata carenza di adeguate procedure di controllo interno (art. 4) cui il sistema è rimesso all'esclusiva azione del relativo apparato.

La condotta osservata, invero, è rivelatrice di un assoluto degrado ed è suscettibile di generare anche fattispecie delittuose.

Malgrado tale condotta non collaborativa, la Sezione deve, altresì, rilevare le seguenti criticità:

- 1) numerose richieste istruttorie sono rimaste inevase, nonostante i ripetuti solleciti inoltrati; i pochi elementi trasmessi sono privi di documentazione illustrativa, mentre le tabelle compilate si sono dimostrate inficiate da errori significativi;
- 2) esistenza di uno scostamento tra programmazione amministrativa ed i relativi stanziamenti di bilancio;
- 3) i dati finanziari, evidenziati nel bilancio e nelle correlate scritture contabili, destano perplessità sulla loro affidabilità, perché risultanti da procedimenti non codificati ma esercitati in via di "prassi" rendendo difficile ogni riscontro contabile in presenza della omessa emanazione del regolamento di contabilità in violazione della legge regionale 20 novembre 2001, n. 25;
- 4) la mancanza dell'esercizio dell'attività del controllo a qualsiasi livello, regionale e aziendale, con insorgenza di fatti di degrado amministrativo;
- 5) il controllo effettuato sull'Azienda Policlinico Umberto I, sottoposta come altre strutture a specifico monitoraggio, ha evidenziato la nomina del Direttore generale, alcuni inquadramenti di personale e passaggi di ruolo non pienamente armonizzati con il vigente ordinamento, nonché conferimenti di incarichi di consulenza non giustificati;

- 6) inoltre, presso quest'ultima struttura, la fissazione degli emolumenti del Direttore generale non appaiono in linea con i tetti fissati dal DPCM 19 luglio 1995 n. 502 come modificato dal DPCM 31 maggio 2001 n. 319;
- 7) le procedure di appalto avviate dall'Azienda Ospedaliera S. Filippo Neri sono oggetto di indagine del giudice penale;
- 8) le liste di attesa, non sempre giustificate, hanno indotto il vertice politico ad un approfondimento del relativo sistema per l'adozione di misure correttive;
- 9) si evidenzia che il cattivo funzionamento dell'apparato amministrativo della Regione ha imposto alla Giunta regionale di procedere a sostanziali e radicali mutamenti, strutturali ed organizzativi, con l'adozione dei decreti del Presidente della Regione dal n. 170 al n. 186 del 1° giugno 2005 con cui sono state specificate le competenze attribuite agli Assessori preposti a settori organici di materie di competenza della Giunta regionale insieme al regolamento regionale 27 luglio 2005 n. 16, modificativo del sistema organizzativo della Giunta ivi compresa l'unificazione in un'unica direzione regionale delle attribuzioni in materia sanitaria;
- 10) il bilancio preventivo interessante l'esercizio finanziario 2006 è stato presentato al Consiglio regionale ancora una volta con notevole ritardo stante l'incapacità della struttura di predisporre lo schema di bilancio tempestivamente, con ciò costringendo la Giunta regionale e di conseguenza il Consiglio regionale a ricorrere all'esercizio provvisorio;
- 11) l'esistenza di un oneroso contenzioso con i soggetti privati convenzionati grava la Regione di ingenti oneri finanziari, che sarebbero stati più contenuti ove fossero stati tempestivamente posti in essere adeguati interventi correttivi.

La gestione della spesa evidenzia, sino al 2004 il ricorso agli "accantonamenti" disposti dalla Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 37 co. 5 e 7, della L.R. 25 del 2001.

In proposito, si osserva che l'art. 37 della L.R. 20 novembre 2001 n. 25 al 5° comma consente alla Giunta – al fine di conseguire il più efficiente e completo utilizzo delle risorse regionali e di quelle assegnate alla Regione – "di assumere obbligazioni, anche a carico degli esercizi successivi, in conformità con l'importo e secondo la distribuzione temporale delle risorse disposte:

- a. dai piani finanziari, sia di programmazione sia di cassa, approvati dall'Unione Europea e dalle relative deliberazioni del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) di cofinanziamento nazionale;
- b. dai quadri finanziari, sia di programmazione sia di cassa contenuti nelle

deliberazioni del CIPE di riparto di risorse;

c. dagli atti programmatici adottati dal Consiglio.

Nei casi in cui al comma 5, lettere a) e b), l'impegno può essere assunto nei limiti dell'intero stanziamento previsto dal bilancio pluriennale. I relativi pagamenti devono, comunque, essere contenuti nei limiti delle autorizzazioni annuali di bilancio".

Soggiunge il successivo 7° comma che, per i fondi indicati nelle surriferite lettere a) e b), la Giunta può "autorizzare ad assumere impegni nei confronti dei singoli soggetti risultanti aventi diritto a seguito dell'espletamento delle procedure di selezione o di affidamento dell'incarico previste dalle norme di legge o di regolamento, fino a concorrenza dell'intero importo dello stanziamento esistente negli appositi capitoli del bilancio annuale. In tale caso il provvedimento di approvazione delle procedure di selezione o di affidamento dell'incarico sostanzia la scadenza delle obbligazioni nei confronti di tutti i soggetti per i quali, con lo stesso provvedimento, viene riconosciuto il titolo per la concessione del finanziamento o per l'affidamento dell'incarico. Gli importi risultanti dalla differenza fra le somme impegnate e quelle pagate nel corso dell'esercizio vengono riscritte negli stanziamenti di competenza degli appositi capitoli di bilanci annuali successivi fino al completo esaurimento degli impegni originariamente assunti".

L'applicazione delle suddette disposizioni nei confronti della spesa sanitaria e specificatamente per gli "accantonamenti" non appare pienamente rispondente ai principi ispiratori delle stesse, in quanto *è stato constatato che, con riferimento agli esercizi finanziari esaminati dalla Corte (2002-2003-2004), ingenti somme quali 358.978.176,66 euro per il 2002, 705.175.331,01 euro per il 2003 e 600.505.887,72 per il 2004 sono state "accantonate" – asseverate poi dagli artt. 1 e 2 della legge approvativa dei rendiconti generali – senza che possa rinvenirsi alcun collegamento con le situazioni descritte alle surriferite lettere a), b) e c), mentre l'operazione sembra concretare, al contrario, la costituzione di un'ulteriore riserva di fondi da destinare all'esercizio successivo.*

Di conseguenza, è stata violata la regola fondamentale, a rilevanza costituzionale dell'annualità del bilancio (art. 81 Cost.), confermata nell'art. 17 della surriferita L.R. 25/2001 insieme all'ulteriore principio di procedere ad impegni in presenza di un'obbligazione giuridicamente valida oppure – per le spese in conto capitale – per coprire gli oneri finanziari afferenti ad iniziative realizzabili in molteplici esercizi con l'iscrizione degli stanziamenti, non utilizzati alla chiusura dell'esercizio finanziario, tra i residui di stanziamento (art. 40 L.R. 25/2001).

Con deliberazione n. 944 del 15 novembre 2005, con riferimento allo

schema di decreto legislativo approvato dal Consiglio dei Ministri in data 20 luglio 2005, relativo ai principi fondamentali in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici di cui alla legge n. 131/2003, la Giunta regionale ha esplicitamente escluso – convenendo sostanzialmente con l'orientamento della Sezione - l'applicazione delle disposizioni contenute nel citato art. 37, comma 7, della L.R. 25/2001 al settore sanitario, limitandone il ricorso ai soli stanziamenti di spesa previsti dall'ambito A concernente le assegnazioni comunitarie nonché i relativi capitoli di cofinanziamento nazionale e regionale.

Osserva la Sezione che il suddetto schema di decreto legislativo del 29 luglio 2005 ancora in fase di emanazione ha forza non già innovativa dell'ordinamento contabile bensì solo ricognitiva del sistema di contabilità e, pertanto, adeguandovisi, la Giunta Regionale ha provveduto ad armonizzare le disposizioni relative al proprio bilancio ai principi giuridici generali e preesistenti.

Per una conoscenza integrale del ricorso agli accantonamenti nel periodo 2002-2004 si rinvia ai seguenti prospetti.

AMBITO H: Sanità e servizi sociali

FUNZIONI OBIETTIVO	2002	2003	2004	
	Artt. 1 e 2 Rendiconto	Artt. 1 e 2 Rendiconto	Artt. 1 e 2 Rendiconto	
F.O. H1 Tutela della salute				
UPB H11 Assistenza sanitaria				
	CAP. H11107	1.587.885	1.702.812	1.779.152
	CAP. H11108	38.931	82.396	1.110
	CAP. H11110	0	43.296	0
	CAP. H11111	85.197	85.197	85.197
	totale UPB H11	1.712.013	1.913.701	1.865.459
UPB H13 Progetti obiettivo, interventi (corrente)				
	CAP. H13101	612.579	512.816	462.006
	CAP. H13102	2.037.336	2.043.096	2.033.883
	CAP. H13103	41.833	41.833	98.916
	CAP. H13104	21.717	21.717	21.717
	CAP. H13105	249.965	249.965	249.965
	CAP. H13106	22.278	22.277	22.277
	CAP. H13107	6.171	0	0
	CAP. H13108	325.368	325.368	325.368
	CAP. H13109	139.443	139.444	139.443
	CAP. H13112	5.323.283	4.388.955	4.092.670
	CAP. H13114	240.197	240.197	188.552
	CAP. H13115	4.893.380	2.354.600	4.299.537
	CAP. H13117	94.745	90	90
	CAP. H13118	3.117.334	4.926.741	6.749.173
	totale UPB H13	17.125.629	15.267.099	18.683.597
T O T A L E	F.O. H1	18.837.642	17.180.800	20.549.056

FUNZIONI OBIETTIVO	2002	2003	2004	
	Artt. 1 e 2 Rendiconto	Artt. 1 e 2 Rendiconto	Artt. 1 e 2 Rendiconto	
F.O. H2 Strutture sanitarie				
UPB H21 Strutture sanitarie correnti				
	totale UPB H21	0	0	0
UPB H22 Strutture sanitarie e altri investimenti (c/capitale)				
	CAP. H22101	148.120	148.120	148.120
	CAP. H22102	1.093.798	363.233.651	352.483.797
	CAP. H22103	657.204	6.858.535	721.148
	CAP. H22104	6.399.155	7.269.736	0
	CAP. H22105	31.905.575	34.667.925	35.801.114
	CAP. H22107	173.507	136.322	136.322
	CAP. H22108	3.414	121.356	3.414
	CAP. H22110	0	767.318	1
	CAP. H22111	1.315.386	1.315.386	1.315.386
	CAP. H22113	407.901	407.901	407.901
	CAP. H22114	0	13.000.000	0
	CAP. H22115	37	300.626	37
	CAP. H22116	0	24.928.948	27.184.245
	CAP. H22513	0	764.629	764.629
	totale UPB H22	42.104.097	453.920.453	418.966.114
T O T A L E	F.O. H2	42.104.097	453.920.453	418.966.114

FUNZIONI OBIETTIVO	2002	2003	2004	
	Artt. 1 e 2 Rendiconto	Artt. 1 e 2 Rendiconto	Artt. 1 e 2 Rendiconto	
F.O. H4 Famiglia e servizi sociali				
UPB H41 Interventi socio-assistenziali (corrente)				
	CAP. H41101	164.200	68.136	23.588
	CAP. H41102	699.408	181.281	181.281
	CAP. H41103	407.286	566.031	513.148
	CAP. H41104	0	907.607	
	CAP. H41106	38.569.755	4.025.210	9.118.827
	CAP. H41107	291.656	10.554.209	7.962.854
	CAP. H41108	921.444	282.802	0
	CAP. H41109	3.153.510	240.918	127.462
	CAP. H41110	516.456		0
	CAP. H41111	177.339	8.764	8.764
	CAP. H41114	0	2.187.674	3.164.803
	CAP. H41115	154.937	88.620	0
	CAP. H41116	7.317	7.317	7.317
	CAP. H41118	16.023	16.023	16.023
	CAP. H41119	0	14.121	14.121
	CAP. H41121	0	0	1.725.384
	CAP. H41125	0	1.226.154	0
	CAP. H41126	0	1.226.154	0
	CAP. H41127	0	0	14.615
	CAP. H41128	0	0	260.000
	CAP. H41544	0	0	15.000
	CAP. H41545	0	0	16.000
	CAP. H41552	0	0	50.000
	totale UPB H41	45.079.331	21.601.021	23.219.187
UPB H42 Interventi socio-assistenziali (c/capitale)				
	totale UPB H42	0	0	0
UPB H43 Immigrazione ed emigrazione (corrente)				
	CAP. H43101	5.580.861	12.504.833	5.677.140
	CAP. H43102	723.040	2.370.601	2.139.214
	CAP. H43104	1.291.142	1.291.142	1.291.142
	CAP. H43105	0	2.384.898	1.640.097
	totale UPB H43	7.595.043	18.551.474	10.747.593
UPB H44 Immigrazione ed emigrazione (C/capitale)				
	totale UPB H44	0	0	0
TOTALE F.O. H4		52.674.374	40.152.495	33.966.780

TOTALE AMBITO H	2002	2003	2004
	Artt. 1 e 2 Rendiconto	Artt. 1 e 2 Rendiconto	Artt. 1 e 2 Rendiconto
	358.978.177	705.175.331	600.505.888

Gli stanziamenti del bilancio 2004 non sono stati integralmente utilizzati: le economie di € 1.549.121.763,58 sono pari al 17,31% dello stanziamento dell'ambito H e al 6,92% della spesa complessiva riferita nel relativo rendiconto generale con le rilevanti e negative conseguenze riferite nel successivo paragrafo 4.

In ordine alle sensibili "economie di bilancio", stabilite per il 2002 in euro 3.712.008.139,68, per il 2003 in euro 1.363.364.702,01 e per il 2004 in euro 1.549.121.763,58, la Corte segnala che le stesse non sono il risultato di eccessive quantificazioni degli stanziamenti definitivi – che è pur sempre un gravissimo errore previsionale per la migliore utilizzazione delle limitate risorse finanziarie – quanto sono determinate presumibilmente dalla necessità di incrementare "l'avanzo di amministrazione".

L'assenza di controlli e di verifica dei bilanci delle Aziende USL non ha consentito di tenere sotto costante osservazione l'andamento dei conti come è dimostrato dai successivi accertamenti le cui risultanze sono evidenziate nell'elaborato fornito dalla Direzione Regionale Programmazione Sanitaria e Tutela della Salute relativo ai conti economici 2003-2004 dal quale si evince il deficit di € 644.970.991 per il 2003, si eleva nel 2004 a € 1.476.316.688, oltre all'ulteriore deficit del 2005 ancora da quantificare.

Di tale gravosa situazione finanziaria non è al presente dato sapere in qual modo la Regione provvederà al relativo ripianamento per assicurare l'equilibrio di bilancio.

Dall'1 gennaio 2006 è stato sospeso il pagamento dei ticket da parte degli utenti del servizio sanitario senza la necessaria copertura finanziaria con la conseguenza che la spesa si incrementerà ulteriormente in assenza di misure correttive;

Regione Lazio

Conto Economico	2003	2004
Contributi in conto esercizio da Regione a dest. indistinta (F.S.R.)	7.011.071.806	7.333.950.653
Altri contributi in conto esercizio	93.596.697	388.787.704
Proventi e ricavi diversi	14.704.212	17.499.650
Concorsi, Recuperi, Rimborsi per attività tipiche	33.267.198	33.477.375
Comp. alla spesa per prestazioni sanitarie	68.677.538	72.776.387
Costi capitalizzati	137.704.102	81.631.626
Ricavi e proventi per servizi socio-sanitari	132.476.538	136.673.826
Totale valore della produzione	7.491.498.091	8.064.797.221
Acquisto di beni sanitari	534.394.048	597.695.463
Acquisto di beni non sanitari	24.852.820	25.507.007
Acquisto di servizi non sanitari	480.289.075	535.841.186
Personale	2.270.450.967	2.350.178.937
Manutenzione e riparazioni	75.501.664	74.811.998
Utilizzo beni di terzi	100.594.153	118.847.050
Altri costi a gestione diretta	181.537.262	217.005.062
Totale acquisto fattori produttivi	3.667.619.988	3.919.886.703
Assistenza sanitaria di base	410.203.880	423.802.671
Assistenza farmaceutica	1.263.011.634	1.409.883.321
Assistenza specialistica da privato	273.703.920	311.796.793
Assistenza riabilitativa	235.839.354	258.721.971
Assistenza integrativa	151.029.005	169.787.708
Assistenza ospedaliera da privato	1.069.948.255	1.330.998.909
Altra assistenza	506.839.822	533.324.885
Acquisto prestazioni sanitarie da pubblico	322.905.626	512.234.469
Totale costo della produzione	7.901.101.483	8.870.437.431
Proventi e oneri finanziari	- 40.452.235	- 42.682.519
Rettifiche di valore alle attività finanziarie	--	- 1.115
Proventi e oneri straordinari	- 28.103.848	- 448.677.144
Imposte dell'esercizio	- 166.811.516	- 179.315.699
Risultato di esercizio	- 644.970.991	- 1.476.316.688

Fonte: Regione Lazio

Per l'eliminazione delle surriferite discrasie, la Sezione raccomanda l'adozione di adeguate misure correttive quali:

- 1) la riconduzione dell'attività gestionale nel rispetto dei principi di sana ed efficiente gestione amministrativa quale necessario presupposto allo scopo di eliminare i deficit annuali di bilancio e di esporre in modo chiaro e veritiero la situazione contabile;
- 2) l'attivazione di un adeguato sistema di controllo le cui risultanze dovranno consentire l'adozione di misure migliorative da portare alla conoscenza della Sezione;
- 3) l'approvazione tempestiva dei bilanci delle Aziende USL, nonché la validità del relativo sistema di controllo.

3. Il riparto del F.S.N.

Con deliberazione n. 26 del 29 settembre 2004 il C.I.P.E. ha ripartito le disponibilità complessive per il Servizio sanitario nazionale, parte corrente anno 2004, ammontanti a 81.287.290.000 euro, distribuendo i seguenti importi:

1. € 78.748.952.000 tra le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano per il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, secondo quanto indicato nella tabella che segue (Tab. n. 1). L'ospedale Bambino Gesù e l'Associazione dei Cavalieri italiani del sovrano militare Ordine di Malta vengono finanziati in base ai valori utilizzati nella compensazione della mobilità concordata;
2. € 6.840.000, ai sensi dell'art. 2 del decreto interministeriale 10 aprile 2002 (medicina penitenziaria);
3. € 774.680.000, quale Fondo di riequilibrio tra le regioni ai sensi dell'Accordo dell'8 agosto 2001 (punti 16 e 17).

La deliberazione prevede, altresì, che siano destinati:

- a) € 1.155.128.000 per programmi speciali previsti dal Piano Sanitario Nazionale a norma della legge n. 662/1996, art. 1, commi 34 e 34bis;
- b) € 601.690.000 per il finanziamento delle quote vincolate, di cui viene assegnato l'importo di:
 - € 111.456.000 per la Croce Rossa Italiana;
 - €150.000.000 per il finanziamento degli Istituti zooprofilattici sperimentali, relativamente al Fondo sanitario nazionale 2004, il cui riparto è riportato nella tabella n. 2.

Rispetto ai punti a) e b) restano accantonate, rispettivamente, le somme di € 1.155.128.000 e € 340.234.000, in attesa di puntuali proposte da parte del Ministero della salute.

A valere sulle disponibilità recate dall'art. 3, comma 52, della legge n.350/2003 (finanziaria 2004), è ripartita tra le regioni interessate la somma di €550.000.000 per l'anno 2004 per il rinnovo contrattuale 2002-2003, di cui €10.000.000 finalizzati al contratto dei dipendenti degli Istituti zooprofilattici sperimentali, secondo la tabella n. 3.

Tab. n. 1

Finanziamento Servizio Sanitario Nazionale 2004

(valori in euro)

Regioni	Totale fabbisogno 2004	Entrate proprie delle aziende USL	Partecipazione delle regioni a statuto speciale	IRAP stimata	Addizionale IRPEF stimata	Fabbisogno sanitario finanziario dal decreto legislativo 56/2000	Fondo sanitario ex decreto legislativo 56/2000	Riequilibrio patto tra le regioni ex accordo 8 agosto 2001	Mobilità sanitaria del 2002 da verificare tra le Regioni con Bambino Gesù e SMOM	Redistribuzione di 300 miliardi del riequilibrio per esclusività religiose (come 2002)	Medicina penitenziaria (dati del MEF)	TOTALE da erogare
		(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Piemonte	6.085.046.950	167.095.971		2.523.360.000	494.440.000	2.900.150.979		49.499.329	20.630.488	8.803.052	853.000	5.857.477.214
Valle d'Aosta	168.408.754	4.341.336	58.257.418	91.230.000	14.580.000	-		-	12.846.806		44.000	93.007.194
Lombardia	12.384.880.203	344.688.926		7.658.680.000	1.175.060.000	3.206.451.279		75.306.393	396.416.244	34.980.549	820.000	12.547.714.465
Bolzano	607.785.913	17.089.039	212.826.875	323.180.000	54.690.000	-			5.575.562	-	38.000	383.483.562
Trento	641.513.310	17.328.157	277.565.153	293.090.000	53.530.000	-		-	12.500.147	-	48.000	334.167.853
Veneto	6.163.100.458	187.978.900		3.158.680.000	504.100.000	2.312.341.558		1.116.586	100.143.975	6.589.419	363.000	6.083.334.538
Friuli	1.686.199.090	47.484.584	809.914.506	689.970.000	138.830.000	-		-	22.289.973	-	160.000	851.249.973
Liguria	2.431.756.502	62.729.872		730.890.000	177.430.000	1.460.706.630		18.831.677	2.595.127	7.764.875	307.000	2.398.525.309
E. Romagna	5.795.073.618	171.955.829		2.864.400.000	496.660.000	2.262.057.789		47.234.664	231.631.645	6.915.458	510.000	5.814.940.228
Toscana	5.126.217.309	138.369.096		2.008.780.000	380.540.000	2.598.528.212		48.443.671	72.489.646	6.108.941	391.000	5.018.394.128
Umbria	1.215.964.982	34.031.402		340.380.000	79.180.000	762.373.580		10.595.226	31.441.978	1.244.096	111.000	1.204.135.428
Marche	2.093.636.987	57.467.177		755.650.000	141.860.000	1.138.659.810		29.180.929	28.142.774	1.758.894	106.000	1.980.711.001
Lazio	7.156.433.516	162.193.247		3.194.490.000	549.290.000	3.250.460.269		105.267.779	70.615.197	37.846.260	782.000	7.067.521.111
Abruzzo	1.789.945.587	41.537.068		446.900.000	99.090.000	1.202.418.519		27.940.966	7.708.821	1.098.237	212.000	1.729.486.611
Molise	460.408.330	12.952.736		34.950.000	21.420.000	391.085.594		2.553.200	4.000.941	-	45.000	440.946.453
Campania	7.307.049.636	163.215.831		1.294.890.000	337.770.000	5.511.173.805		342.939.016	281.427.967	16.662.307	507.000	7.222.514.161
Puglia	5.293.177.185	113.350.898		649.480.000	229.530.000	4.300.816.287		117.961.829	113.252.154	11.428.525	551.000	5.196.515.487
Basilicata	816.841.214	16.926.354		56.150.000	37.200.000	706.564.860		3.088.796	55.737.991	-	53.000	747.318.665
Calabria	2.700.961.098	47.418.994		128.950.000	108.930.000	2.415.662.103		52.603.936	195.277.717	231.659	190.000	2.511.289.981
Sicilia	6.665.293.000	128.084.893	2.832.749.525	1.456.700.000	293.080.000		1.954.678.582	94.281.707	201.422.783	12.192.141	434.000	3.609.943.647
Sardegna	2.159.258.358	45.917.138	626.184.924	562.870.000	113.790.000		810.496.296	24.093.416	52.271.309	1.012.437	315.000	1.460.305.840
Bambino Gesù									149.618.303			149.618.303
A.C.I.S.M.O.M.									28.215.000			28.215.000
Totale Regioni+ B.G.	78.748.952.000	1.982.157.447	4.817.498.401	29.263.670.000	5.501.000.000	34.419.451.274	2.765.174.878	620.043.150	-	154.636.850	6.840.000	72.730.816.152
								Totale entrate proprie e partecipazione regioni a statuto speciale				6.799.655.848
Vincolate e altri enti	601.690.000						601.690.000					601.690.000
Obiettivi di P.S.N.	1.155.128.000											1.155.128.000
Medicina penitenziaria	6.840.000						6.840.000					
Riequilibrio	774.680.000					774.680.000						
TOTALE	81.287.290.000					35.194.131.274	4.528.832.878					81.287.290.000

Fonte: Deliberazione C.I.P.E. n. 26 del 29 settembre 2004 (G.U. n. 264 del 10.11.2004)

Finanziamento Istituti Zooprofilattici sperimentali 2004

(valori in euro)

Regioni	Finanziamento
Piemonte	14.795.466
Valle d'Aosta	
Lombardia	30.786.928
Bolzano	
Trento	
Veneto	17.957.602
Friuli	
Liguria	
Emilia Romagna	
Toscana	
Umbria	11.310.283
Marche	
Lazio	15.380.162
Abruzzo	11.558.631
Molise	
Campania	11.943.032
Puglia	11.148.857
Basilicata	
Calabria	
Sicilia	12.706.136
Sardegna	12.412.904
Totale Regioni	150.000.000

Fonte: Deliberazione C.I.P.E. n. 26 del 29 settembre 2004 (G.U. n. 264 del 10.11.2004)

Rinnovo contrattuale 2002 – 2003 – anno di riferimento 2004
(Legge 350/03, art. 3, c. 52)

(valori in euro)

Regioni	Contributo per il contratto dei dipendenti	Contributo per il contratto degli IZS
Piemonte	50.349.178	1.003.000
Valle d'Aosta	-	-
Lombardia	93.827.439	2.491.000
Bolzano	-	-
Trento	-	-
Veneto	49.898.626	1.350.000
Friuli	-	-
Liguria	22.414.958	-
Emilia Romagna	47.589.547	-
Toscana	42.577.157	-
Umbria	9.799.504	787.000
Marche	17.177.292	-
Lazio	44.942.555	1.103.000
Abruzzo	13.798.153	875.000
Molise	3.266.502	-
Campania	46.350.529	428.000
Puglia	35.255.688	529.000
Basilicata	5.237.666	-
Calabria	20.331.156	-
Sicilia	24.028.497	721.000
Sardegna	13.155.553	713.000
Totale Regioni	540.000.000	10.000.000
Totale contratto		550.000.000

Fonte: Deliberazione C.I.P.E. n. 26 del 29 settembre 2004 (G.U. n. 264 del 10.11.2004)

La tabella seguente evidenzia gli importi del F.S.N. erogati alle Regioni ed alle Province Autonome di Trento e Bolzano (³) nel triennio 2003-2005.

Tab. n. 4

(valori in euro)

Anno	Importo	% incremento
2003	78.403.971.577	
2004	81.287.290.000	3,67
2005 (⁴)	88.195.000.000	8,49

Fonte: Elaborazione Corte dei conti

Merita di essere sottolineata la differenza che si riscontra tra il livello complessivo della spesa del SSN, determinato con la finanziaria 2005 in 88.195 milioni di euro per l'anno 2005, 89.960 ml euro per l'anno 2006 e 91.759 ml euro per l'anno 2007, e il quadro delle previsioni a legislazione vigente recato dal DPEF (Conto delle Amministrazioni pubbliche) ove la spesa sanitaria di parte corrente per gli anni 2004 e 2005 è pari, rispettivamente, a 89.650 e 92.434 milioni di euro.

³ La tabella è stata elaborata tenendo presente gli importi recati per gli anni 2003 e 2004 dalle deliberazioni CIPE di parte corrente, esclusi tutti i fondi a qualsiasi titolo finalizzati e per l'anno 2005 dall'importo fissato nel c. 164 dell'unico art. della finanziaria 2005 (legge 30 dicembre 2004 n. 311).

⁴ L'importo per il 2005 comprende anche 50 milioni di euro a titolo di ulteriore finanziamento a carico dello Stato per l'ospedale "Bambino Gesù".

4. La situazione del Lazio: il riparto del F.S.R.

Il totale del fabbisogno 2004 riconosciuto dallo Stato alla Regione Lazio ammonta a €7.156.433.516,00 e nei confronti del 2002 e del 2003 è aumentato, rispettivamente, dell'8,22% e del 3,91%.

Il predetto fabbisogno riconosciuto alla Regione è stato definito in sede di proposta di riparto delle risorse da destinare al finanziamento del SSN tra le Regioni, approvata dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 12 febbraio 2004 che ha, altresì, stabilito che l'importo da erogare alla Regione ammonti a € 7.067.521.111,00 ⁽⁵⁾.

Il bilancio di previsione 2004 per quanto riguarda l'Ambito H Sanità e Servizi Sociali stanziava in uscita l'importo di € 8.897.431.461,09 pari al 39,59% del totale degli stanziamenti (€ 22.473.365.961,55) mentre l'importo relativo alla spesa sanitaria si stabilisce in € 8.653.875.418,84.

Il finanziamento per livelli di assistenza, riferito alla popolazione residente per l'anno 2004, è stato attribuito alle Aziende Sanitarie Locali con DGR n. 602 del 9 luglio 2004, nel modo seguente:

1. **accantonamento** di una quota del Fondo Sanitario Regionale nella misura del **7%** da ripartire a consuntivo in base ai seguenti elementi:
 - a. *per il livello della prevenzione*: numero degli insediamenti industriali, degli allevamenti animali, dei cantieri edili aperti, attività di prevenzione specifica su sottoinsiemi di popolazione bersaglio;
 - b. *per il livello dell'assistenza distrettuale*: particolari configurazioni territoriali (litorale, zone montane, isole) con scarsa densità di popolazione, prestazioni di assistenza territoriale acquistate all'esterno i cui costi non sono ancora rilevati per residenza dell'utente, farmaci a distribuzione diretta rilevati mediante l'apposito flusso informativo e rete dei servizi a gestione diretta, servizi penitenziari gravanti sul SSR;
 - c. *per il livello dell'assistenza ospedaliera*: rete dei presidi ospedalieri a gestione diretta e tasso di ospedalizzazione per i **43 DGR** di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 secondo la metodologia indicata nella medesima delibera;
 - d. *per i tre livelli di assistenza*: **progetti a rilevanza regionale aventi il**

⁵ L'importo di € 7.067.521.111,00 è il risultato della somma algebrica del totale fabbisogno 2004, detratte le entrate proprie delle Aziende USL e la mobilità sanitaria del 2002 da verificare tra le Regioni con Bambin Gesù e SMOM, sommate al riequilibrio pattizio tra le Regioni ex accordo 8 agosto 2001, alla redistribuzione di € 300 mld del riequilibrio per esclusività religiose nonché alla medicina penitenziaria.

carattere della sperimentazione e della innovazione assistenziale;

2. ripartizione, a preventivo, tra le Aziende sanitarie locali del Fondo Sanitario Regionale disponibile pari a € 6.656.433.516,00, articolato tra i tre livelli secondo la tabella che segue:

Tab n. 5

Livello della prevenzione	€	329.195.942
Da ripartire - al netto del finanziamento dell'ARPA – in base alla popolazione assoluta		
Livello assistenza distrettuale	€	3.101.472.574
Da ripartire - al netto delle entrate proprie e del finanziamento dell'emergenza territoriale – in base alla popolazione assoluta		
Livello assistenza ospedaliera	€	3.225.765.000
così suddiviso:		
- fondo funzioni ospedaliere	€	266.000.000
- fondo riequilibrio	€	107.226.000
Rilevati a livello regionale		
- fondo riabilitazione	€	412.000.000
- fondo ricoveri per acuti	€	2.440.539.000
Da ripartire in base alla popolazione pesata sulla base dei consumi per fasce di età.		

Fonte: Regione Lazio

Nell'ambito del livello assistenza ospedaliera la quota di € 2.440.539.000,00 è destinata alla remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti in regime ordinario e di day hospital nei presidi pubblici e privati accreditati del Lazio nonché per la remunerazione delle prestazioni in mobilità passiva.

Il fondo così individuato comprende il consumo complessivo di prestazioni, incluse quelle erogate in strutture pubbliche e private accreditate di altre regioni, ed è ripartito tra le ASL con i seguenti criteri:

- quota di € 2.285.539.000,00, assegnata in base alla popolazione residente pesata in relazione ai consumi per classe di età;
- per sostenere il percorso di appropriatezza dell'ospedalizzazione è confermato il fondo "maggiori consumi" dell'ammontare di 155 milioni di euro, da ripartire tra le ASL in proporzione al superamento della propria quota di fondo.

Nel caso in cui la remunerazione dei ricoveri ospedalieri complessivamente erogati, ai residenti nella regione, superi i relativi fondi per ASL, inclusa la quota del fondo "maggiori consumi", viene applicato un sistema di abbattimenti tariffari

predisposto unilateralmente dalla Regione.

Il sistema di abbattimenti esclude determinati livelli di assistenza ospedaliera prevedendo la remunerazione integrale di alcune classi di ricovero ritenute "incomprimibili", es. i ricoveri di alta specialità (trapianti, interventi di cardiocirurgia, ustioni e precisamente i DGR: 1, 2, 75, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 302, 458, 472, 480, 481; i ricoveri di day hospital chirurgico; i ricoveri di pazienti in ospedali pediatrici e in reparti pediatrici; i ricoveri in reparti di malattie infettive (cod. 24) ed altri espressamente elencati.

Anche il finanziamento delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione di lungodegenza medica post-acuzie, per il quale è costituito un fondo unico regionale di 412 milioni di euro, è colpito dall'abbattimento tariffario: la DGR citata prevede, infatti, che il valore della produzione venga abbattuto in misura proporzionale al superamento del fondo medesimo.

Il sistema di finanziamento dell'assistenza ospedaliera, definendo il budget complessivo destinato alle strutture erogatrici presenti sul territorio regionale, individua anche i presidi pubblici di ASL quali soggetti produttori di prestazioni di ricovero, remunerati sulla base dell'attività prodotta al pari dei soggetti accreditati, in un regime di libera concorrenza tra pubblico e privato. La Regione conferma quali obiettivi necessari al miglioramento dell'assistenza e alla razionalizzazione della spesa sanitaria:

- ? la riduzione del livello di inappropriatazza dei ricoveri per acuti dei propri residenti, con la conseguente tendenziale ridefinizione del valore economico della produzione coerente con il livello di fabbisogno ospedaliero;
- ? il mantenimento del sistema contrattuale per la regolazione dei rapporti con i soggetti privati accreditati così come previsto, in attuazione del D.lgs. 229/99, dalla DGR 1762/2002, individuando un fondo unico per le case di cura private accreditate pari a € 283.000.000.

Sono state, altresì, applicate alla produzione dei soggetti partecipanti al fondo le stesse regole di abbattimento del sistema di remunerazione generale, con garanzia di distribuzione in relazione al minor abbattimento medio conseguente, dell'importo complessivo del fondo dedicato, salvo il caso in cui la produzione valorizzata a tariffa regionale vigente fosse inferiore al budget. In questa ultima ipotesi la parte che residua sarà ricollocata nel fondo generale destinato all'assistenza ospedaliera per acuti.

Al fine di dare attuazione alla suddetta metodologia di budget specifico unico per le case di cura private accreditate è previsto che i singoli soggetti erogatori sottoscrivano apposito accordo in tal senso nella forma prevista nell'allegato alla

stessa D.G.R. 602/2004.

Per le case di cura private provvisoriamente accreditate, che non accettano la modalità contrattuale proposta, sottoscrivendo l'accordo nella forma prevista, l'alternativa per l'anno 2004 è costituita da:

1. remunerazione tariffaria regionale – calcolata tendo conto dell'attività di controllo e delle soglie di appropriatezza – delle prestazioni erogate dall'inizio dell'anno sino al momento dell'entrata in vigore della deliberazione;
2. remunerazione a tariffa regionale, con le limitazioni di cui sopra, delle prestazioni erogate nella restante parte dell'anno nel limite massimo dell'importo corrispondente al 50% di quelle prodotte nello stesso periodo dell'anno 2003.

Per i soggetti privati provvisoriamente accreditati erogatori delle medesime prestazioni, che non accettano la proposta modalità contrattuale, la Regione ha predisposto modalità alternative di remunerazione.

Si rileva che la quasi totalità dei soggetti erogatori di specialistica ambulatoriale ha un contenzioso pendente con la Regione in ordine all'entità della remunerazione delle prestazioni fornite all'utenza.

La Regione sta procedendo ad una attività transattiva con gli aventi diritto tenuto conto delle sentenze sfavorevoli alla stessa, già intervenute proponendo la corresponsione di un corrispettivo per gli interventi eseguiti dai privati nel periodo 2001-2003 mediante un abbattimento medio del 5% applicato al valore della produzione del triennio, al netto della quota di compartecipazione dei cittadini.

Analogamente per quanto concerne l'attività specialistica ambulatoriale nel settore pubblico ed equiparato per il pieno utilizzo della capacità produttiva al fine di migliorare la situazione delle liste di attesa, è fissato per l'anno 2004 un fondo specifico di € 188.000.000,00, pari al fondo per l'anno 2003, incrementato del 6,75%, destinato alla remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, con esclusione delle prestazioni di dialisi e al netto della quota di partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria, erogate dai soggetti privati accreditati a favore dei cittadini residenti nel Lazio e definirne la remunerazione come indicato nel relativo allegato.

Nell'ambito del fondo predetto, uno specifico finanziamento di €28.700.000,00 è destinato alla remunerazione delle prestazioni di RMN, erogate dalle strutture private provvisoriamente accreditate a favore dei cittadini residenti nel Lazio.

Anche per le strutture private accreditate che erogano prestazioni emodialitiche e per i soggetti erogatori di assistenza specialistica ambulatoriale che insistono nel territorio delle ASL delle province di Viterbo, Rieti, Latina e Frosinone, è stata prevista la centralizzazione, nell'Azienda ospedaliera S.Giovanni – Addolorata, delle procedure di liquidazione e di pagamento delle fatture, previa l'adesione alle forme di remunerazione per le prestazioni rese predisposte dalla Regione.

Nel diverso ambito del livello di assistenza distrettuale è stato avviato nell'anno 2003 il sistema di rilevazione dell'attività riabilitativa territoriale estensiva e di mantenimento (SIAR) erogata dalle strutture di riabilitazione private provvisoriamente accreditate, nelle diverse tipologie assistenziali, sia in rapporto alle modalità di erogazione (residenziale, semiresidenziale e non residenziale) sia in relazione alla complessità dell'attività riabilitativa.

Tra gli obiettivi dell'attività di monitoraggio specifico, infatti, assume particolare rilevanza la verifica dell'appropriatezza e dell'efficacia del progetto riabilitativo rispetto alle condizioni di disabilità dell'utente e ai risultati attesi, in relazione anche al costo complessivo dell'intervento.

Poiché l'acquisizione completa attraverso il SIAR delle informazioni relative all'attività riabilitativa erogata nel 2004 consentirà una più approfondita valutazione del livello di inappropriata nei diversi regimi assistenziali da utilizzare per il sistema di remunerazione dell'anno 2005, la Regione ha ritenuto di fornire alle ASL e ai soggetti erogatori direttive per perfezionare le regole che disciplinano il flusso informativo.

A tal fine e sulla base di una prima analisi dei dati disponibili è emersa l'esigenza di indirizzare il corretto utilizzo delle risorse con riferimento all'impegno assistenziale richiesto per l'attività riabilitativa ambulatoriale riferita a soggetti con età ≥ 18 anni, ed è stato individuato per l'anno 2004, quale criterio per la definizione della remunerazione la durata dei progetti riabilitativi in rapporto all'indice di disabilità del paziente, così come illustrato in un allegato tecnico alla deliberazione n. 602/2004.

Relativamente all'esigenza di definire per l'anno 2005 i criteri clinici di accesso all'assistenza riabilitativa estensiva e di mantenimento erogata in regime ambulatoriale, in particolare per quanto riguarda alcuni gruppi diagnostici, la Regione ha promosso la costituzione di un gruppo di lavoro, con la partecipazione delle Direzioni interessate, dell'ASP e delle associazioni rappresentative delle strutture erogatrici.

Riguardo alla distribuzione delle risorse nelle tre aree di assistenza si può

notare che per il 2004 la percentuale del finanziamento dei singoli livelli rispetto al totale del FSR è, per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, (livello della prevenzione), pari al 4,94% per l'assistenza distrettuale pari al 46,59%, e, infine, per l'assistenza ospedaliera pari al 48,46%.

Rispetto alla distribuzione dell'anno 2003, per cui alla prevenzione era stato assegnato il 4,85% del Fondo, alla distrettuale il 46,25% e all'ospedaliera il 48,89%, la Sezione osserva che gli incrementi della distribuzione del FSR all'assistenza preventiva e distrettuale sono assai poco significativi e che, ancora per il 2004, per quanto riguarda l'assistenza distrettuale e quella ospedaliera, non si avvicinano alle percentuali di rispettivo riferimento, 49,5% e 45,5%, indicate come funzionali alla ottimizzazione dell'allocazione delle risorse dalla Relazione del Tavolo Tecnico dei LEA.

5. La gestione finanziaria 2004.

L'analisi dei dati di consuntivo 2004 evidenzia che l'importo dello stanziamento definitivo, pari a € 8.949.387.280,54, costituisce il 39,96% del totale degli stanziamenti (€ 22.398.433.759,38) e si discosta in aumento dello 0,59% dalla previsione iniziale (€ 8.897.431.461,09).

Come accennato nelle premesse (v. Premessa punto n. 1), il regolare incremento degli stanziamenti definitivi rispetto alle previsioni sembra deporre per una **sottostima costante** delle esigenze finanziarie del settore in sede previsionale.

Tuttavia, la Sezione deve sottolineare che **le risultanze del rendiconto**, come rilevato in precedenza, appaiono **non correttamente rappresentate, a causa della mancata valutazione delle perdite esistenti a livello gestionale presso le entità sanitarie incaricate dell'assistenza sanitaria e della omessa contabilizzazione di alcuni fatti contabili riportati nelle scritture sottostanti: situazione questa aggravata dall'insufficienza di adeguati controlli e dall'esistenza di un sistema operativo non improntato al rispetto dei criteri di sana gestione finanziaria.**

Le ponderazioni e le valutazioni che seguono si fondano sui dati di bilancio, emergenti dalla documentazione regionale, i quali, malgrado la scarsa affidabilità, conducono ad evidenziare sostanziali criticità.

La tabella n. 7 evidenzia per il quadriennio 2002-2004 l'andamento della gestione della spesa riferita all'Ambito H, da cui si evince un trend negativo per gli stanziamenti che registrano una diminuzione dell'8,15% nel 2003 rispetto al 2002 e del 12,10% nel 2004 rispetto al 2003 e del 3,21% nel 2005 rispetto al 2004. Il 2005 rispetto al 2002 registra un trend fortemente riduttivo del -21,86% e, ad avviso della Sezione, ciò può essere determinato dalla necessità di coprire il delta negativo tra entrate previste e spese previste nei rispettivi esercizi finanziari con il ricorso alla quantificazione dell'avanzo di amministrazione calcolato in modo non informato alla metodologia della Corte, la cui applicazione avrebbe fatto emergere disavanzi di amministrazione.

Non presenta uniformità la gestione degli impegni che aumenta nel 2003 del 19,60% per ridursi del 16,07% nel 2004.

Sempre molto elevate sono le somme andate in economia nel 2003 e nel 2004, mentre migliora la situazione dei residui di ciascun anno che, dopo un'impennata nel 2003 (pari al 207,40%), diminuiscono nel 2004 del 79,74%.

Appare interessante analizzare i dati suddetti relativamente alle singole funzioni obiettivo in cui si articola l'ambito H e, precisamente, la Tutela della salute, le Strutture sanitarie, la Copertura dei disavanzi e la Famiglia e servizi sociali.

La successiva tabella (n. 8) evidenzia per l'anno 2004 l'articolazione della gestione finanziaria suddivisa per gli anzidetti settori.

La ponderata valutazione dei dati contabili permette di constatare, anzitutto, che lo stanziamento di bilancio, pari a € 8.949.387.280,54, risulta solo parzialmente utilizzato, e che le economie, pari ad € 1.549.121.763,58, sono una somma considerevole in rapporto allo stanziamento dell'Ambito H (17,31%) e, in relazione al totale generale degli stanziamenti finali sono (€ 22.398.433.759,38), pari al 6,92%, in un settore particolarmente bisognoso di maggiori interventi.

Desta perplessità che lo stanziamento per la funzione obiettivo H1 (Tutela della salute) non sia stato interamente utilizzato, evidenziando una sottoutilizzazione pari al 2,19% in un settore in cui si lamenta la penuria di risorse.

A questo proposito proprio i capitoli destinati al finanziamento delle spese correnti delle UU.SS.LL., ad esempio, l'H11101 "Spese correnti delle unità sanitarie locali relative al servizio sanitario, quota a destinazione indistinta (art. 4 lett. a L.R. 8 settembre 1983, n. 58) Fondi vincolati" e il capitolo H11550 "Spese correnti delle unità sanitarie locali relative al servizio sanitario – quota a destinazione indistinta – fondi regionali", evidenziano la formazione di residui totali di importi elevati, rispettivamente € 1.417.131,29 ed € 162.205.004,20 ed, altresì, di economie pari a €35.417.910,68 ed €53.610.756,87 che potrebbero essere impiegate per l'assistenza sanitaria.

Per quanto riguarda la funzione obiettivo H2 (Strutture sanitarie), l'esame dei dati contabili evidenzia un'elevata percentuale di economie che rappresentano risorse non impiegate per costituire strutture sanitarie adeguate e, cosa ancor più grave, l'inutilizzazione riguarda i finanziamenti disposti dall'art. 20 legge 67/1988 per l'edilizia sanitaria relativamente alla prima fase (cap. H22101).

Non migliore, comunque, è la situazione relativa alla utilizzazione del finanziamento della citata legge per la seconda fase (cap. H22102), atteso che il 42,75% dello stanziamento è andato in economia.

Ma quasi tutti gli stanziamenti recati dai capitoli compresi nella funzione obiettivo H2 sono rimasti inutilizzati, con la conseguente mancata realizzazione o potenziamento di infrastrutture e acquisizione di macchinari e strumentazione tecnologicamente avanzati ai fini di una più qualificata prestazione assistenziale.

Gravissima la situazione contabile nella funzione obiettivo H3 Copertura di disavanzi sanitari ove a fronte di uno stanziamento pari a € 1.101.182.229,80 è stato impegnato solo il 42,74% dell'importo stanziato (€ 470.684.635,45).

In particolare la situazione della Regione rileva che il "delta" tra costosità dei servizi dell'utenza dell'assistenza sanitaria è caratterizzato da disservizi e sprechi.

Un aspetto particolarmente critico riguarda la mancata o, nella migliore delle ipotesi, ritardata liquidazione delle fatture ai creditori delle Aziende Sanitarie per forniture di beni e servizi.

Duele constatare che si tratta di un problema tralatizio, dimostrato dal fatto che nel febbraio del 2000 fu adottata la D.G.R. n. 599, fonte dell'operazione di fattorizzazione, che tuttora perdura. Continuano, infatti, a pervenire per conoscenza a questa Sezione, le richieste delle ditte fornitrici di pagamento della sorte capitale e degli interessi moratori, causa di danno erariale.

La necessità di adottare misure finanziarie contenitive ha indotto la Regione a prevedere forme di pianificazione autoritativa che sono state attuate mediante deliberazioni di giunta annullate nella parte in cui prevedono tetti di spesa oltre i quali le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di ricovero rese dalle Case di cura convenzionate subiscono riduzioni proporzionali.

Poiché alcune sentenze di annullamento emesse dal TAR sono state confermate dal Consiglio di Stato, la Giunta regionale ha adottato la deliberazione n. 1790 del 23 novembre 2001 con la quale autorizzava le Aziende USL a stipulare transazioni con le Case di cura secondo le condizioni e i termini precisati nella stessa DGR.

Fine precipuo della deliberazione era quello di porre fine al contenzioso intrapreso da alcune Case di cura nonché regolare le pendenze contabili del quinquennio 1995-2000, riconoscendo il diritto agli interessi nella misura del 2% annuo e purché le Case di cura sottoscrivessero l'impegno ad abbandonare tutti i giudizi e le procedure esecutive attivate sia contro le ASL che la Regione Lazio e a rinunciare a proporre nuovi giudizi con riferimento al periodo oggetto di transazione.

Relativamente a due transazioni concluse il 2 agosto 2002 e il 1° luglio 2003 tra l'Azienda USL RM H con la Casa di cura I.N.I. e Villa dei Pini, a seguito dell'esame giuridico e contabile dell'accordo transattivi, conferito con deliberazione del Commissario Straordinario del 14 marzo 2005 ad uno studio professionale privato è emerso che:

1. gli atti transattivi, di cui la Casa di cura I.N.I. s.r.l. ha chiesto la risoluzione per inadempimento dell'Azienda USL RM H, sono stati posti in essere dal Direttore Generale pro-tempore dell'Azienda medesima, ai sensi della DGR 1790 del 2001, che prevedeva il rispetto di modalità e criteri ben definiti, mettendo a disposizione delle Aziende le relative risorse finanziarie aggiuntive rispetto alle disponibilità ordinarie, sotto forma di anticipazione straordinaria da parte degli Istituti tesorerieri;

2. nelle transazioni, i criteri e le condizioni stabiliti dalla DGR 1790/2001 risultano totalmente disattesi, in quanto sia la prima che la seconda sono state stipulate tenendo conto di attività effettuate dall'INI s.r.l. a fronte di prestazioni "fuori tetto" e "fuori convenzione" (terapia intensiva e day hospital);
3. la validità di un accordo transattivo concluso in difformità dei criteri della DGR 1790/2001 richiedeva una specifica autorizzazione regionale che nella fattispecie non è intervenuta;
4. le transazioni non risultano recepite in provvedimenti deliberativi dell'Azienda USL RM H né sottoposte al controllo regionale della Commissione per la verifica ed il controllo dei provvedimenti dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali, istituita con DGR n. 1306 del 27 settembre 2002, bensì sono state poste in essere dal Direttore Generale pro-tempore della USL;
5. le scritture contabili dell'Azienda USL stabiliscono in € 19.424 il debito nei confronti della suddetta Casa di cura mentre la transazione ha previsto la corresponsione di €28.164 a fronte di una pretesa creditizia di €39.293.

Risulta, infine, che le irregolarità evidenziate nel corso dell'esame contabile effettuato dallo studio professionale privato siano state denunciate anche dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della RGS Ispettorato Generale di Finanza nella Relazione sulla verifica amministrativo-contabile nei confronti della AUSL Roma H di Albano Laziale, eseguite dal 21.10.2003 all'11.2.2004 che ha, appunto, riscontrato numerose irregolarità, che hanno consigliato la sua trasmissione alla competente Procura regionale della Corte dei conti e alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Velletri.

Tab. n. 7

ANNI 2002 - 2005
AMBITO H – SPESA
COMPETENZA

(Importi in euro)

Ambito H Sanità e servizi sociali	2002	2003	%	2004	%	2005	%
Stanziamiento (a)	11.084.738.613,42	10.180.881.577,82	-8,15%	8.949.387.280,54	-12,10%	8.661.233.409,51 *	-3,21
Impegni (b)	7.372.730.473,74	8.817.516.875,81	19,60%	7.400.265.516,96	-16,07%		
Diminuzione artt.1/2 rend. (c)	358.978.176,66	705.175.331,01	96,44%	600.505.887,72	-14,84%		
Economie (e)	- 3.712.008.139,68	- 1.363.364.702,01	-63,27%	- 1.549.121.763,58	13,62%		
Pagamenti (f)	6.873.780.043,96	7.682.060.477,94	11,76%	6.712.593.637,77	-12,62%		
Residui di nuova formazione (b-c-f)	139.972.253,12	430.281.066,86	207,40%	87.165.991,47	-79,74%		

* Dati rilevati dalla L.R. 15 settembre 2005 n. 16 – Assestamento del bilancio di previsione 2005.

Fonte: Elaborazione Corte dei Conti

Tab. n. 8

AMBITO H
SPESA – COMPETENZA 2004

(importi in euro)

Funzione obiettivo	Stanzamenti	% Totali H stanz.	Impegni	Diminuz. Artt. 1 /2 rend.	% Somme imp. risp. stanz	Somme andate in econ. risp. stanz.	% Somme andate in econ. Risp. stanz	Somme pagate risp. agli impegni	% Somme pagate risp. agli impegni	Residui	% Residui risp. agli impegni
	(a)		(b)	(c)		(d)		(e)		(f)	
H 1 Tutela della sal.	6.348.332.328,79	70,94	6.209.333.310,77	20.549.056,37	97,81	-138.999.018,02	-2,19	6.159.610.907,24	99,20	29.173.347,16	0,47
H 2 Strutture Sanitarie	1.152.411.196,22	12,88	503.459.986,67	418.966.113,73	43,69	-648.951.209,55	-56,31	78.464.286,25	15,59	6.029.586,69	1,20
H 3 Cop. Disav.. san.	1.101.182.229,80	12,30	470.684.635,45	127.023.937,89	42,74	-630.497.594,35	-57,26	343.660.697,56	73,01	0,00	0,00
H 4 Fam. e serv.soc.	347.461.525,73	3,88	216.787.584,07	33.966.779,73	62,39	-130.673.941,66	-37,61	130.857.746,72	60,36	51.963.057,62	23,97
TOTALE Ambito H	8.949.387.280,54	100,0	7.400.265.516,96	600.505.887,72	82,69	-1.549.121.763,58	-17,31	6.712.593.637,77	90,71	87.165.991,47	1,18

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati rendiconto.

Le tabelle che seguono (nn. 9 e 10) riepilogano l'attuazione del riparto descritto articolata nei tre livelli ospedaliero, distrettuale e della prevenzione e danno contezza della quota capitaria media regionale per il 2004 pari a € 1.416,26.

Tab. n. 9

**RIPARTIZIONE F.S.R.
REGIONE LAZIO
ANNO 2004**

(Importi in euro)

Fondo funzioni	266.000.000
Fondo riequilibrio	107.226.000
Fondo riabilitazione	412.000.000
Fondo maggiori consumi	155.000.000
Fondo ricoveri per acuti	2.285.539.000
Totale LIVELLO OSPEDALIERA	3.225.765.000
Prevenzione (compreso ARPA)	329.195.942
Totale LIVELLO PREVENZIONE	329.195.942
Distrettuale netta	2.582.148.617
Emergenza territoriale	357.130.710
Entrate proprie	162.193.247
Totale LIVELLO DISTRETTUALE	3.101.472.574
Riequilibrio livello prevenzione/distrettuale/ospedaliera	715.404.957
TOTALE F.S.R. 2004	7.371.838.473

Tab. n. 10

**CALCOLO DELLA QUOTA CAPITARIA
ANNO 2004**

(Importi in euro)

N. Liv. Ass.	DESCRIZIONE LIVELLI DI ASSISTENZA	RIPARTO FSR 2004	RIPARTO FSR LORDO
1	PREVENZIONE	4,9 %	364.576.512
2	ASSISTENZA DISTRETTUALE	46,6%	3.434.805.559
3	ASSISTENZA OSPEDALIERA	48,5 %	3.572.456.402
TOTALE F.S.R.		100 %	7.371.838.473
POPOLAZIONE REGIONALE			5.205.139
QUOTA CAPITARIA MEDIA REGIONALE			1.416,26

Fonte: Regione Lazio.

Le seguenti tabelle, n. 11 e n. 12, prospettano il riepilogo dei risultati di gestione del SSR, i cui dati risultano non validati dalla Regione né possono considerarsi definitivi.

La Corte dei conti nell'elaborazione delle seguenti tabelle ha riscontrato errori materiali nei dati forniti dall'Amministrazione regionale con riferimento ad altri aggregati della stessa natura senza che sia possibile procedere alle necessarie rettificazioni stante la difficoltà se non l'impossibilità di identificare le poste contabili da correggere: situazione questa collegata con la mancata corresponsione da parte della struttura regionale alle richieste formulate dalla Sezione di cui all'allegata appendice.

Tab. n. 11

**RIEPILOGO DEI RISULTATI DI GESTIONE DEL S.S.R
ANNI 2000/2004**

(Importi in euro)

A.S.L. e Aziende Ospedaliere	Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004
Azienda USL RM A	- 66.263.588	- 130.482.225	- 126.454.068	- 104.876.054	- 94.175.058
Azienda USL RM B	- 75.558.040	- 105.104.942	- 166.243.700	- 103.645.640	- 107.622.504
Azienda USL RM C	- 61.438.294	- 165.822.555	- 208.657.997	- 147.913.903	- 142.014.048
Azienda USL RM D	- 70.739.006	- 97.344.767	- 136.081.070	- 94.459.124	- 83.583.459
Azienda USL RM E	- 165.970.949	- 171.600.616	- 184.796.671	- 143.755.429	- 124.834.752
Azienda USL RM F	- 14.493.540	- 27.213.172	- 37.154.776	- 18.277.251	- 14.348.182
Azienda USL RM G	- 63.280.490	- 95.330.520	- 120.531.860	- 82.887.044	- 75.535.750
Azienda USL RM H	- 105.287.307	- 125.072.426	- 156.459.850	- 88.739.000	- 61.645.292
Azienda USL VITERBO	- 32.721.004	- 89.863.318	- 119.542.912	- 69.118.519	- 73.814.003
Azienda USL RIETI	- 13.940.160	- 32.554.589	- 54.882.762	- 42.910.673	- 47.373.778
Azienda USL LATINA	- 27.767.523	- 48.487.463	- 58.849.693	- 17.981.065	- 30.751.735
Azienda USL FROSINONE	- 36.106.570	- 96.097.252	- 87.494.818	- 36.197.528	- 46.342.383
Azienda Ospedaliera S. Camillo - Forlanini	- 90.952.221	- 99.173.792	- 74.786.110	- 130.631.207	- 129.535.175
Azienda Ospedaliera S. Giovanni	- 46.820.158	- 57.184.413	- 71.076.491	- 66.888.000	- 74.615.991
Azienda Ospedaliera S. Filippo Neri	- 29.522.444	- 37.083.000	- 52.842.000	- 58.836.040	- 68.618.306
Quota in gestione accentrata regionale	- 25.624.389	517.747.500	1.093.349.573	773.611.477	748.121.368
Totale	- 926.485.682	-860.665.549	-562.503.203	-433.502.997	-426.687.044
Disavanzo Policlinici Universitari e I.R.C.C.S.	Dati non disponibili				

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Lazio.

Tab. n. 12

GESTIONE ASSISTENZA SANITARIA
ANNI 2000/2004
(parte corrente)

(Importi in euro)

Anno	Costo della produzione	Valore della produzione			Saldo gestione non caratteristica	Risultato d'Esercizio
		Contributi in c/esercizio	Altri ricavi	Totale		
2000	6.812.629.962	5.438.930.521	434.443.918	5.873.374.439	12.769.842	- 926.485.682
2001	7.513.439.817	6.044.859.446	586.636.330	6.631.495.776	21.276.492	- 860.667.549
2002	7.597.252.189	6.390.186.789	562.131.195	6.952.317.984	82.429.000	- 562.505.204
2003	7.783.421.000	6.724.770.491	561.057.509	7.285.828.000	64.088.000	- 433.505.000
2004	8.476.019.968	7.335.178.066	750.084.775	8.085.262.841	- 35.931.923	- 426.689.050

Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati Regione Lazio.

6. L'assistenza ospedaliera.

Il Piano Sanitario Regionale prevede che la riqualificazione dell'assistenza ospedaliera comporti l'adeguamento della dotazione complessiva di p.l. allo standard di 5 p.l. per 1.000 abitanti, di cui l'1% riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie, stabilito dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, prevedendo l'utilizzazione di p.l. ad un tasso non inferiore al 75% medio annuo con tasso di ospedalizzazione pari al 160 ‰.

La struttura dell'offerta ospedaliera sul territorio regionale, articolata nei settori pubblico e privato, è rimasta sostanzialmente invariata (tab. n. 13), mentre è migliorata la composizione dell'attività per regime di ricovero (tab. n. 14).

Si può constatare, infatti, un miglior rapporto tra il ricovero in regime ordinario e il ricovero in day hospital, indicativo del processo di ristrutturazione dei posti letto già iniziato.

La disponibilità dei dati relativi al 2003-2004 permette di verificare un miglioramento nell'ambito dei ricoveri per riabilitazione e lungodegenza.

Il prospetto n. 15 rileva gli indici di offerta ospedaliera dai quali emerge che l'obiettivo dello standard di 5 p.l. per 1.000 ab. non è lontano.

Riguardo all'efficienza ospedaliera la tab. n. 16 evidenzia gli indici di occupazione media (quote parte dei posti letto che, mediamente, viene occupato dai pazienti del reparto), di turn-over (periodo di tempo, espresso in giorni o frazione di giorno che intercorre tra la dimissione di un paziente e il successivo ricovero di altro paziente) e di rotazione (numero di pazienti che, mediamente, nel corso di un anno, hanno occupato lo stesso letto del reparto). I dati rilevano un miglioramento di tutti gli indici nel 2003 e una flessione negativa nel 2004.

Riguardo al tasso di ospedalizzazione, che esprime la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei residenti della Regione e misura la propensione al ricovero della popolazione residente, calcolato rispettivamente per il regime di degenza ordinaria e di day hospital, pari a 156,31 e a 88,59, è in totale 244,90 ben lungi, quindi, dall'obiettivo di 160 ricoveri per 1.000 abitanti.

Tab. n. 13

**Le Strutture di ricovero e cura del Servizio Sanitario Regionale
Anni 2002/2004**

anni		AZIENDA OSPEDALIERA	Ospedali gestione diretta	Presidi privati quali presidi ASL	Ospedali classificati	IRCCS	Policlinici universitari a gestione universitaria	Istituti e centri di riabilitazione	Case di cura private accreditate	Case di cura private non accreditate
2002		4	50	2	8	7	4	76	82	32
2003		4	52	2	8	6*	4	81	81	33
2004	Acuti	4	48		7	6	4		56	29
	Riabilitazione	3	10		1	3	2		28	1
	Lungodegenza		7						19	

* Inclusa la Fondazione Santa Lucia, centro di riabilitazione post acuzie.

Tab. n. 14

**Composizione dell'Attività Ospedaliera per regime di ricovero
Anni 2002/2004**

Anno	Ricoveri pubblici e privati (Onere SSN)									Giornate di degenza									Degenza media in regime ordinario*
	Acuti				Riabilitazione				Lungo degenza	Acuti				Riabilitazione				Lungo degenza	
	Reg. Ord.	%	DH	%	Reg. Ord.	%	DH	%		Reg. Ord.	%	DH	%	Reg. Ord.	%	DH	%		
2002	829.102	70,97	339.223	29,03	29.444	66,09	15.110	33,91	3.225	6.080.270	84,42	1.122.133	15,58	1.473.249					7,30
2003	824.677	67,73	392.995	32,27	29.364	66,20	14.992	33,80	3.421	6.292.364	82,74	1.312.376	17,26	1.283.925	86,94	192.785	13,06	343.507	9,20
2004	779.292	63,59	446.263	36,41	30.749	67,39	14.880	32,61	3.612	5.760.760	79,44	1.490.816	20,56	1.325.393	85,20	230.174	14,80	384.492	9,23

* per il 2004 la Degenza media acuti in regime ordinario è di 7,39.

Tab. n. 15

**Indicatori di offerta ospedaliera per acuti e non acuti – Pubblico e Privato
Anni 2002/2004**

ANNO	Popolazione al 1/1/2002-2003-2004 (istat)	Pubblici			Accreditati			Posti letto x 1.000 abitanti
		Posti letto Day hospital	Posti letto degenza ordinaria	Totale posti letto	Posti letto Day hospital	Posti letto degenza ordinaria	Totale posti letto	
2002	5.117.075	2.163	13.722	15.885	825	13.371	14.196	5,88%
2003	5.145.805	2.747	19.057	21.804	426	8.672	9.098	6,01%
2004	5.205.139	2.817	18.196	21.013	499	8.280	8.779	5,72%

Fonte: Regione Lazio

Tab. n. 16

**Indicatori di efficienza ospedaliera per acuti
Regime Ordinario – Pubblico
Anni 2002/2004**

Anno	IOM	Turn-over	IR
2002	72,7	2,8	35,2
2003	74,5	2,5	36,2
2004	68	3.6	33

Fonte: Regione Lazio

La tab. n. 17 conferma per il biennio 2002-2003, non essendo disponibile il dato relativo al 2004, un saldo positivo tra i ricoveri di pazienti provenienti da altre Regioni e i ricoveri dei residenti in altre Regioni.

Tab. n. 17

MOBILITA' OSPEDALIERA TRA REGIONI – NUMERO DI DIMISSIONI

Ricoveri per acuti **						
Anno	Ricoveri provenienti da altre regioni *		Ricoveri in altre regioni		Saldo ricoveri	
	1		2		1-2	
	Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	Day Hospital
2002	68.457	22.040	51.780	17.259	16.677	4.781
2003	68.681	25.808	52.815	17.885	15.866	7.923
2004	--	--	--	--	--	--

* Il numero di dimissioni è comprensivo anche dell'Ospedale Bambino Gesù.

** Nei ricoveri per acuti sono inclusi anche quelli senza onere SSN.

Fonte: Regione Lazio

7. La Programmazione Sanitaria.

L'attività programmatica regionale in ambito sanitario si è articolata nell'attuazione del Piano Sanitario Regionale e del Piano Sanitario Nazionale. Per quanto riguarda il primo, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale n.114 del 31 luglio 2002 concernente: "Indirizzi per la programmazione sanitaria per il triennio 2002-2004", l'attività della Regione si è concentrata nei settori di seguito indicati:

- 1) Attività di screening: in collaborazione con l'Agenzia di sanità pubblica sono state definite le modalità di effettuazione della prevenzione dei tumori femminili e ripartiti i fondi tra le ASL (DGR 244 del 2 aprile 2004 e DGR 631 del 16 luglio 2004);
- 2) Riconversione della rete ospedaliera: è proseguito il processo di completamento dell'attivazione dell'Azienda ospedaliera Sant'Andrea e del Policlinico Universitario di Tor Vergata (DGR 246 del 2 aprile, DGR 282 dell'8 aprile, DGR 497 dell'11 giugno e DGR 776 del 6 agosto 2004);
- 3) Livelli Essenziali di Assistenza:
 - a) Recepimento dell'Accordo sull'esenzione dei ticket per le certificazioni particolare valenza sociale (DGR 385 del 14 maggio 2004);
 - b) Liste di attesa.

In attuazione della DGR 1725/2001 la Regione ha provveduto a:

- ? facilitare l'attivazione del Centro Unificato di Prenotazione visite specialistiche ed analisi a livello regionale (Re.CUP) nella prima fase integrando e successivamente sostituendo i CUP aziendali;
- ? invitare i Direttori Generali delle Aziende sanitarie al rispetto degli adempimenti connessi all'abbattimento delle liste di attesa e vietare loro il ricorso al metodo della chiusura periodica delle agende di prenotazione;
- ? istituire una Commissione sulle liste formata da rappresentanti dell'associazione Cittadinanzattiva Tribunale dei diritti del malato, dei MMG e delle ASL;
- ? organizzazione del "Corso base per la gestione e il controllo dei tempi e delle liste di attesa nella specialistica ambulatoriale" per medici, in collaborazione con l'ASP;
- ? predisporre relazioni in materia sia nell'ambito di ricerche coordinate dall'ASSR e dal Ministero della Salute nonché richieste ai fini della valutazione dell'attività regionale da parte della Conferenza permanente Stato-Regioni.

In attuazione degli obiettivi individuati dal P.S.N. 2003-2005 con deliberazione n. 693 del 30 luglio 2004 sono state definite le modalità di utilizzo dei fondi vincolati di cui alla delibera n. 1111 del 7 novembre 2003.

L'impegno della Regione si è concentrato su quattro dei dieci obiettivi stabiliti dal P.S.N. e, precisamente, sui seguenti:

1) **Livelli Essenziali di Assistenza**

Le risorse disponibili, pari ad € 22.083.480,00, sono state destinate a iniziative e programmi regionali e progetti aziendali finalizzati a ridurre i tempi di attesa per le prestazioni di diagnosi e cura. Gli interventi hanno riguardato il collegamento degli operatori (MMG e Aziende) al sistema RECUP, di cui sono state potenziate le postazioni, individuazione di strumenti atti a differenziare le prenotazioni erogate in regime ordinario dalle prestazioni in libera professione intramuraria nonché la realizzazione di una campagna di comunicazione istituzionale divulgativa del sistema di CUP regionale.

2) **Cure Primarie**

La somma di € 16.562.580,00 è stata destinata dalla Regione alla realizzazione di progetti che garantiscano la continuità assistenziale, la riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati, l'integrazione delle risorse ospedaliere con quelle territoriali, con particolare riferimento ai medici di medicina generale.

3) **Rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili.**

Le risorse disponibili, quantificate in € 49.687.745,00, di cui € 38.000.000,00 assegnati direttamente alle aziende sanitarie, sono state destinate alla realizzazione di progetti specifici relativi all'assistenza domiciliare i cui destinatari sono persone di ogni età affette da malattie oncologiche ovvero da disabilità e patologie croniche invalidanti.

4) **Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica della salute.**

A tal fine sono state destinate risorse pari ad € 11.041.721,00 ad azioni significative finalizzate al miglioramento della qualità della vita, attraverso l'incentivazione della pratica sportiva e l'esercizio fisico, alla modifica degli stili di vita e dei comportamenti in ordine soprattutto all'alimentazione e all'astensione dal fumo, nonché all'avvio di campagne di informazione e di educazione sanitaria al fine di individuare precocemente particolari patologie.

Tutti gli adempimenti attuativi sono stati demandati al Dipartimento Sociale ed alla Direzione Regionale Programmazione Sanitaria e Tutela della Salute nonché alla Direzione Regionale Sistema Sanitario Regionale, in relazione alle rispettive

competenze, ivi compresa la valutazione finale dei programmi, il cronoprogramma di realizzazione dei singoli progetti, l'attribuzione dei finanziamenti per ciascun progetto, la verifica dei risultati raggiunti.

La Sezione rileva l'estrema difficoltà riscontrata nella ricostruzione dell'iter finanziario-contabile delle somme stanziare per i cennati progetti e l'impossibilità di ricondurle al rendiconto finanziario della Regione al fine di valutarne la corretta gestione finanziaria.

8. Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie.

Nel precedente referto era stata ampiamente esaminata la tematica relativa al processo di valutazione che presiede al riconoscimento alle strutture sanitarie dei requisiti necessari per l'esercizio di attività sanitarie e si è data contezza dell'esegesi normativa nazionale e regionale del fenomeno.

Nel corso dell'anno 2004 le Direzioni regionali competenti in materia hanno completato la predisposizione dei primi provvedimenti attuativi della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4, predisponendo:

- 1) lo schema di regolamento che definisca le modalità i termini e le procedure idonee ai fini della selezione dei soggetti interessati al rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio dell'attività;
- 2) la bozza del documento concernente i requisiti minimi, anche integrativi rispetto a quelli indicati dal DPR 14 gennaio 1997, per il rilascio delle autorizzazioni.

Entrambi i documenti sopra menzionati, attuativi delle disposizioni legislative, sono stati portati a conoscenza dei Direttori Generali delle Aziende USL e dei rappresentanti delle Strutture pubbliche e private della Regione al fine di acquisire indicazioni e valutazioni per eventuali modifiche e/o integrazioni da apportare al testo degli stessi.

Poiché risulta che, alla data del gennaio 2005, tutti gli atti regolamentari, programmatori e procedurali attuativi della legge in argomento erano in fase di avanzata predisposizione, la Sezione si riserva di riferire nella prossima relazione.

9. Farmaceutica.

La tabella n. 18 evidenzia l'importo relativo alla spesa farmaceutica 2004 suddiviso per ogni ASL.

Tab. n. 18

Spesa Farmaceutica Anno 2004

(Importi in euro)

A.S.L.	Consumi
RM A	143.681.101
RM B	187.990.417
RM C	160.278.519
RM D	145.548.841
RM E	139.616.907
RM F	65.223.143
RM G	110.865.682
RM H	109.743.947
VT	64.797.154
RI	40.429.374
LT	123.863.051
FR	113.071.140
Totale	1.405.109.276

Fonte: Regione Lazio.

N.B. Nell'anno 2004 non è stato assegnato alle singole AUSL un budget per la spesa farmaceutica.

Il dato di sintesi trasmesso dalla Regione corrisponde a quello (relativo al Lazio) certificato dall'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed), sulla base dei dati mensili trasmessi all'A.I.F.A. dalle 18.000 farmacie nazionali, dati che si riferiscono a tutte le prescrizioni di medicinali rimborsati dal SSN.

La successiva tabella riporta in ordine decrescente lo scostamento assoluto del tetto di spesa regionale per il 2004 e la percentuale di ciascuno scostamento rispetto a quello complessivo.

La percentuale nazionale è pari al 14,6% anziché al 13% come indicato dall'art. 1 del d.l. 24 giugno 2004 n. 156 convertito con legge 2 agosto 2004 n.202.

Anzitutto si osserva che se la spesa farmaceutica, stando alle fonti citate, ammonta a 1.405 milioni di euro ed è pari, quindi, al 18,9% della spesa complessiva, quest'ultima risulterebbe essere pari a € 7.434.440.513,75, importo che non trova alcun riscontro qualificato nei dati del preconsuntivo né in quelli relativi alla gestione trasmessi dalla Regione.

Anche riguardo l'argomento in esame non è pervenuta alcuna risposta alla richiesta istruttoria di notizie e documentazione in merito alle misure adottate per il controllo della Spesa farmaceutica nel biennio 2004-2005 con particolare riferimento agli effetti dell'applicazione del Protocollo di Intesa tra il Comando della Guardia di Finanza e la Regione Lazio (DGR n. 1594 del 22 novembre 2002).

Tab. n. 19

**Spesa Farmaceutica per singola Regione
Anno 2004**

Regione	Spesa netta (milioni di euro)	Assoluto (milioni di euro)	%
Lazio	1.405	438	18,9%
Sicilia	1.267	369	18,4%
Sardegna	373	81	16,6%
Campania	1.253	266	16,5%
Calabria	444	79	15,8%
Puglia	860	145	15,6%
Liguria	377	48	14,9%
Abruzzo	275	33	14,8%
Molise	71	9	14,8%
Basilicata	123	13	14,5%
Marche	303	20	13,9%
Friuli Venezia Giulia	233	6	13,4%
Emilia Romagna	803	19	13,3%
Valle d'Aosta	23	1	13,3%
Umbria	165	0	13,0%
Lombardia	1.639	-36	12,7%
Toscana	676	-17	12,7%
Veneto	789	-45	12,3%
Trentino Alto Adige	153	-15	11,8%
Piemonte	749	-74	11,8%
Totale	11.980	1.341	14,6%

Fonte: Nota A.I.F.A. del 22 marzo 2005.

10. Azienda Policlinico "Umberto I".

La Sezione ha richiesto notizie in merito a:

- a. alcune consulenze esterne;
- b. l'entità del personale dirigente;
- c. passaggio al ruolo di coordinatore di sala di 53 infermieri professionali, in attuazione di decreto relativo al contratto sanitario del 2001.

a) Ricorso a consulenze esterne.

Riguardo agli incarichi di consulenza esterna risulta che, alla data dell'11 marzo 2005 ne siano stati conferiti n. 10 finalizzati ad attività di supporto tecnico, progettazione, cura ed esecuzione lavori (n. 3), di supporto amministrativo, informatico e fiscale (n. 5), di responsabilità dell'Ufficio Controllo di Gestione (n. 1) e, infine, di supporto tecnico di laboratorio (n. 1).

Per comodità di esame si seguirà l'ordine che risulta dalla nota istruttoria pervenuta e, quindi, si inizierà dando conto della natura e dell'oggetto dell'incarico conferito, della delibera di conferimento, della durata e del compenso dell'incarico nonché di eventuali rinnovi o di conferimento dello stesso incarico ad altro professionista.

- 1) Avendo l'Azienda predisposto un programma di interventi urgenti di ristrutturazione e riqualificazione degli edifici del Policlinico Umberto I utilizzando i finanziamenti ex art. 71 legge finanziaria n. 448/1998 "Piano finanziario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza nei grandi centri urbani", ha ritenuto opportuno avvalersi del supporto professionale di un ingegnere che aveva maturato "grande esperienza" collaborando con altre strutture ospedaliere italiane.

Il supporto tecnico era finalizzato relativamente alle aree di Progettazione, Gara ed Esecuzione dei Lavori.

Con deliberazione del Commissariato straordinario n. 250 del 15 dicembre 2003 si affidava l'incarico professionale, della durata di anni uno, rinnovabile, a decorrere dal 15 dicembre 2003 sino al 14 dicembre 2004, con oneri a carico del bilancio degli esercizi 2003, conto economico 670004 per € 4.025,36 e 2004, conto economico 670004 per € 78.129,56.

Con successiva deliberazione n. 1051 del 30 dicembre 2004 veniva stipulato un contratto annuale di prestazione libero-professionale, rinnovabile a

richiesta della Direzione aziendale, per lo svolgimento delle attività sopraindicate nonché di attività di analisi dei servizi gestionali, con compenso a.l. di € 119.840,00, comprensivo di oneri previdenziali e IVA, da registrare sul conto economico 670004 esercizio 2004 per € 1.664,44 ed esercizio 2005 per € 118.175,6.

Con deliberazione n. 147 del 1 marzo 2005 è rettificata la precedente n.1051 citata per la parte relativa alla durata del contratto che è di due anni ed è prevista un'integrazione del compenso registrata sul conto economico 670004 esercizio 2005 per € 5.659,11 ed esercizio 2006 per € 114.513,8.

- 2) L'incarico affidato riguarda lo svolgimento delle procedure di gara, dalla predisposizione degli atti all'aggiudicazione e alla fase successiva, nonché del supporto necessario per la predisposizione dei capitolati d'oneri e quant'altro necessario ed utile per l'espletamento delle sopraindicate procedure.

L'Azienda, constatato che al suo interno non sono presenti professionalità in grado di svolgere le attività suddette e considerata la grande esperienza maturata dall'incaricato attraverso la collaborazione con altre strutture ospedaliere italiane, gli ha affidato, con deliberazione del Commissario straordinario n. 202 del 16 marzo 2005, l'incarico della durata di un anno, prorogabile, a decorrere dal 1° marzo 2005 sino al 28 febbraio 2006, stabilendo un compenso annuo lordo di € 60.000,00. Gli oneri derivanti dalla stipula del contratto saranno a carico del bilancio aziendale sul conto economico n. 670002 quanto ad € 45.000,00 per l'esercizio 2005 ed €15.000,00 per l'esercizio 2006.

Le considerazioni formulate dal Collegio sindacale con verbale n. 29 del 14 febbraio 2005 (allegato agli atti del provvedimento) riguardo la necessità del ricorso ad un consulente esterno, fanno chiarezza circa l'obiettivo primario che l'Azienda intende perseguire: accelerazione delle procedure di gara. (L'indicazione dell'obiettivo non viene riportata nella deliberazione n.202/05).

- 3) Con deliberazione n. 233 del 21 marzo 2005 l'Azienda Policlinico Umberto I ha affidato, per l'anno 2005, un incarico finalizzato a supportare l'Amministrazione negli aspetti contabili e procedurali necessari per superare le criticità ancora presenti in alcuni processi aziendali, nonché per rafforzare lo sviluppo delle professionalità presenti nell'Area Funzionale di

coordinamento Avvocatura e Finanziario.

L'incaricato in precedenza ha collaborato con l'Azienda per la stesura dei bilanci 2002 e 2003. La consulenza suindicata rientra nella fattispecie prevista dall'art. 1, comma 9, D.L. 128/2004.

L'importo dell'onorario, comprensivo di IVA e del contributo alla Cassa Previdenza e Assistenza dei Dottori Commercialisti, è di € 74.880,00 che graveranno sul conto economico n. 670002 "Consulenze amministrative" per l'esercizio finanziario 2005.

- 4) L'Azienda avendo constatato l'assenza all'interno dei propri ruoli di una figura professionale dotata dell'esperienza e della competenza necessaria, ha affidato un incarico finalizzato alla manutenzione ed alla gestione del S.I.A.S. (sistema informatico), alla implementazione dei nuovi programmi che saranno ritenuti utili per la documentazione e razionalizzazione delle diverse fonti di ricavo, al supporto informatico delle attività dell'Ufficio Controllo Gestione, nonché al supporto delle attività speciali da realizzarsi nel corso del 2005.

La deliberazione del Commissario straordinario n. 182 del 15 marzo 2005 autorizza il rinnovo dell'incarico professionale dal 1° gennaio al 31 dicembre 2005

Il compenso annuo per le suddette prestazioni è stabilito in € 56.000,00 e la relativa spesa verrà imputata sul conto economico n. 67004 "Costi per consulenze tecniche" del bilancio di previsione dell'esercizio 2005.

- 5) Con lo scopo di dotare l'Ufficio Protocollo dell'Azienda - secondo quanto disposto dal 3° comma dell'art. 50 del d.P.R. 445/2000 - di un sistema informativo automatizzato per la gestione del protocollo informatico e dei procedimenti amministrativi, è stato affidato un incarico, mediante contratto di prestazione d'opera, avente per oggetto l'elaborazione di un Titolare di classificazione e la fornitura di un Manuale di gestione per il protocollo e l'archivio, la formazione del personale e l'assistenza durante la prima fase di applicazione delle procedure.

La deliberazione del Commissario straordinario n. 249 del 30 marzo 2004 stabilisce la durata dell'incarico in otto mesi dalla stipula del contratto (11/03/03) suddividendo la prestazione in tre stati di avanzamento, nonché l'importo lordo dell'onorario da liquidare in € 14.400,00.

La spesa viene autorizzata sul conto economico n. 670002, esercizio 2004.

Con nota n. 2971 del 28 gennaio 2005 il Commissario straordinario dell'Azienda ha autorizzato l'incaricato a consegnare il Titolare di classificazione ed il Manuale di Gestione per il Protocollo e l'Archivio entro il 10 maggio 2005, oltre i termini stabiliti nel contratto.

- 6) Con la deliberazione del Commissario straordinario n. 53 del 7 febbraio 2005 viene autorizzato il rinnovo di un incarico professionale relativo alla responsabilità dell'Ufficio Controllo Gestione dell'Azienda Policlinico Umberto I per il periodo 1° gennaio 2005 – 31 dicembre 2005 ricorrendo motivi di "necessità ed urgenza", per l'importo lordo di € 119.968,00. La spesa autorizzata con la delibera suindicata graverà sul sottoconto n. 670002 del bilancio previsionale dell'Azienda, esercizio finanziario 2005.

Non vengono esplicitati i motivi dell'affidamento dell'incarico ad un consulente esterno né gli obiettivi che l'Amministrazione intende perseguire attraverso il suddetto affidamento.

- 7) La deliberazione del Commissario straordinario n. 420 del 20 maggio 2005 autorizza il rinnovo del rapporto di consulenza fiscale e tributaria tra l'Azienda Policlinico Umberto I e uno studio commerciale e tributario per l'anno 2005. Tale incarico è finalizzato anche alla compilazione e presentazione del modello 770 relativo ai versamenti previdenziali, assistenziali e fiscali dei dipendenti dell'Azienda.

L'Amministrazione si trova nella necessità di continuare ad avvalersi della consulenza dello studio professionale per un ulteriore anno in quanto all'interno degli Uffici della Ragioneria e di quelli presenti nell'Azienda non esistono figure professionali idonee ad assolvere analoghi incarichi di natura fiscale e tributaria, avendo lo studio dato dimostrazione di "serietà, disponibilità ed efficacia nell'assistenza dell'Azienda fin dal 2002".

Il compenso annuo per le suddette prestazioni è stabilito in € 18.000,00 più IVA che graveranno sul conto economico n. 670002 per l'esercizio finanziario 2005.

- 8) Con la deliberazione del Commissario straordinario n. 654 del 5 agosto 2004 viene autorizzato il rinnovo di una prestazione professionale relativa alla responsabilità del Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Azienda Policlinico Umberto I attraverso la stipula di un contratto di collaborazione coordinata e continuativa della durata di un anno, con decorrenza 1 agosto

2004.

L'art. 8, comma 4, del D.Lgs. 626/94 e s.m.i. prevede la possibilità per il datore di lavoro di avvalersi di persone esterne all'Azienda in possesso delle conoscenze professionali necessarie per integrare l'azione di Prevenzione e Protezione. L'Amministrazione si trova quindi nella necessità di assicurare la continuazione del suindicato Servizio avendo affidato l'incarico di consulenza ad un 'architetto dal 1 agosto 2000, in mancanza di adeguate figure professionali all'interno della stessa Azienda.

L'importo dell'incarico ammonta complessivamente ad € 101.142,914.

La spesa graverà sul conto n. 67 – sottoconto 670004 – esercizio finanziario 2005 per € 58.996 lordi.

- 9) Ai sensi del comma 6 dell'art. 7 del D.Lgs. 165/2001, l'Azienda Policlinico Umberto I, preso atto delle difficoltà operative derivanti dalla carenza di personale presso alcuni servizi ospedalieri che rivestono carattere di rilevanza primaria, ha autorizzato – con deliberazione n. 2/2001 – la stipula di un contratto di collaborazione coordinata e continuativa dal 11 febbraio 2002 al 10 febbraio 2004 con un tecnico di laboratorio per le esigenze dell'U.O.C. Ingegneria Clinica.

La deliberazione n. 51 del 16 febbraio 2004 proroga il contratto di collaborazione coordinata e continuativa, in regime di lavoro autonomo, dal 11 febbraio 2004 al 10 febbraio 2006 per l'importo lordo complessivo di €63.527,02.

Dall'esame della documentazione relativa agli incarichi conferiti si desume quanto segue.

Risulta che l'Azienda con determinazione del Commissario straordinario n. 79 del 5 luglio 2004 ha istituito un sistema provvisorio di sei "aree funzionali di coordinamento", limitato al settore amministrativo, in attesa della definizione formale dei dipartimenti amministrativi, precisando la competenza operativa di ciascuna.

Sono, quindi, presenti nell'Azienda le strutture competenti in materia legale e finanziaria, affari generali e informatica, gestione risorse umane, patrimonio, servizi e forniture, servizi tecnici e ufficio studi e pianificazione strategica ed è nell'ambito di queste che vanno reperite e utilizzate, anche a seguito della necessaria formazione professionale, le risorse umane per il funzionamento dell'istituto.

Gli incarichi di consulenza amministrativa e informatica hanno garantito l'assistenza per la corretta tenuta delle registrazioni contabili, redazione del bilancio e informatizzazione dell'Azienda.

Analoghe considerazioni possono farsi relativamente all'incarico conferito allo Studio commerciale e tributario sin dal 2002, e più volte prorogato, finalizzato all'assistenza e consulenza in materia tributaria dell'Azienda per gli adempimenti fiscali relativi ai dipendenti della medesima.

b) Il personale dirigente.

Al personale universitario che presta servizio nei Policlinici convenzionati con le Regioni si applica l'art. 31 del d.P.R. 20 dicembre 1979 n. 761 che prevede, tra l'altro, la corresponsione al medesimo di una indennità, utile ai fini previdenziali e assistenziali, nella misura occorrente per equiparare il relativo trattamento economico complessivo a quello del personale delle Unità sanitarie locali di pari funzioni, mansioni e anzianità.

Con D.I. 9 novembre 1982 sono stati approvati gli schemi tipo di Convenzione tra Università e Regioni e la tabella (all. D) di corrispondenza del personale universitario con il personale del Servizio Sanitario Nazionale.

La tabella D citata prevede l'equiparazione a) delle qualifiche dirigenziali universitarie di dirigente superiore e di primo dirigente a quelle ospedaliere di Direttore amministrativo e Direttore amministrativo I livello dirigenziale e b) della qualifica universitaria di VIII livello (funzionario amministrativo) a quella ospedaliera di coadiutore amministrativo, collaboratore direttivo, vice-direttore amministrativo (qualifiche non dirigenziali).

La cennata equiparazione è attuativa delle disposizioni contenute nell'art. 5 del d.P.R. 761/1979 che distingue il personale amministrativo laureato in due quadri comprendenti i direttori amministrativi (classificati in tre posizioni funzionali, 9, 10, 11, qualifiche dirigenziali) e i collaboratori amministrativi (classificati in due posizioni funzionali, 7 e 8).

Questa classificazione è stata confermata dall'Accordo Nazionale Unico di Lavoro per il personale ospedaliero del 24 giugno 1980 (direttori amministrativi nei ruoli dirigenziali e collaboratori amministrativi nel VII e VIII livello) e dal d.P.R. 25 giugno 1983 n. 348.

Con D.R. 30 settembre 1987, l'Università degli Studi, invece, ha approvato la tabella di equiparazione delle qualifiche del personale universitario (di VIII liv.) a

quelle del personale ospedaliero (del IX liv. ovvero I liv. dirigenziale) dalla quale emerge che è stata illegittimamente disposta l'equiparazione tra la qualità universitaria di VIII livello e quella ospedaliera di dirigente.

Con successivo D.R. 9 ottobre 1987 la precedente tabella di equiparazione è stata modificata nel senso che:

- a) i tecnici di laboratorio clinico sono equiparati ad operatori professionali di I ctg – coordinatori;
- b) i collaboratori amministrativi sono equiparati ai collaboratori coordinatori.

Con riferimento ai livelli, in pratica, il personale universitario collocato nell'8° livello è stato equiparato alle qualifiche ospedaliere collocate nel 9° livello ovvero I livello dirigenziale in spregio alla circostanza che carriera direttiva e carriera dirigenziale sono due carriere ben distinte quanto a: presupposto di idonei requisiti, modalità di accesso, responsabilità e assegnazione ad ufficio dirigenziale esattamente individuato.

Il CCNL 1998/2001 del comparto Università ha innovato in materia di carriere del personale universitario prevedendo la loro articolazione in quattro categorie: B,C, D, ed EP.

Ha, altresì, previsto che il personale in servizio fosse inquadrato nel nuovo sistema di classificazione automaticamente con attribuzione della categoria corrispondente alla qualifica funzionale in godimento e, pertanto, il personale di 8° livello fosse collocato in cat. D e quello di 7° livello in cat. C.

L'art. 51 del predetto CCNL 1998-2001, comma 2, ha rinviato ad un successivo provvedimento la definizione di una tabella nazionale delle corrispondenze tra le figure professionali di comparti universitari e sanità e l'art. 74, comma 5, lett. c) ha previsto il transito, attraverso procedure ivi indicate, del personale di VII livello alla cat. D.

Con deliberazione n. 292 del 29 maggio 2002 il direttore generale dell'Azienda Policlinico Umberto I, a seguito dell'accordo sottoscritto in data 21 marzo 2002 presso l'U.T.G. di Roma tra i rappresentanti dell'Università degli Studi "La Sapienza", l'Azienda Policlinico Umberto I e le OO.SS., ha deliberato di erogare al personale universitario assegnato all'Azienda l'indennità dovuta ex art. 31 del d.P.R. 761/79 secondo la tabella allegata alla delibera citata, di corrispondenza tra profili universitari, categorie inquadramento ex CCNL università e categorie CCNL sanità. Tabella dalla quale emerge l'avvenuto processo di verticalizzazione che ha portato all'inquadramento di personale universitario di VII ed VIII livello rispettivamente alla posizione D1, D2, D3, DS1, DS2 e di dirigente amministrativo, anziché in C e D.

In seguito il CCNL 2002/2005 del comparto Università (art. 28) ha varato la nuova tabella nazionale delle corrispondenze secondo la quale il personale universitario inquadrato nella cat. D, corrispondente all'VIII qualifica, è collocato nella fascia corrispondente alla posizione ospedaliera D – collaboratore amministrativo professionale. Nell'applicare il 6° comma dell'art. 28 del CCNL citato, si è fatta perdurare una situazione in virtù della quale ad un trattamento economico dirigenziale non corrisponde la titolarità di una funzione dirigenziale.

Analoghe considerazioni sono suggerite dall'esame della deliberazione n. 649 del 4 agosto 2004 con quale n. 118 unità di personale ex profilo capo tecnico servizi diagnostici, ctg. D1, area tecnica, sono state equiparate alla figura del dirigente tecnico del SSN con riferimento all'art. 35 del CCNL 1998-2001 dell'area della dirigenza sanitaria professionale tecnica ed amministrativa del SSN.

La deliberazione n. 649 citata peraltro provvede all'equiparazione del trattamento economico tabellare con esclusione della retribuzione di posizione aziendale per la quale rinvia ad un successivo provvedimento.

L'illegittimità dell'equiparazione a dirigente del personale capotecnico di radiologia e dei servizi diagnostici è confermata dalla lettura dell'art. 28 del CCNL 2002-2005 comparto università che colloca queste professionalità nelle categorie D e DS.

c) Passaggio al ruolo dei coordinatori di sala di 53 infermieri professionali in attuazione di decreto relativo al contratto sanitario del 2001.

Con provvedimento del direttore amministrativo dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" in data 22 novembre 2004 sono state inquadrati n. 19 unità di infermieri professionali in possesso del titolo di abilitazione a funzioni direttive con funzioni di capo sala nella VII q.f. dell'area tecnico scientifica e socio sanitaria con il profilo di capo sala con decorrenza 8 agosto 2000 in applicazione del CCNL comparto Università del 21 maggio 1996.

Con successivo provvedimento del direttore amministrativo dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" in data 29 dicembre 2004 si è provveduto all'inquadramento, dall'8 agosto 2000, di n. 38 infermieri professionali con funzioni di capo sala nella VII q.f. dell'area tecnica scientifica e socio sanitaria, profilo capo sala, dopo aver frequentato un corso di formazione di 30 ore ed aver superato il colloquio finale.

Entrambi i provvedimenti di inquadramento trovano origine dalla necessità di

applicare l'art. 22 del d.P.R. 319/90 Regolamento per il recepimento delle norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo del 21 febbraio 1990 concernente il personale del comparto delle università, di cui all'art. 9 del decreto del P.d.R. 5 marzo 1986, n. 68.

Con nota del 30 settembre 1999, l'Università degli Studi chiedeva all'Azienda Policlinico Umberto I di conoscere l'elenco del personale infermieristico che svolgeva le funzioni di capo sala, che le veniva comunicato con nota del 29 ottobre 2001.

Successivamente poiché alcuni infermieri professionali, adducendo lo svolgimento di mansioni di capo sala, lamentavano la mancata applicazione dell'art.22 del d.P.R. 319/90 citato, l'Università degli Studi e l'Azienda Policlinico Umberto I provvedevano a redigere l'elenco completo del personale e della data in cui aveva iniziato a svolgere le funzioni di capo sala.

Mentre il primo provvedimento del 29 novembre 2004 per l'inquadramento operato appare legittimo essendo il personale coinvolto in possesso del previsto titolo A.F.D. (abilitazione funzioni direttive), il secondo del 29 dicembre 2004 ha provveduto ad effettuare l'inquadramento a seguito dell'espletamento di un corso di formazione e aggiornamento del personale coinvolto, non in possesso del previsto titolo, predisposto dalla Direzione dell'Azienda Policlinico medesima.

Il corso, denominato corso-concorso formazione e aggiornamento, consistito in 30 ore totali di teoria (28) e di tirocinio (2), peraltro, non può considerarsi sostitutivo del necessario previsto titolo abilitante all'esercizio professionale delle funzioni di capo sala.

Altra delicata questione riguarda la nomina del Direttore Generale dell'Azienda ospedaliera Universitaria del Policlinico Umberto I e del relativo trattamento economico.

Va, preliminarmente, ricordato in proposito che il D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517, che reca disposizioni in ordine ai "rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed Università, a norma dell'art. 6 della legge 30 novembre 1998 n. 419", ha disciplinato, all'art. 4, co. 2) la nomina del Direttore Generale delle Aziende ospedaliero-universitarie, prevedendo limitatamente al periodo quadriennale di sperimentazione – iniziato il 5 febbraio 2000 e da intendersi, quindi, concluso il 5 febbraio 2004 – che **il Direttore generale è nominato dal Rettore dell'Università, acquisita l'intesa con la Regione. A Regione, al contrario, il Direttore generale è nominato dalla Regione, acquisita d'intesa con il Rettore dell'Università.**

In realtà il provvedimento di nomina del Direttore generale è stato adottato,

a seguito dell'intesa espressa nel luglio 2005, nonostante il quadriennio di sperimentazione fosse trascorso da un significativo periodo di tempo.

Quanto al trattamento economico il contratto del Direttore generale dell'Azienda Policlinico prevede una retribuzione annuale di € 207 mila, suscettibile di una maggiorazione fino al 30% nel caso in cui vengano conseguiti tutti gli obiettivi specifici previsti dal contratto medesimo.

La disciplina del trattamento economico del Direttore generale delle aziende sanitarie e ospedaliere è dettata dal DPCM 31 maggio 2001 n. 319 che, tra l'altro, ha equiparato al primo i Direttori generali dei policlinici universitari, i Direttori generali delle aziende in cui insistono le facoltà di medicina nonché i Direttori generali delle aziende costituite ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999 n. 517.

Detto DPCM integra il DPCM 19 luglio 1995 n. 502 che all'art. 1, stabilisce che *"il trattamento economico annuo, determinato sulla base delle lettere a), b) e c), non può essere superiore a lire trecentomilioni (€ 154.937,07). Il trattamento economico può essere integrato di una ulteriore quota, fino al 20 per cento dello stesso, previa valutazione, sulla base dei criteri determinati ai sensi del comma 5 dell'art. 3-bis del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni, dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, assegnati al direttore generale annualmente dalla regione"*.

E' evidente quindi, che il trattamento economico riconosciuto al Direttore generale dell'Azienda Policlinico Umberto I è significativamente superiore al tetto fissato dai predetti decreti del Presidente del Consiglio.

11. S. Filippo Neri.

1) STRUTTURA DI RADIOTERAPIA

Con nota del 6 febbraio 2004 la Direzione aziendale manifestava l'intenzione di realizzare il bunker da utilizzare per la radioterapia secondo il progetto predisposto dagli uffici tecnici dell'Azienda, approvato dagli organi competenti, e di procedere all'acquisto dell'acceleratore lineare e al trasferimento del simulatore dal presidio Sant'Andrea.

Con ordine di servizio n. 41 del 16 marzo 2004 l'Azienda affidava alla Ditta Siram S.p.A. l'incarico di realizzazione del bunker per l'acceleratore lineare consistente in lavori murari ed elettrici che, peraltro, risultavano già iniziati (il 3 marzo) alla data di affidamento e da concludersi il 3 settembre 2004.

Con determinazione n. 610/024 del 21 luglio 2004 veniva indetta la licitazione privata con procedura accelerata per la fornitura (di apparecchiature e strumentazioni necessarie per la U.O.C. di Radioterapia) dell'acceleratore lineare al fine di accrescere il livello tecnico-scientifico delle prestazioni rese adeguando la dotazione strumentale dell'Azienda agli elevati standard operativi e di far fronte alla crescente domanda di tale tecnica terapeutica attualmente effettuata attraverso convenzioni con strutture esterne.

Il progetto, approvato con deliberazione aziendale 115/12305 del 13 ottobre 2003, comprendente l'acquisizione di n. 2 acceleratori lineari e relativa strumentazione a corredo, veniva finanziato con i fondi di cui all'art. 20 della legge 67/1988 II fase e (con nota n. 119252 del 3 novembre 2003) riceveva l'approvazione del Nucleo di valutazione della Regione e l'ammissione al finanziamento con decreto del Ministero della salute del 25 marzo 2004.

Atteso che la fornitura era articolata in 3 lotti per un importo complessivo di € 1.920.000,00 IVA esclusa, superando la soglia comunitaria di 200.000DSP si applicava il D.L.vo 24 luglio 1992 n. 358 modificato e integrato dal D.L.vo 20 ottobre 1998 n. 402.

E' stata effettuata la pubblicazione del bando di gara sulla G.U. delle Comunità Europee, sulla G.U. della Repubblica Italiana e, per estratto, su 2 quotidiani a rilevanza nazionale ed uno a particolare rilevanza locale e, con determina di ammissione n. 743/031 I.C. del 29 settembre 2004 è stata formalizzata l'idoneità delle Ditte invitate a partecipare alla gara.

Con ordinanza del direttore amministrativo n. 158/010 del 27 ottobre 2004 è stata nominata la Commissione esaminatrice delle offerte.

2) IMPIANTO ANTINCENDIO

Con determinazione del direttore dell'area provveditorato n. 602/232 del 1° luglio 2003 l'azienda ha manifestato la necessità di provvedere all'installazione di un impianto di rilevazione incendio presso le "Ex officine" e presumendo che il valore dell'esecuzione dell'opera non superasse l'importo di € 50.000,00 + IVA ha proceduto ai sensi dell'art. 24 della legge n. 289/2002 al ricorso alla trattativa privata.

Del ricorso all'istituto della trattativa privata non è stata data comunicazione alla Sezione regionale della Corte dei conti ai sensi dell'art. 24, co. 5, legge n.289/2002.

E' stata, quindi, indetta una "gara negoziata" nella forma di trattativa privata alla quale sono state invitate 5 ditte, 2 di più rispetto a quanto richiesto dall'art. 2 della legge regionale 22 aprile 1989 n. 22 "Modifiche ed integrazioni alle leggi regionali 14 giugno 1980, n. 58 e 8 settembre 1983, n. 58 in materia di attività contrattuale delle unità sanitarie locali".

Con ordinanza del direttore amministrativo n. 88/57 del 16 luglio 2003 è stata nominata la Commissione esaminatrice della trattativa privata ai sensi dell'art.1, p.to 3, della legge 22/1989 atteso che il valore della fornitura è superiore a €25.822,84 IVA esclusa.

Con successiva ordinanza n. 113/75 del 2 ottobre 2003 sono stati approvati gli atti della Commissione esaminatrice ed è stata affidata l'installazione dell'impianto rilevazione incendio ad una ditta, la cui offerta economica, ritenuta la più vantaggiosa, era pari a € 59.678,00 IVA inclusa.

3) IMPIANTO ANTINTRUSIONE

Con ordinanza del direttore amministrativo n. 42/04/S.I.S.T. del 3 marzo 2004 è stata indetta una gara negoziata nella forma della trattativa privata per l'affidamento della fornitura dei materiali e delle prestazioni occorrenti alla realizzazione di un impianto di antintrusione e TVCC (Televisore circuito chiuso) da installare al Piano seminterrato del padiglione C – Dipartimento Scienze Radiologiche – dell' Ospedale San Filippo Neri per una spesa presunta di €40.000,00 IVA esclusa.

Il provvedimento all'esame reca la dichiarazione di non assoggettabilità all'obbligo di comunicazione alla Corte dei conti previsto dall'art. 24, comma 5, della legge 289/2002.

Con ordinanza n. 64/08/ S.I.S.T. del 1° aprile 2004 è stata nominata la Commissione esaminatrice delle offerte relative alla trattativa privata e con

ordinanza n. 73/11/ S.I.S.T. del 26 aprile 2004 si è proceduto all'aggiudicazione della fornitura ad una ditta che insieme ad altre 4 era stata invitata a presentare la sua offerta e delle 3 presentate è risultata l'offerta economicamente più vantaggiosa (€ 38.597,00 IVA esclusa, € 46.316,40 IVA inclusa).

In data 6 ottobre 2004 è stato effettuato il collaudo dell'impianto installato.

Con nota del 4 maggio 2005 n. 253/P venivano richiesti ulteriori elementi istruttori cui si forniva risposta con nota del 3 giugno 2005 n. 6462 (27892) V.

Il Direttore Generale dell'Azienda Complesso Ospedaliero S. Filippo Neri ha chiarito che non aveva ritenuto di avviare alcuna inchiesta amministrativa in quanto il Direttore amministrativo è stato scelto "intuitu personae" e la fiducia posta alla base del rapporto non è venuta meno.

Lo stesso Tribunale del Riesame si è pronunciato nel senso che "deve considerarsi radicalmente esclusa ogni sua responsabilità per la turbativa d'asta concernente la realizzazione dell'impianto antincendio".

Relativamente all'impianto di climatizzazione del bunker la nota n. 479 del 15 aprile 2005 dell'Area Tecnica dell'Azienda ha acclarato che i lavori di climatizzazione sono stati subappaltati a ditta diversa da quella aggiudicataria della fornitura.

Per quanto concerne l'impianto di videoprotezione "l'eventuale turbativa d'asta di questa unica procedura potrebbe essersi concretizzata nel momento in cui da un iniziale orientamento dell'ufficio preposto (SIST) di affidamento diretto, in base alla legge ed all'Atto Aziendale, art. 38 c. 4, in considerazione dell'importo non elevato oltre che delle ragioni di assoluta urgenza (dovuta all'esigenza di cautelare un sistema costoso di apparecchiature della Radiologia-Pacs-Ris), si è passati ad una procedura di gara a trattativa privata, aggiudicata sulla base dell'offerta più vantaggiosa".

Infine con nota n. 9260 del 22 luglio 2005 l'Azienda ha trasmesso la determinazione n. 448 del 15 luglio 2005 con la quale si è provveduto all'aggiudicazione della licitazione privata indetta per la fornitura di apparecchiature e strumentazioni per la U.O.C. di Radioterapia, relativamente, peraltro, solo a 2 dei 3 lotti della fornitura.

CONCLUSIONI:

Gli accertamenti istruttori hanno evidenziato che in ordine all'esecuzione degli appalti relativi alla costruzione della struttura di radioterapia riservata ai malati oncologici, alla creazione di misure antincendio nonché alla predisposizione del sistema di videosorveglianza, il G.I.P. del Tribunale di Velletri, in accoglimento

della richiesta del P.M. del 30 luglio 2004, ha disposto in data 15 febbraio 2005 la misura cautelare degli arresti domiciliari nei confronti del Direttore Amministrativo, del Dirigente Area Provveditorato e del Responsabile dell'Ufficio Sistemi Informativi. Il Tribunale del Riesame di Roma ha annullato i provvedimenti adottati nei confronti dei primi due funzionari in data 18 marzo 2005 e del terzo in data 23 marzo 2005. L'indagine penale è ancora in corso.

12. Sistema di soccorso 118.

In seguito a tragici fatti riferiti dalla cronaca in tema di difficoltà di reperimento di posti di ricovero in occasione di situazione di emergenza, la Sezione regionale di controllo ha chiesto alla Regione notizie e documentazione relativa alla metodologia di gestione del problema "emergenza".

Al riguardo l'ufficio interessato, premesso il richiamo all'istituita Azienda Regionale per l'Emergenza Sanitaria "ARES 118" (l.r. 3 agosto 2004 n. 9), competente ad espletare l'attività di gestione e coordinamento della fase di allarme e di risposta extraospedaliera a tutte le emergenze sanitarie (anche emergenza neonatale, trasporto del sangue e degli organi e trasporti secondari legati al primo intervento) ha reso note le procedure attualmente in vigore per la ricerca dei posti letto in area critica.

Sinteticamente l'iter si svolge come segue:

- le direzioni sanitarie ospedaliere riferiscono alla Centrale Operativa Regionale 118, tramite proprie strutture attive h. 24, sia all'inizio di ogni turno che nel caso di improvvisa movimentazione;
- la ricognizione dei posti letto di area critica riguardanti le specialità di rianimazione, cardiocirurgia, neurochirurgia, unità terapia intensiva cardiologica, terapia intensiva neonatale deve pervenire alla Centrale Operativa Regionale ad ogni inizio di turno (ore 8,00 – ore 14,00 – ore 20,00) con l'indicazione, per ciascuna specialità, della disponibilità o meno dei posti letto;
- nel caso di indisponibilità e/o in caso di emergenza indifferibile, incompatibile con i tempi tecnici di una ricerca effettuata secondo i criteri citati, viene fatto riferimento al D.E.A. (Dipartimento Emergenza Accettazione) di II livello competente per territorio.

Si è appurato, inoltre, che nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR) le rilevazioni informatiche che, a diverso titolo, interagiscono con i sistemi di gestione dei posti letto sono:

- il Sistema Informativo GIPSE, realizzato dall'Agenzia di Sanità Pubblica "ASP" ed operativo dal 2000, che tra gli obiettivi ha anche quello di gestire in modo completo ed integrato il ciclo del paziente nell'ambito del PS-DEA e di acquisire informazioni utili alle aziende per la gestione dei servizi di Pronto Soccorso;
- il Sistema Accettazione Degenza e Trasferimento, ADT, presente in tutte le strutture sanitarie del Lazio con sistemi di software forniti da ditte diverse

che rileva per il solo percorso amministrativo l'occupazione e la dimissione di pazienti assistiti in regime di ricovero;

- il Sistema Informativo 118, realizzato dalla soc. ISED per conto della Regione, che fornisce il supporto informativo alle centrali operative del Lazio per coadiuvare gli operatori del 188 nella gestione della disponibilità e nel coordinamento delle risorse mobili e stanziali coinvolte nell'emergenza.

Le criticità del sistema di emergenza, quali la difficoltà di reperimento in tempo reale delle informazioni sulle disponibilità dei posti letto, i tempi lunghi nell'individuazione delle strutture e dei reparti cui indirizzare il cittadino bisognoso di ricovero, impongono l'adozione di un sistema più semplice e immediato di ricerca del posto letto presso le strutture della regione attraverso la centralizzazione delle informazioni, per fornire in tempo reale a tutte le strutture coinvolte l'effettiva disponibilità dei posti destinati al ricovero d'emergenza.

E' auspicabile, quindi, la pronta attuazione del progetto attualmente allo studio della Regione che vede coinvolte tutte le strutture a diverso titolo interessate nel processo di urgenza-emergenza, ossia le centrali operative del 118, le strutture di Pronto Soccorso, il personale dei reparti di Terapia Intensiva nella fase temporanea e di tutti i reparti nella fase a regime, mediante l'utilizzo della rete di collegamento RUPAR.

La Regione ha provveduto ad istituire la Commissione di verifica delle condizioni organizzative e strutturali dei D.E.A. pubblici.

La Commissione, formata da 3 Dirigenti medici, da 1 Dirigente dei servizi infermieristici e da 1 Funzionario della Direzione, ha effettuato n. 12 visite a D.E.A. di I e II livello e ha individuato le strutture da monitorare, ha predisposto delle schede di rilevazione, ha effettuato le visite in loco e ha redatto un rapporto finale.

Inoltre, alla Commissione è stato richiesto di effettuare n. 3 ispezioni per raccogliere elementi relativi a presunti casi di "mala sanità" che hanno determinato il decesso del paziente.

Tab. n. 20

Ares	Preconsuntivo 2004	Budget 2005
(A) Valore della produzione		112.041.357
Contributi in conto esercizio		112.041.357
Proventi e ricavi diversi		-
Concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche		-
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie		-
Costi capitalizzati		-
Ricavi e proventi per servizi sociosanitari		-
(B) Costi della produzione		106.813.853
Acquisto di beni sanitari		613.516
Acquisto di beni non sanitari		1.232.303
Acquisto di servizi sanitari		20.002.200
Acquisto di servizi non sanitari		3.815.718
Manutenzioni e riparazioni		1.300.000
Godimento di beni di terzi		34.488
Costi personale		79.144.317
Oneri diversi di gestione		671.312
Ammortamenti		-
Svalutazioni		-
Variazioni delle rimanenze		-
Accantonamenti tipici dell'esercizio		-
(A-B) Differenza tra valore e costo della produzione		5.227.504
(C) Proventi e oneri finanziari		-
(D) Rettifiche di valore alle attività finanziarie		-
(E) Proventi e oneri straordinari		-
Risultato dell'esercizio prima delle imposte		5.227.504
	Imposte dell'esercizio	5.227.504
Risultato dell'esercizio		0

13. Edilizia Sanitaria.

Programma investimenti edilizia sanitaria (ex art. 20 legge 67/88 – prima e seconda fase).

La prima fase del piano straordinario di investimenti ex art. 20 legge n.67/88, individuati con D.C.R. n. 1014/1994 per un importo totale di €391.446.957,29 comprensivo anche quella quota a carico del bilancio regionale, può dirsi sostanzialmente conclusa atteso che quasi tutti gli interventi sono stati appaltati, completati e collaudati, ad eccezione dei seguenti lavori di particolare rilievo che hanno subito un ritardo nell'avvio o una sospensione:

- 1) Costruzione Nuovo ospedale di Frosinone (importo € 61.974.827,89).

L'intervento, per il quale era originariamente prevista dalla DGR 1014/94 la realizzazione di un primo lotto, con l'ulteriore finanziamento della 2^a fase dell'art.20 è stato finanziato interamente per un importo totale di €61.974.827,89. La gara di appalto è stata aggiudicata nel luglio 2004. L'ospedale sarà realizzato con le più avanzate tecniche antisismiche e rappresenta un progetto pilota per la realizzazione di ospedali nelle zone classificate sismiche: la nuova tecnologia, infatti, già ampiamente impiegata in altri Paesi ad elevato rischio sismico (Giappone, California), viene utilizzata per la prima volta in Europa nella realizzazione di una struttura ospedaliera.

- 2) Ristrutturazione Complesso Ospedaliero S.Giovanni (importo € 25.822.844,95).

I lavori, iniziati nel 1997, hanno una lunga sospensione (dal novembre 2000 al luglio 2002). L'azienda a seguito della risoluzione del contratto con l'impresa esecutrice ha proceduto ad una nuova gara di appalto "utilizzando anche alcuni finanziamenti destinati alla seconda fase per un importo complessivo di €16.784.849,22", (cfr. Relazione Obiettivi Anno 2004 Direzione Regionale Programmazione sanitaria e Tutela della Salute). La conclusione dei lavori era prevista per la fine del 2004.

Dall'esame dei dati contabili dell'anno 2004 emerge però che quasi l'intero importo stanziato per la realizzazione della prima fase sul cap. H22101 (F.O.H2 Strutture sanitarie), pari a € 183.369.635,58, esclusi € 148.120,26 da attribuire alla competenza, è andata in economia.

Non meglio la seconda fase (H22102) che a fronte di euro 698.312.757,48 di stanziamento registra economie pari al 42,75% (€ 298.531.608,21) e l'importo di €352.483.796,92 da riattribuire alla competenza (50,47%) dell'esercizio successivo.

tab. n. 21

MONITORAGGIO DEGLI INTERVENTI EDILIZIA SANITARIA - EX ART. 20 L.67/1988
SITUAZIONE PROGETTI ESECUTIVI
DICEMBRE 2004

(importi in Euro)

AZIENDA	Interventi previsti in 2 [^] fase		Progetti esecutivi presentati e in istruttoria			Parere favorevole N.V.R.			Progetti esecutivi approvati con determina			Progetti esecutivi ammessi a finanziamento		
	Numero progetti previsti	Importo progetti previsti	Numero progetti previsti	Importo progetti previsti	% sul totale prog.	Numero progetti previsti	Importo progetti previsti	% sul totale prog.	Numero progetti previsti	Importo progetti previsti	% sul totale prog.	Numero progetti previsti	Importo progetti previsti	% sul totale prog.
Azienda USL RM A	11	19.179.143,41	11	19.179.143,41	100,00%	10	18.145.032,25	94,61%	10	18.145.032,25	94,61%	10	18.145.032,25	94,61%
Azienda USL RM B	13	27.217.278,58	13	27.217.278,58	100,00%	12	22.052.709,59	81,02%	12	20.880.352,43	76,72%	11	16.371.683,70	60,15%
Azienda USL RM C	7	51.645.689,91	5	49.236.447,33	95,34%	4	25.221.201,52	48,84%	4	25.221.201,52	48,84%	3	16.826.163,79	32,58%
Azienda USL RM D	19	30.858.299,72	13	23.645.473,00	76,63%	14	23.129.016,10	74,95%	11	17.861.155,73	57,88%	10	14.566.160,71	47,20%
Azienda USL RM E	14	23.808.663,06	12	21.071.441,49	88,50%	12	21.071.441,49	88,50%	9	20.038.527,69	84,16%	7	14.817.148,43	62,23%
Azienda USL RM F	12	24.557.525,55	11	21.768.658,29	88,64%	11	21.768.658,29	88,64%	10	15.400.744,72	62,71%	9	14.780.996,44	60,19%
Azienda USL RM G	13	72.483.965,85	9	36.668.439,84	50,59%	8	23.757.017,37	32,78%	6	16.526.620,78	22,80%	6	16.526.620,78	22,80%
Azienda USL RM H	17	73.440.171,06	16	53.969.745,97	73,49%	13	32.381.847,58	44,09%	11	32.381.847,58	44,09%	10	16.268.392,33	22,15%
Azienda USL VITERBO	12	36.151.982,95	12	36.151.982,95	100,00%	12	36.151.982,95	100,00%	12	36.151.982,95	100,00%	10	30.656.365,09	84,80%
Azienda USL RIETI	13	38.062.873,46	9	38.062.873,46	100,00%	9	21.587.898,38	56,72%	8	19.005.613,88	49,93%	8	19.005.613,88	49,93%
Azienda USL LATINA	20	35.997.045,89	20	35.997.045,88	100,00%	19	34.828.873,96	96,75%	16	26.952.231,43	74,87%	15	25.402.860,73	70,57%
Azienda USL FROSINONE	21	47.893.114,10	17	40.643.655,53	84,86%	15	39.423.127,39	82,31%	15	39.423.127,39	82,31%	14	37.866.009,84	79,06%
Azienda Ospedaliera S.CAMILLO - FORLANINI	5	82.982.743,40	4	77.365.243,40	93,23%	4	77.365.243,40	93,23%	3	65.283.243,40	78,67%	3	66.309.974,40	79,91%
Azienda Ospedaliera S.GIOVANNI ADDOLORATA	21	82.251.477,34	18	61.371.477,34	74,61%	17	61.057.988,00	74,23%	17	61.057.988,00	74,23%	17	61.057.988,00	74,23%
Azienda Ospedaliera S.FILIPPO NERI	8	64.815.340,82	8	64.815.340,82	100,00%	7	63.412.230,72	97,84%	7	63.412.230,72	97,84%	7	63.412.230,72	97,84%
Azienda Ospedaliera POLICLINICO TOR VERGATA	1	43.898.839,42	1	43.898.839,42	100,00%	1	43.898.839,42	100,00%	1	43.898.839,42	100,00%	1	43.898.839,42	100,00%
IFO S.RAFFAELE	1	38.734.267,43	1	38.734.267,43	100,00%	1	38.734.267,43	100,00%	1	38.734.267,43	100,00%	1	38.734.267,43	100,00%
TOT. RIMODULAZIONE 2004	208	793.978.421,95	180	689.797.354,14	86,88%	169	603.987.375,84	76,07%	153	560.375.007,32	70,58%	142	514.646.347,94	64,82%

Fonte: Regione Lazio

14. Conclusioni.

Al termine dell'analisi della gestione finanziaria in materia di spesa sanitaria, la Sezione rileva che l'inesistenza dei controlli conduce all'inattendibilità dei dati di bilancio, a diseconomie di gestione e al constatato deficit dei bilanci delle Aziende USL di cui non si conoscono i mezzi di copertura, con la conseguenza che il quadro finanziario non corretto influisce negativamente sulla decisione politica.

La Sezione raccomanda alla Regione di procedere alla verifica del sistema contabile e delle sottostanti scritturazioni dando pertinenti istruzioni ed evitando prassi inadeguate che non consentono i necessari controlli.

APPENDICE

La Sezione ritiene di dar conto del comportamento non collaborativo osservato dall'apparato burocratico, in occasione degli accertamenti istruttori posti in essere per l'acquisizione degli elementi necessari per il presente referto.

L'istruttoria è stata formalizzata con nota n. 89/PR/283/P del 20 maggio 2005 consegnata il giorno stesso brevi manu al Presidente della Regione.

Alla nota erano allegati n. 2 elenchi di richiesta dei dati e delle notizie indirizzati alle strutture regionale interessate: Direzione Programmazione Sanitaria e Tutela della Salute, Direzione Regionale Sistema Sanitario Regionale e Direzione Regionale Bilancio e Tributi (All. 1).

Risulta agli atti che con note del 17 giugno 2005 (All. 2) il Capo dell'Ufficio di Gabinetto ha inoltrato ai responsabili delle Direzioni competenti la richiesta di questa Corte.

Con nota n. 452/P in data 17 giugno 2005 (All. 3) la Sezione sollecitava alla Direzione Regionale Programmazione Sanitaria la risposta e in data 23 giugno 2005 (All. 4) perveniva il report sull'attività svolta dalla medesima Direzione nell'anno 2004.

Il 10 agosto 2005 (All. 5) la Direzione Regionale Programmazione Sanitaria ha trasmesso nuovamente il report sull'attività nonché alcune delle tabelle compilate a cura dell'Agenzia SSR.

I documenti inviati, peraltro, erano privi delle deliberazioni di giunta e delle circolari esplicative.

Prima di agosto 2005 le altre direzioni interessate erano state sollecitate telefonicamente.

Con fax in data 19 luglio 2005 e 12 settembre 2005 (All. 6), indirizzati alla Direzione regionale Bilancio e Tributi, la Sezione inviava la nota n. 76370 del 17 giugno 2005 a firma del Capo dell'Ufficio di Gabinetto di trasmissione alla Direzione predetta delle richieste istruttorie.

Il responsabile della Direzione Regionale avrebbe dovuto farsi parte diligente e attivarsi per rispondere alle richieste.

Stante il perdurante silenzio dell'Amministrazione con fax del 26 settembre 2005 (All. 7) la Sezione inviava alla Direzione Bilancio e Tributi l'allegato n. 2 alla nota 89/PR/283/P contenente le richieste istruttorie.

Con successivo fax del 4 ottobre 2005 (All. 8) la Sezione inviava 2 tabelle che avrebbero dovuto essere restituite compilate. L'Amministrazione obiettava riguardo ad uno dei due prospetti che i dati richiesti non erano di sua competenza

senza, peraltro, inoltrare la richiesta alla struttura competente.

Con fax del 10 ottobre 2005 (All.9) la Sezione nuovamente inviava ad un dirigente della Direzione Bilancio e Tributi l'allegato contenente le richieste istruttori formulando la preghiera di indirizzare le richieste per cui la Direzione non era competente alla struttura che era tale.

Nel fax si specificava che pur di accelerare i tempi il magistrato era disponibile ad un incontro con i responsabili della struttura presso gli uffici regionali.

L'unica risposta è stata la nota n. 136891 del 18 ottobre 2005 (All. 10) con cui è stata trasmessa una delle due tabelle compilate.

Riguardo poi alla struttura Direzione Regionale Sistema Sanitario Regionale l'unica risposta fornita è consistita nella restituzione delle tabelle compilate, tabelle che la Sezione aveva già ricevuto nell'agosto 2005.

Numerosi solleciti al riguardo sono stati formulati per le vie brevi ai Dirigenti interessati fino al 23 dicembre 2005 ma non uno dei documenti richiesti è stato trasmesso.

Tanto premesso per dimostrare come il comportamento non collaborativo tenuto dalle strutture interessate ha compromesso l'attività di referto demandata alla Sezione e come la relazione prodotta non può considerarsi esaustiva.

Allegato 1

Allegato 2

Allegato 3

Allegato 4

Allegato 5

Allegato 6

Allegato 7

Allegato 8

Allegato 9

Allegato 10