

VERIFICA DI IMPATTO DELLA REGOLAZIONE

Piano biennale per la valutazione e la revisione della regolamentazione 2021/2022 sulle “Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria”.

PROVVEDIMENTO OGGETTO DI VALUTAZIONE

Il Capo I del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35 (convertito in legge, con modificazioni, dall’art. 1, comma 1, della legge 25 giugno 2019, n. 60), recante “Misure emergenziali per il servizio sanitario della regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria”.

AMMINISTRAZIONE COMPETENTE: Ministero della salute

SINTESI DELLA VIR E PRINCIPALI CONCLUSIONI

STESURA DELLA RELAZIONE VIR

La stesura della Relazione Vir costituisce soltanto l’ultimo passo del processo di valutazione: essa è finalizzata a documentare e comunicare il percorso svolto e a diffonderne la conoscenza. La relazione descrive l’organizzazione e i passaggi seguiti, le consultazioni effettuate, le fonti informative utilizzate, le conclusioni della valutazione.

Riporta, infine, eventuali indicazioni e raccomandazioni per futuri interventi (ad esempio, ipotesi di revisione o abrogazione; misure volte a migliorare l’attuazione delle norme esaminate o a ridurne i costi; semplificazioni; eliminazione di incoerenze; ecc.), contribuendo così al processo decisionale.

La Relazione Vir, una volta validata dal DAGL, è pubblicata sul sito dell’Amministrazione, sul sito del Governo e trasmessa al Parlamento.

INDICE

1. PREMESSA: IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO.
2. IL CAPO I DEL DECRETO LEGGE 30 APRILE 2019, N. 35 (CONVERTITO IN LEGGE, CON MODIFICAZIONI, DALL'ART. 1, COMMA 1, DELLA LEGGE 25 GIUGNO 2019, N. 60), RECANTE "MISURE EMERGENZIALI PER IL SERVIZIO SANITARIO DELLA REGIONE CALABRIA E ALTRE MISURE URGENTI IN MATERIA SANITARIA" E LE RAGIONI DELLA VIR.
3. LE CONSULTAZIONI EFFETTUATE.
4. I RISULTATI DEL QUESTIONARIO.
5. INNOVAZIONI NORMATIVE DERIVANTI DAL DECRETO-LEGGE 150 DEL 2020, CONVERTITO IN LEGGE, CON MODIFICAZIONI, DALL'ART. 1, COMMA 1, DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2020, N. 181.
6. LE CONCLUSIONI DELLA VALUTAZIONE.

1. Premessa: il quadro normativo di riferimento.

L'Analisi di impatto della regolazione (AIR) e la Valutazione di impatto della regolazione (VIR) sono strumenti a disposizione del soggetto che deve prendere decisioni, che in tal modo può avere piena conoscenza delle conseguenze delle proprie azioni e dell'esistenza di soluzioni alternative.

La legge 28 novembre 2005, n. 246 ("Semplificazione e riassetto normativo per l'anno 2005") ha introdotto all'articolo 14 - rubricato "Semplificazione della legislazione" – una normativa a regime in materia di AIR e di VIR, precisando che quest'ultima consiste nella valutazione, anche periodica, del raggiungimento delle finalità e nella stima dei costi e degli effetti prodotti da atti normativi sulle attività dei cittadini e delle imprese e sull'organizzazione e sul funzionamento delle pubbliche amministrazioni» (articolo 14, comma 4). La definizione in concreto di tempi e modalità per l'effettuazione dell'analisi è stata demandata ad un successivo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri¹.

2. Il Capo I del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35 (convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 25 giugno 2019, n. 60), recante "Misure emergenziali per il servizio sanitario della regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria" e le ragioni della VIR.

È stato adottato dall'allora Ministro della Salute – On. Le Roberto Speranza – con decreto 20 giugno 2022, il Piano biennale per la valutazione e la revisione della regolamentazione 2021/2022 sulle "Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria".

Le disposizioni contenute nel Piano che sono state sottoposte alla consultazione pubblica sono quelle contenute nel Capo I del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, recante "*Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia*

¹ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 settembre 2008, n. 170, recante "Regolamento recante disciplina attuativa dell'analisi dell'impatto della regolamentazione (AIR), ai sensi dell'articolo 14, comma 5, della legge 28 novembre 2005, n. 246", e DPCM 19 novembre 2009, n. 212, recante "Regolamento recante disciplina attuativa della verifica dell'impatto della regolamentazione (VIR), ai sensi dell'articolo 14, comma 5, della legge 28 novembre 2005, n. 246", successivamente abrogati e sostituiti dal più recente decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 15 settembre 2017, n. 169, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 280 del 30 novembre 2017

sanitaria”, convertito in legge, con modificazioni, dall’art. 1, comma 1, della legge 25 giugno 2019, n. 60.

Il Capo I del decreto, composto da 10 articoli, è interamente dedicato a disposizioni speciali per la Regione Calabria volte, come specificato dall’articolo 1, a ripristinare il rispetto dei livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario di cui all’articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, nonché ad assicurare il raggiungimento degli obiettivi del Piano di rientro dai disavanzi del servizio sanitario regionale secondo i relativi programmi operativi. Tutti gli interventi proposti pertanto si configurano come provvedimenti normativi straordinari, assunti per un periodo temporale limitato a 18 mesi (ai sensi del successivo articolo 15, comma 1 del presente decreto), con i quali si intende traghettare la sanità calabrese verso situazioni amministrative “normali”.

A tal fine, l’articolo 2 disciplina e rafforza le procedure di verifica dei direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale (attualmente regolamentate dall’art. 2 del D.Lgs. 171/2016 e di pertinenza delle regioni), prevedendo procedure di verifica straordinaria sui direttori generali, effettuate direttamente dal Commissario ad acta per l’attuazione dei PdR nella Regione Calabria.

L’articolo 3 prescrive le misure da attivarsi nel caso di esito negativo della verifica sull’attività dei direttori generali da parte del Commissario ad acta e detta le norme relative alla nomina ed alla disciplina dell’operato del commissario straordinario (requisiti e modalità di nomina del commissario straordinario, la disciplina giuridica dell’incarico e la definizione del relativo compenso). Al commissario spetta, tra l’altro, l’adozione di un nuovo atto aziendale. Esso resta in carica per 18 mesi dalla data di entrata in vigore del decreto. Il relativo incarico può essere utilmente valutato quale esperienza dirigenziale.

L’articolo 4 prevede e disciplina la verifica periodica da parte dei commissari straordinari sull’attività dei direttori amministrativi e sanitari delle rispettive aziende, sulla base dei criteri stabiliti dalla normativa vigente, con conseguente eventuale pronuncia di decadenza dall’incarico dei soggetti verificati e nomina dei sostituti.

L’articolo 5 estende alle aziende sanitarie della Regione Calabria la disciplina prevista per gli enti locali in tema di dissesto. Viene attribuito al commissario straordinario il compito di effettuare una verifica della gestione dell’ente a cui è preposto, alla quale consegue, qualora emergano irregolarità gestionali gravi e reiterate, la previsione della gestione straordinaria dell’ente verificato. A questa provvede un commissario straordinario di liquidazione del quale viene disciplinata la nomina, le condizioni giuridiche del rapporto ed il compenso. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni del titolo VIII del Testo Unico delle leggi sull’ordinamento degli enti locali, con l’espressa menzione di quelle riguardanti il blocco delle procedure esecutive. Entro trenta giorni dalla nomina il commissario straordinario di liquidazione presenta al commissario ad acta, che l’approva, il piano di rientro aziendale.

L’articolo 6 detta specifiche disposizioni in tema di appalti, servizi e forniture degli enti del servizio sanitario della Regione Calabria. I commi 1 e 2 concernono le procedure per gli enti ed

aziende del Servizio sanitario della Regione Calabria relativamente all'acquisizione di beni e servizi ed all'affidamento di lavori di manutenzione. I commi 3 e 4 riguardano gli interventi in materia di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario nella Regione Calabria. Il comma 5 reca una destinazione specifica di risorse finanziarie per il 2019, in favore del suddetto ammodernamento tecnologico nella medesima Regione, nell'ambito delle risorse previste in materia a livello nazionale.

L'articolo 7 modifica la procedura per l'adozione di una misura straordinaria di gestione, con riferimento alle imprese esercenti attività sanitaria per conto del Servizio sanitario della Regione Calabria.

L'articolo 8 prevede lo svolgimento di un'attività di supporto tecnico ed operativo da parte dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) in favore del Commissario ad acta della Regione Calabria, nonché degli eventuali Commissari straordinari nominati (ai sensi dei precedenti articoli) per i singoli enti o aziende del Servizio sanitario della medesima Regione.

L'articolo 9 prevede lo svolgimento di un'attività di collaborazione da parte del Corpo della Guardia di finanza in favore del Commissario ad acta della Regione Calabria, nonché degli eventuali Commissari straordinari e Commissari straordinari di liquidazione nominati (ai sensi dei precedenti articoli), rispettivamente, per i singoli enti o aziende del Servizio sanitario della stessa Regione e per l'eventuale gestione straordinaria del medesimo ente o azienda (gestione relativa alla definizione di entrate ed obbligazioni pregresse).

L'articolo 10 concerne l'eventuale scioglimento di singoli enti o aziende del Servizio sanitario della Regione Calabria, ai sensi degli articoli 143, 144, 145 e 146 del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, e reca norme di coordinamento tra i suddetti articoli e le disposizioni di articoli precedenti del decreto in esame.

L'intervento in esame presenta quindi i profili di necessità e urgenza e prevede, allo scopo di non pregiudicare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, misure eccezionali per la regione Calabria in relazione alla situazione di estrema criticità determinata dalle perduranti condizioni di mancato riequilibrio economico finanziario dal disavanzo del settore sanitario, in connessione anche alle riscontrate inadempienze e irregolarità amministrative e gestionali, al fine di ricondurre l'azione amministrativa ai principi di legalità, imparzialità efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa a tutela del diritto alla salute dei cittadini; reca altresì misure urgenti su specifiche tematiche del settore sanitario su cui è necessario intervenire al fine di assicurare la continuità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie afferenti i livelli essenziali di assistenza.

Ciò premesso, si è ritenuto opportuno svolgere la valutazione di impatto relativamente al Capo I del decreto-legge in esame proprio in ragione della rilevanza degli obiettivi dalle politiche ivi

previste al fine di verificarne l'efficacia e l'efficienza rispetto ai predetti obiettivi, nonché per comprendere se e quanto tali obiettivi corrispondano ai bisogni e alle politiche attuali.

3. Le consultazioni effettuate

Al fine di acquisire i dati e le informazioni necessari per lo svolgimento della valutazione di impatto della regolazione, il Ministero della salute ha ritenuto opportuno interpellare direttamente le Amministrazioni e le strutture competenti nella materia per avere, da un lato, un confronto diretto con i soggetti che per legge sono tenuti ad applicare le disposizioni contenute nel capo I del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35 (convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 25 giugno 2019, n. 60), recante “Misure emergenziali per il servizio sanitario della regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria”, e per evitare, dall'altro, il più possibile risposte di principio o indicazioni di massima, non utili per le finalità della VIR. Per tali ragioni, senza abbandonare la consueta consultazione pubblica, che permette la partecipazione di chiunque risulti interessato, indipendentemente dall'essere raggiunto dal questionario, considerato l'elevato numero di potenziali destinatari delle misure in esame, l'Amministrazione ha ritenuto necessario individuare le Amministrazioni direttamente coinvolte nella applicazione delle norme sottoposte alla valutazione di impatto.

Con riferimento alle consultazioni, si rappresenta che è stata dapprima avviata una consultazione pubblica sulla bozza di Piano e, in data 1° agosto 2022, è stata avviata la consultazione sul Piano, diretta all'acquisizione di informazioni utili alla valutazione dell'intervento.

In particolare, la consultazione è stata svolta con il Ministero dell'economia e delle finanze, con il Ministero dell'interno, con il Ministero dell'università e della ricerca, con il Dipartimento per gli affari generali e le autonomie- Presidenza Consiglio dei Ministri, con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari, nonché con la Direzione generale della programmazione sanitaria e quella delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale del Ministero della salute.

La consultazione in parola è stata funzionale a consentire a questa Amministrazione di:

- condurre l'analisi della situazione attuale, per evidenziare eventuali problemi nel processo di attuazione degli interventi oggetto di valutazione e le modalità di adeguamento seguite dai destinatari;
- ricostruire la logica dell'intervento, per ottenere informazioni sui cambiamenti più rilevanti intervenuti tra l'adozione degli atti oggetto di valutazione e il momento in cui si svolge la Vir (nonché, ove opportuno, per rilevare dati e opinioni degli *stakeholders* sulla ipotetica evoluzione della situazione laddove l'intervento normativo non fosse stato adottato), contribuendo alla definizione dello “scenario controfattuale”;

- valutare l'intervento, per ottenere informazioni e dati utili a verificarne l'efficacia e le cause di eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi prefissati; per l'identificazione, analisi e quantificazione dei principali effetti che si sono verificati, con particolare riferimento a quelli che non erano attesi; per evidenziare difficoltà attuative, sovrapposizioni o incoerenze tra norme che regolano lo stesso settore, anche alla luce di eventuali distorsioni cognitive che possano avere negativamente influito sulla conformità alle disposizioni normative e sull'impatto;
- raccogliere suggerimenti sulle modifiche che possono consentire di ottenere gli stessi risultati con costi inferiori per i destinatari.

La suddetta consultazione è stata aperta a chiunque fosse interessato a fornire il proprio contributo, sia in qualità di portatore di interessi specifici, sia come privato cittadino.

Gli aspetti del provvedimento che sono stati sottoposti a consultazione sono i seguenti:

“Le disposizioni del decreto-legge di cui trattasi hanno contribuito al raggiungimento degli obiettivi previsti nei programmi operativi di prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale, nonché dei livelli essenziali di assistenza? Se sì, in che modo?”

In particolare:

1) Le previsioni normative di cui all'art. 2 del decreto-legge in esame, hanno contribuito al raggiungimento degli obiettivi previsti nei programmi operativi di prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale, nonché dei livelli essenziali di assistenza? Nello specifico:

a) [art 3] Nel caso in cui vi sia stata una valutazione negativa del direttore generale ai sensi dell'articolo 2, comma 1, il procedimento di nomina del Commissario straordinario ha contribuito al raggiungimento degli obiettivi previsti nei programmi operativi di prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale, nonché dei livelli essenziali di assistenza?

b) [art 5] Ha trovato applicazione il meccanismo finalizzato ad evitare il dissesto finanziario di un ente del servizio sanitario regionale di cui all'art 5 del decreto-legge?

c) [art 4] ha trovato applicazione la previsione speciale di cui al comma 1-bis dell'art 4 del decreto-legge, ai sensi del quale, in caso di vacanza, per qualsiasi causa, degli uffici di direttore sanitario o di direttore amministrativo, trascorsi quindici giorni dalla pubblicazione dell'avviso finalizzato ad acquisire la disponibilità ad assumere l'incarico, non sia pervenuta alcuna manifestazione di interesse, tale incarico può essere conferito anche a soggetti non iscritti negli elenchi regionali di idonei di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, che siano in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 1, comma 4, lettere a) e b), del citato decreto legislativo n. 171 del 2016?

2) gli strumenti previsti nei commi da 1 a 4 dell'art 6 del decreto-legge in esame nell'ambito degli appalti, servizi e forniture per gli enti del Servizio sanitario della Regione Calabria si sono dimostrati utili ai fini della razionalizzazione delle spese dei predetti enti nell'ottica, tra l'altro, del

raggiungimento degli obiettivi previsti nei programmi operativi di prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale? È stato adottato il Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale della Regione di cui al comma 3 del citato articolo 6 del decreto-legge?

3) l'estensione dell'ambito di applicazione delle disposizioni del dl anche alla Commissione straordinaria di cui all'articolo 144 del decreto legislativo n. 267 del 2000 prevista dall'art 10 del decreto-legge e la contestuale previsione della possibilità per detta commissione di avvalersi, in via temporanea, anche in deroga alle disposizioni vigenti, in posizione di comando o di distacco, di esperti nel settore pubblico sanitario, si sono rivelati utili ai fini del raggiungimento degli obiettivi previsti nei programmi operativi di prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale?"

4. I risultati del questionario

In merito ai quesiti pocanzi illustrati, si riportano di seguito i contributi forniti dal Ministero dell'interno, dall'AGENAS e della Direzione generale della programmazione sanitaria e quella delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale del Ministero della salute.

Con riferimento al profilo del rientro dal disavanzo sanitario di cui al quesito n. 1), la Direzione generale della programmazione sanitaria e l'AGENAS hanno rappresentato quanto segue.

Con riferimento al profilo del rientro dal disavanzo sanitario, ha evidenziato che come emerge dai verbali del 26 aprile 2022 e del 18 maggio 2022 del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, sulla base dell'istruttoria condotta, la Regione Calabria, al IV trimestre del 2021, presenta un avanzo di 26,492 mln di euro.

Inoltre, il risultato di gestione del IV trimestre 2021, dopo il conferimento delle aliquote fiscali preordinate dal Piano di rientro alla copertura del disavanzo sanitario, nonché della "quota sociale" delle prestazioni socio-sanitarie e dell'aggiornamento delle stime fiscali sulle manovre pregresse, è pari a +146,001 mln di euro.

Pertanto, prosegue la predetta Direzione generale, tenuto conto delle le perdite pregresse al termine dell'esercizio precedente, l'avanzo residuo ammonta a 68,558 mln di euro.

Tavolo e comitato segnalano, in merito, che la copertura del disavanzo pregresso è stata possibile grazie ad una maggiore disponibilità di risorse del 2021 e al ritardo degli interventi che avrebbero dovuto essere messi in atto per l'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Sul versante dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, anch'essa contemplata nel quesito n. 1), relativamente ai dati relativi alla verifica per gli anni successivi all'entrata in vigore delle disposizioni normative di cui trattasi, ha rappresentato quanto segue.

“La verifica dell'erogazione dei LEA per l'anno 2020 presenta delle peculiarità legate all'esigenza di tenere conto delle difficoltà incontrate dai servizi sanitari regionali per la necessità di fronteggiare l'emergenza pandemica.

Come può leggersi, al riguardo, nelle premesse del questionario LEA 2020, “pur continuando a perseguire l’obiettivo istituzionale di garantire equità, qualità e appropriatezza dell’erogazione dei LEA in modo uniforme per tutti i cittadini assistiti dal SSN su tutto il territorio nazionale, il periodo pandemico ha reso prioritario per il NSG l’attività di monitoraggio e valutazione della resilienza e della capacità di reazione delle Regioni all’impatto dell’emergenza. A tal fine, si è reso necessario rivedere l’attuale sistema di indicatori CORE e i relativi criteri di valutazione poiché tale sistema non era stato costruito per essere utilizzato in situazioni eccezionali come la pandemia: la complessità della situazione e la necessità di avere a disposizione i risultati di questa attività in tempi compatibili con il loro utilizzo nel governo della salute ha imposto all’NSG di definire per l’anno 2020 un sistema dedicato sintetico di indicatori. Tale sistema, denominato “Sistema dedicato al monitoraggio per l’anno 2020”, prevede il calcolo di alcuni indicatori di monitoraggio selezionati dal CORE NSG, calcolati in funzione dei 4 diversi periodi di contenimento della pandemia distinti in Fase pre-pandemia (1 gennaio -19 febbraio 2020), Prima ondata (20 febbraio, primo caso identificato di COVID-19 - 3 maggio 2020), Fase rallentamento delle restrizioni (4 maggio prima fase di riapertura dal Lockdown - 30 settembre 2020) e Seconda ondata (1 ottobre - 31 dicembre 2020). Il Sistema prevede la valutazione dell’impatto della pandemia sulla variabilità degli indicatori di monitoraggio, analizzandone le relazioni intercorrenti con gli indicatori di contesto regionale, quali l’eccesso di mortalità e le percentuali di occupazione dei posti letto in area medica e terapia intensiva.

Il primo monitoraggio, con i dati alla data del 15/12/2021, pubblicato nel verbale di verifica del 26 aprile-18 maggio 2022, ha restituito un esito non sufficiente per quasi tutti gli indicatori.

Monitoraggio erogazione dei LEA (Sistema semplificato NSG dedicato alla capacità di resilienza e ripresa nel periodo pandemico) (Data agg.to 15.12.2021)

Indicatore	1 gennaio-19 febbraio		20 Febbraio-3 Maggio		4 Maggio-30 Settembre		1 Ottobre-31 Dicembre		Valore annuale		Valore annuale di riferimento
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	
Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.	ND	21,7%	ND	15,1%	ND	23,2%	ND	28,2%	ND	22,9%	Sufficienza: > 70% Eccellenza: ≥ 90%
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	64,2%	65,9%	63,3%	65,9%	65,6%	65,6%	63,7%	71,5%	61,3%	63,4%	Sufficienza: > 70% Eccellenza: ≥ 90%
Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	30,8%	40,3%	36,9%	52,0%	33,6%	39,3%	35,1%	39,4%	34,4%	42,1%	Sufficienza: ≥ 60% Eccellenza: ≥ 80%
Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	44,1%	42,2%	42,7%	42,0%	41,9%	40,2%	40,6%	33,6%	42,0%	39,7%	Sufficienza: ≤ 20% Eccellenza: ≤ 15%
Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥1.000 parti.	36,1%	37,2%	34,7%	32,7%	33,9%	33,4%	32,3%	30,4%	33,9%	33,2%	Sufficienza: ≤ 25% Eccellenza: ≤ 20%
Tasso di accesso in PS nei giorni feriali, dalle 8 alle 20 (diurno), adulti (14+), residenti, TUTTI I CODICI del triage post visita									127,16	25,89	Valore nazionale: 172,31 (2019) 115,12 (2020)

Di seguito si riporta una tabella comparativa degli indicatori NSG per gli anni 2019 (sperimentale), 2020 e 2021 (dati provvisori e non ancora pubblicati).

Regione Calabria

		2019	2020	2021	Soglia	Verso
Distrettuale	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	261,05	174,84	161,00	≤373	Soglia: (373, 60) Verso: DECRESCENTE
	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	103,46	42,65	49,20	≤176	Soglia: (176, 60) Verso: DECRESCENTE
	D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	21,00	27,00	30,00	≤21	Soglia: (21, 60) Verso: DECRESCENTE
	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	89,71	92,51	93,77	≥60	Soglia: (60, 60) Verso: CRESCENTE
	D14C - Consumo di farmaci sentinella/tracciati per 1.000 abitanti - Antibiotici	8.091,91	6.463,02	6.204,89	≤7263	Soglia: (7263, 60) Verso: DECRESCENTE
	D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	1,29	1,35	-	≥2,6	Soglia: (2,6, 60) Verso: CRESCENTE
	D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	1,15	0,93	-	≥1,9	Soglia: (1,9, 60) Verso: CRESCENTE
	D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	0,40	0,33	-	≥1,5	Soglia: (1,5, 60) Verso: CRESCENTE
	D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	5,89	7,58	8,22	≤6,9	Soglia: (6,9, 60) Verso: DECRESCENTE
	D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	12,06	8,19	4,52	≥35	Soglia: (35, 60) Verso: CRESCENTE
	D33Z - Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti	18,52	19,26	16,52	≥24,6	Soglia: (24,6, 60) Verso: CRESCENTE
Ospedale	H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	122,39	86,82	100,30	≤160	Soglia: (160, 60) Verso: DECRESCENTE
	H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	0,00	22,89	71,07	≥70	Soglia: (70, 60) Verso: CRESCENTE
	H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	0,13	0,14	0,10	≤0,24	Soglia: (0,24, 60) Verso: DECRESCENTE
	H05Z - Proporzione colicistomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	61,27	63,36	60,79	≥70	Soglia: (70, 60) Verso: CRESCENTE
	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	34,40	42,06	45,09	≥60	Soglia: (60, 60) Verso: CRESCENTE
	H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	42,04	39,70	34,78*	≤20	Soglia: (20, 60) Verso: DECRESCENTE
	H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	33,94	33,18	38,55*	≤25	Soglia: (25, 60) Verso: DECRESCENTE
Prevenzione	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, sputite B, pertosse, Hib)	95,04	95,09	95,02	≥92	Soglia: (92, 60) Verso: CRESCENTE
	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	93,08	73,78	89,44	≥92	Soglia: (92, 60) Verso: CRESCENTE
	P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	44,53	45,90	88,10	≥70	Soglia: (70, 60) Verso: CRESCENTE
	P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	97,64	89,48	97,76	≥80	Soglia: (80, 60) Verso: CRESCENTE
	P14C - Indicatore composto sugli stili di vita (fonte ISTAT)	43,86	45,97	43,47	≤40	Soglia: (40, 60) Verso: DECRESCENTE
	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	12,01	5,16	7,06	≥25	Soglia: (25, 60) Verso: CRESCENTE
	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	6,04	2,34	2,46	≥35	Soglia: (35, 60) Verso: CRESCENTE
	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	2,69	1,41	0,91	≥25	Soglia: (25, 60) Verso: CRESCENTE

* no aggiustamento

Dalla tabella si evince, rispetto all'anno 2019, un lieve miglioramento negli indicatori D03, D04 D10Z, C14C, H02Z, H13C, P10Z, P12Z, P14C.

In ogni caso, appare evidente che in ragione della straordinarietà dell'anno 2020 e delle ripercussioni esercitate sui sistemi sanitari regionali dalle misure organizzative messe in atto per la gestione ed il contenimento dell'emergenza epidemiologica, protrattasi anche nell'anno 2021, una valutazione dell'efficacia delle disposizioni del decreto legge n. 35/2019 sull'attuazione del piano di rientro risulta, allo stato, prematura.”.

Tanto premesso in linea generale, in ordine alle specifiche domande poste, si riporta, di seguito, quanto specificato, in ordine ai singoli punti previsti dal questionario, dalle Amministrazioni coinvolte nella fase delle consultazioni.

1a) [art 3] Nel caso in cui vi sia stata una valutazione negativa del direttore generale ai sensi dell'articolo 2, comma 1, il procedimento di nomina del Commissario straordinario ha contribuito al raggiungimento degli obiettivi previsti nei programmi operativi di prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale, nonché dei livelli essenziali di assistenza?

La Direzione generale della programmazione sanitaria ha fatto presente che dal verbale della riunione del 26 aprile-18 maggio 2022 risulta quanto segue.

“Tavolo e Comitato, nel prendere atto, restano in attesa di aggiornamenti sugli esiti dei monitoraggi periodici dell'operato dei Commissari straordinari aziendali, ai sensi dell'articolo 2, comma 6, del decreto legge n. 150/2020. Rilevano che non risultano pervenuti aggiornamenti riguardo alle verifiche dell'operato dei Commissari straordinari aziendali nominati nel primo trimestre anno 2021 e, pertanto, sollecitano il riscontro.

Sollecitano, altresì, il riscontro alle osservazioni formulate nella riunione del 22 luglio 2021, sugli obiettivi in materia di sanità veterinaria nonché sulla assenza di obiettivi in materia di liste di attesa.

Infine, con riferimento alle valutazioni dell'operato dei Commissari straordinari nominati alla fine dell'anno 2019, per i quali con nota prot. LEA n. 19/2022, la struttura commissariale informa che, sulla base della documentazione trasmessa dalle Aziende sanitarie, nonché dell'istruttoria effettuata da Agenas, è in procinto di adottare i decreti commissariali di valutazione ai sensi dell'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2019, si resta in attesa dei relativi provvedimenti.”.

1b) [art 5] Ha trovato applicazione il meccanismo finalizzato ad evitare il dissesto finanziario di un ente del servizio sanitario regionale di cui all'art 5 del decreto-legge?

Al riguardo, l'anzidetta Direzione generale ha rappresentato che, dal citato verbale della riunione del 22 luglio 2021, risulta quanto segue.

“In merito il precedente Commissario ad acta, ha dato riscontro alle proposte di dissesto, adottate ai sensi del combinato disposto degli articoli 5 e 10, comma 4, del decreto legge n. 35/2019 avanzate dalle Commissioni straordinarie delle Aziende sanitarie provinciali di Catanzaro e di Reggio Calabria. Il Commissario ad acta ha richiesto dapprima approfondimenti e, successivamente, ha comunicato la decisione di non accogliere le proposte di dissesto. Con particolare riferimento alla ASP di Reggio Calabria, con nota del Commissario ad acta del 20 maggio 2020 è stato rappresentato, tra l'altro, [...]. Stante quanto comunicato dal Commissario ad acta i Tavoli tecnici, nella riunione del 25 maggio 2020 hanno preso atto “che l'articolo 5 del decreto legge n. 35/2019 non si applica a nessun ente del Servizio sanitario calabrese”.

1c) [art 4] ha trovato applicazione la previsione speciale di cui al comma 1-bis dell'art. 4 del d.l., ai sensi del quale, in caso di vacanza, per qualsiasi causa, degli uffici di direttore sanitario o di direttore amministrativo, trascorsi quindici giorni dalla pubblicazione dell'avviso finalizzato ad acquisire la disponibilità ad assumere l'incarico, non sia pervenuta alcuna manifestazione di interesse, tale incarico può essere conferito anche a soggetti non iscritti negli elenchi regionali di idonei di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, che siano in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 1, comma 4, lettere a) e b), del citato decreto legislativo n. 171 del 2016?

In proposito, la predetta Direzione generale ha segnalato che non risulta evidenza che la sopra citata previsione speciale, abbia trovato applicazione.

3) È stato adottato il Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale della Regione di cui al comma 3 del citato articolo 6 del decreto-legge?

Sul punto, la Direzione generale della programmazione sanitaria ha rappresentato quanto segue.

“Con nota prot. n. 7259 (prot. MDS n. 519) del 10.1.2020 la regione Calabria ha trasmesso, tramite il sistema documentale SIVEAS (prot. n. 4/2020), il DCA n. 5 del 7 gennaio 2020 con il quale approva il “Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale” per un importo complessivo pari a €. **798.059.441,25**, previsto dall'art. 6 comma 3 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito dalla legge n. 60/2019.

Il Piano straordinario trasmesso dalla regione fa riferimento ai seguenti atti di programmazione regionale:

- DCA n.124 del 20/09/2019 che approva il Documento Programmatico preliminare alla sottoscrizione dell'Accordo di programma per un importo complessivo pari a €. **701.570.804,41** di cui €. 308.402.732,56 a carico dello Stato a valere su risorse residue art. 20 legge 67/88 e €. 17.571.984,68 a carico dello Stato a valere sul programma art. 71 legge 448/98;
- DCA n. 183 del 19/12/2019 che approva il *“Programma di ammodernamento tecnologico”*, predisposto ai sensi dell'art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito dalla L. n. 60/2019, di importo complessivo pari a €. 86.488.636,84 di cui €. **82.164.205,00** a carico dello Stato;
- programma di riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione per un importo complessivo pari a €. **10.000.000,00** di cui €. 9.400.000,00 a carico dello Stato, approvato successivamente con DCA n. 75 del 08/04/2020;

Per consentire l'approvazione del *“Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale”* con. prot. n. 9905 del 6.5.2022, il Ministero della salute ha comunicato alla regione la disponibilità ad avviare la valutazione del Documento Programmatico per l'edilizia, approvato con DCA n. 5 del 7 gennaio 2020, aggiornato e coerente però con gli atti di programmazione regionale e con i programmi di investimento già approvati.

Ciò premesso, l'art. 56-bis del decreto legge 31 maggio 2021, n. 77, coordinato con la legge di conversione 29 luglio 2021, n. 108, prevede al comma 1 che, *“In relazione alle esigenze di ammodernamento delle strutture sanitarie e di ampliamento della rete sanitaria territoriale, anche conseguenti all'emergenza epidemiologica da COVID-19, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare entro il 30 settembre 2021, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, possono essere individuate iniziative di investimento immobiliare di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria, ulteriori rispetto a quelle di cui all'articolo 25-quinquies del decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2020, n. 8”*.

Inoltre, al comma 2 del medesimo articolo è previsto che *“Le iniziative di cui al comma 1 sono valutate dall'INAIL nell'ambito dei propri piani triennali di investimento, a valere sulle risorse allo scopo autorizzate, ai sensi dell'articolo 8, comma 15, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122”*.

Per individuare le esigenze di ammodernamento delle strutture sanitarie, con nota il Ministero della salute, prot. n. 2397 del 2 febbraio 2022, ha chiesto alle regioni di inviare l'elenco delle iniziative di investimento immobiliare di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria *ulteriori* rispetto a quelle individuate ai sensi dell'art. 25-quinquies del decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162 convertito in legge 28 febbraio 2020, n. 8, e approvate con DPCM 4 febbraio 2021.

La Regione Calabria ha risposto con nota prot. MdS n.7010 (prot. n. 147380) del 25 marzo 2022, successivamente modificata con nota prot. MdS n. 14883 (prot. n. 334114) del 19 luglio 2022 e ha proposto la candidatura dei seguenti interventi:

- *“Realizzazione della Palazzina Uffici e della Foresteria”* presso il GOM di Reggio Calabria per un importo pari a € 13.000.000,00;
- *“Ampliamento nuovo Ospedale Morelli di Reggio Calabria”* intervento già ritenuto valutabile nell'ambito del piano di investimento INAIL approvato con DPCM del

23/12/2015, per un importo di € 180.000.000,00, per il quale, a seguito di approfondimenti progettuali, si è reso necessario incrementare l'importo di ulteriori € 90.000.000,00 portando il costo complessivo dell'intervento a € 270.000.000,00;

- “*Completamento del Polo Onco-ematologico del nuovo Ospedale Morelli*” intervento già ritenuto valutabile nell'ambito del piano di investimento INAIL approvato con DPCM del 4/2/2021, per un importo di € 10.000.000,00, per il quale, a seguito di approfondimenti progettuali, si è reso necessario incrementare l'importo di € 2.700.000,00 portando così il costo complessivo dell'intervento a € 12.700.000,00;
- “*Realizzazione nuovo Ospedale di Cosenza*” iniziativa già ritenuta valutabile nell'ambito del piano di investimento approvato con DPCM 4/2/2021 per un importo complessivo pari a € 191.100.000,00, di cui €. 160.500.000,00 riportati nell'allegato A e €. 30.600.000,00 riportati nell'allegato B al DPCM 4/02/2021. A seguito di sopravvenute esigenze, si è reso necessario incrementare l'importo di € 157.900.000,00 portando pertanto il costo complessivo dell'intervento a € 349.000.000,00;
- “*Cittadella della Salute di Cosenza*” per un importo complessivo pari a € 45.000.000,00.

La Regione Calabria in riferimento alle iniziative di investimento immobiliare INAIL nel campo dell'edilizia sanitaria, ha rappresentato con e-mail 15 settembre u.s. che *“laddove dovessero essere favorevolmente recepite le richieste della Regione Calabria, all'approvazione della rimodulazione dei suddetti interventi INAIL, si renderà indispensabile procedere alla rimodulazione del Documento Programmatico approvato con DCA n. 124 del 20/09/2019, nonché alla rimodulazione della proposta di Piano Triennale Straordinario approvato con DCA n. 5 del 07/01/2020, al fine di eliminare i sopraccitati interventi da realizzare nella città di Cosenza, nonché per aggiornare il quadro delle tecnologie alle previsioni del sopravvenuto DCA n. 5 del 31/01/2022”*.

Lo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sul programma di investimenti per iniziative urgenti nel campo dell'edilizia sanitaria valutabili da INAIL, è stato pubblicato sulla G.U.R.I. n. 237 del 10 ottobre 2022.

Tutto ciò premesso, si rimane in attesa della rimodulazione del *“Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale”*, approvato con DCA n. 5 del 7 gennaio 2020.”.

5) l'estensione dell'ambito di applicazione delle disposizioni del decreto-legge anche alla Commissione straordinaria di cui all'articolo 144 del decreto legislativo n. 267 del 2000 prevista dall'art 10 del decreto-legge e la contestuale previsione della possibilità per detta commissione di avvalersi, in via temporanea, anche in deroga alle disposizioni vigenti, in posizione di comando o di distacco, di esperti nel settore pubblico sanitario, si sono rivelati utili ai fini del raggiungimento degli obiettivi previsti nei programmi operativi di prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale?

Al riguardo, la Direzione generale della programmazione sanitaria ha segnalato che non risulta evidenza che tali disposizioni abbiano trovato applicazione nelle Commissioni straordinarie ex art. 144 del Tuel, rappresentando, in ogni caso, che le Commissioni straordinarie delle ASP di Reggio Calabria e di Catanzaro, hanno cessato il mandato rispettivamente in data 10/03/2021 ed in data 14/09/2021.

Inoltre, si rappresenta che la Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale, nonché il Ministero dell'università e della ricerca, per quanto di rispettiva competenza, non hanno avuto elementi da fornire in ordine ai quesiti sin qui analizzati.

Infine, il Ministero dell'interno ha comunicato che, per la parte di competenza (ossia il punto 6 dell'art. 3), dalle verifiche disposte risulta che la Commissione Straordinaria che ha gestito l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, sciolta per infiltrazioni mafiose, non ha fatto ricorso alla possibilità di avvalersi di esperti nel settore pubblico sanitario, secondo le previsioni di cui all'articolo 10 del decreto-legge 35/2019, convertito con la legge 60/2019.

5. Innovazioni normative derivanti dal decreto-legge 150 del 2020, convertito in legge, con modificazioni, dall' art. 1, comma 1, della legge 30 dicembre 2020, n. 181.

Articolo 1, comma 2, del decreto legge n. 150/2020 - Supporto alla struttura commissariale da parte della Regione Calabria

Con la DGR n. 2 del 13/01/2021 la Giunta della Regione Calabria ha deliberato di mettere a disposizione del Commissario *ad acta* per la realizzazione del Piano di rientro, il Dipartimento Tutela della Salute, Servizi sociali e socio sanitari, ivi comprese le risorse strumentali e le risorse umane dirigenziali e non dirigenziali ad esso afferenti.

Nella riunione di verifica del piano di rientro del 22/04/2021, il Commissario *ad acta* ha rappresentato che la DGR n. 2/2021, oltre a non corrispondere alle esigenze della Struttura Commissariale, ha, di fatto, bloccato anche il percorso già avviato dallo stesso Dipartimento ai sensi del decreto legge n. 150/2020, ovvero, la procedura di mobilità d'ufficio del personale regionale, da parte del competente Dipartimento Organizzazione e Risorse Umane, attraverso il coinvolgimento di tutti i Dipartimenti della Giunta Regionale della Calabria; la suddetta procedura avrebbe dovuto consentire l'acquisizione, in prima battuta, presso il Dipartimento Tutela della Salute di almeno 25 funzionari a supporto dei settori più critici, quale primo contingente indispensabile rispetto ad un più ampio fabbisogno, che può quantificarsi in oltre 100 unità complessive, di varia qualifica. A fronte della suddetta situazione, il Commissario *ad acta* ha richiesto, successivamente alla DGR n. 2 del 13/01/2021 sopra richiamata, l'attivazione da parte del Dipartimento Organizzazione e Risorse Umane della Regione della procedura di interpello prevista dall'art. 1, comma 2 del D.L. 150/2020, rivolta al personale del servizio sanitario regionale, nonché ha sollecitato la richiesta di avvio delle procedure finalizzate al conferimento degli incarichi di direzione di taluni Settori del Dipartimento, vacanti. Le nomine sono state, poi, effettuate, con le DDGR n.3 del 18.01.2022; n. 4 del 18.01.2022; n. 84 del 5.03.2022; n. 420 del 1.09.2022.

La bozza di Programma Operativo 2022-2025 di prosecuzione del piano di rientro, pone tra gli obiettivi fondamentali, il rafforzamento della struttura di governo del Sistema Sanitario Regionale. Lo svolgimento delle procedure di selezione del personale delle Aziende del Ssr, rientra tra le funzioni attribuite all' "Azienda per il Governo della sanità della Regione Calabria- Azienda Zero" istituita con legge regionale n. 32/2021 e s.m.i., che, tuttavia, non risultano ancora avviate.

Articolo 1, comma 4, decreto legge n. 150/2020 - Supporto tecnico e operativo di Agenas al Commissario *ad acta* e ai Commissari Straordinari. (cfr anche articolo 16-septies comma 2, lettera a), del decreto legge n. 146/2020)

L'art. 1, comma 4, del decreto legge 150/2020 prevede il supporto tecnico ed operativo da parte di Agenas con l'invio di personale in comando e a tempo determinato, la cui scadenza contrattuale è prevista per il 9 novembre 2022. L'art. 16 septies, comma 1 del decreto legge 146/2021 autorizza l'Agenas all'assunzione a tempo indeterminato di un contingente di 40 unità di personale, non dirigenziale da inquadrare nella categoria D. La struttura commissariale, nella riunione di verifica

del piano di rientro del 9/11/2022, Allo stato sono state assegnate le prime 4 unità di personale relative al profilo economico, mentre le procedure relative alle altre figure professionali sono in fase di definizione.

Articolo 1, comma 4 bis -Piano straordinario per l'assunzione di personale medico

Al fine di garantire l'esigibilità dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nella regione Calabria, anche in relazione all'emergenza epidemiologica da COVID-19, in deroga ai limiti previsti dalla legislazione vigente con riferimento agli oneri per il personale del Servizio sanitario nazionale, il Ministro della salute, al verificarsi delle condizioni di cui all'articolo 6, comma 2, sulla base del fabbisogno rilevato dalle aziende del servizio sanitario regionale, sentito il Commissario ad acta, autorizza il medesimo Commissario ad attuare un piano straordinario per l'assunzione di personale medico, sanitario e sociosanitario, anche per il settore dell'emergenza-urgenza, facendo ricorso innanzitutto agli idonei delle graduatorie in vigore, nei limiti dell'autorizzazione di spesa di cui al primo periodo del comma 4 -ter.

Il monitoraggio e la verifica dei LEA, come pubblicato nel verbale di verifica del 26 aprile-18 maggio 2022, ha restituito un esito non sufficiente per quasi tutti gli indicatori. In ragione della straordinarietà dell'anno 2020 e delle ripercussioni esercitate sui sistemi sanitari regionali dalle misure organizzative messe in atto per la gestione ed il contenimento dell'emergenza epidemiologica, protrattasi anche nell'anno 2021, una valutazione dell'efficacia delle disposizioni del decreto legge n. 150/2020, ma anche del decreto legge n. 35/2019 sull'attuazione del piano di rientro risulta, allo stato, prematura.

Sul piano economico-finanziario, il risultato del IV trimestre 2021, dopo il conferimento delle aliquote fiscali preordinate dal Piano di rientro alla copertura del disavanzo sanitario, nonché della "quota sociale" delle prestazioni socio-sanitarie e dell'aggiornamento delle stime fiscali sulle manovre pregresse, presenta un avanzo di gestione. Nella riunione del 21 aprile-18 maggio 2022, i Tavoli hanno segnalano, in merito, "che la copertura del disavanzo pregresso è stata possibile grazie ad una maggiore disponibilità di risorse del 2021 e al ritardo degli interventi che avrebbero dovuto essere messi in atto per l'erogazione dell'assistenza sanitaria".

La previsione normativa sull'attuazione del Piano straordinario per l'assunzione di personale medico sanitario e sociosanitario è subordinata alla presentazione e all'adozione del Programma operativo 2022-2025; ad oggi, tale condizione non risulta perfezionata.

Articolo 2, comma 1, del decreto legge n. 150/2020 - Commissari straordinari delle aziende sanitarie

Il Commissario ad acta, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, previa intesa con la Regione, nonché con il rettore nei casi di aziende ospedaliere universitarie, nomina un Commissario straordinario per ogni ente, o anche per più enti, del servizio sanitario regionale.

Nel periodo gennaio-maggio 2022, sono stati rinnovati i commissari straordinari delle aziende del Ssr, compreso il commissario straordinario dell'ASP di Catanzaro a seguito della cessazione del periodo di amministrazione straordinaria ex art. 144 del Tuel.

Articolo 2, comma 4, del decreto legge n. 150/2020 - Adozione atti aziendali e Adozione bilanci

Entro dodici mesi dalla nomina, ai sensi del comma 1, i Commissari straordinari adottano gli atti aziendali di cui all'articolo 3, comma 1-bis, del decreto legislativo n. 502 del 1992, che sono approvati dal Commissario ad acta, al fine di garantire il rispetto dei LEA e di assicurarne la

coerenza con il piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario e con i relativi programmi operativi di prosecuzione nonché al fine di ridefinire le procedure di controllo interno. Nel medesimo termine approvano, altresì, i bilanci aziendali relativi agli esercizi già conclusi.

Adozione atti aziendali Il Commissario *ad acta* ha adottato il DCA n. 131 del 28/10/2021 che approva le Linee Guida regionali per l'adozione degli atti aziendali delle aziende del SSR, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, del decreto legge n. 150/2020. Non risultano ancora adottati i relativi Atti Aziendali.

Adozione bilancio Premesso che il decreto-legge n. 52/2021 ha disposto la proroga dei termini per l'approvazione dei bilanci al 31 ottobre 2021, ad oggi risultano approvati con DCA, i bilanci adottati dalla AO di Reggio Calabria per gli anni 2017, 2018 e 2019; dalla AO di Cosenza per l'anno 2018.

Non risultano ancora adottati i bilanci della maggior parte delle ASP e AO. In particolare quelli dell'ASP di Reggio Calabria dal 2013 al 2018 e i bilanci della GSA per gli anni dal 2015 al 2018.

Articolo 3, comma 2, del decreto legge n. 150/2020 - Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico

Il Commissario ad acta adotta il Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale della Regione, già previsto dall'articolo 6, comma 3, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60.

La struttura commissariale ha adottato il DCA n. 5 del 7 gennaio 2020 con il quale approva il “Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale” per un importo complessivo pari a €. 798.059.441,25, previsto dall'art. 6 comma 3 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito dalla legge n. 60/2019.

Il Piano straordinario trasmesso dalla regione fa riferimento ai seguenti atti di programmazione regionale:

- DCA n.124 del 20/09/2019 che approva il Documento Programmatico preliminare alla sottoscrizione dell'Accordo di programma per un importo complessivo pari a €. 701.570.804,41 di cui €. 308.402.732,56 a carico dello Stato a valere su risorse residue art. 20 legge 67/88 e €. 17.571.984,68 a carico dello Stato a valere sul programma art. 71 legge 448/98;

- DCA n. 183 del 19/12/2019 che approva il “Programma di ammodernamento tecnologico”, predisposto ai sensi dell'art. 6, comma 5 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito dalla L. n. 60/2019, di importo complessivo pari a €. 86.488.636,84 di cui €. 82.164.205,00 a carico dello Stato;

- programma di riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione per un importo complessivo pari a €. 10.000.000,00 di cui €. 9.400.000,00 a carico dello Stato, approvato successivamente con DCA n. 75 del 08/04/2020.

Per consentire l'approvazione del “Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale” con. prot. n. 9905 del 6.5.2022, il Ministero della salute ha comunicato alla regione la disponibilità ad avviare la valutazione del Documento Programmatico per l'edilizia, approvato con DCA n. 5 del 7 gennaio 2020, aggiornato e coerente però con gli atti di programmazione regionale e con i programmi di investimento già approvati.

Ciò premesso, l'art. 56-bis bis del decreto legge 31 maggio 2021, n. 77, coordinato con la legge di conversione 29 luglio 2021, n. 108, prevede al comma 1 che, “In relazione alle esigenze di ammodernamento delle strutture sanitarie e di ampliamento della rete sanitaria territoriale, anche conseguenti all'emergenza epidemiologica da COVID-19, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare entro il 30 settembre 2021, su proposta del Ministro della salute, di concerto

con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, possono essere individuate iniziative di investimento immobiliare di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria, ulteriori rispetto a quelle di cui all'articolo 25-quinquies del decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2020, n. 8”.

Inoltre, al comma 2 del medesimo articolo è previsto che “Le iniziative di cui al comma 1 sono valutate dall'INAIL nell'ambito dei propri piani triennali di investimento, a valere sulle risorse allo scopo autorizzate, ai sensi dell'articolo 8, comma 15, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122”.

Per individuare le esigenze di ammodernamento delle strutture sanitarie, con nota il Ministero della salute, prot. n. 2397 del 2 febbraio 2022, ha chiesto alle regioni di inviare l'elenco delle iniziative di investimento immobiliare di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria ulteriori rispetto a quelle individuate ai sensi dell'art. 25-quinquies del decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162 convertito in legge 28 febbraio 2020, n. 8, e approvate con DPCM 4 febbraio 2021.

La Regione Calabria ha risposto con nota prot. MdS n.7010 (prot. n. 147380) del 25 marzo 2022, successivamente modificata con nota prot. MdS n. 14883 (prot. n. 334114) del 19 luglio 2022 e ha proposto la candidatura dei seguenti interventi:

- “Realizzazione della Palazzina Uffici e della Foresteria” presso il GOM di Reggio Calabria per un importo pari a € 13.000.000,00;
- “Ampliamento nuovo Ospedale Morelli di Reggio Calabria” intervento già ritenuto valutabile nell'ambito del piano di investimento INAIL approvato con DPCM del 23/12/2015, per un importo di € 180.000.000,00, per il quale, a seguito di approfondimenti progettuali, si è reso necessario incrementare l'importo di ulteriori € 90.000.000,00 portando il costo complessivo dell'intervento a € 270.000.000,00;
- “Completamento del Polo Onco-ematologico del nuovo Ospedale Morelli” intervento già ritenuto valutabile nell'ambito del piano di investimento INAIL approvato con DPCM del 4/2/2021, per un importo di € 10.000.000,00, per il quale, a seguito di approfondimenti progettuali, si è reso necessario incrementare l'importo di € 2.700.000,00 portando così il costo complessivo dell'intervento a € 12.700.000,00;
- “Realizzazione nuovo Ospedale di Cosenza” iniziativa già ritenuta valutabile nell'ambito del piano di investimento approvato con DPCM 4/2/2021 per un importo complessivo pari a € 191.100.000,00, di cui €. 160.500.000,00 riportati nell'allegato A e €. 30.600.000,00 riportati nell'allegato B al DPCM 4/02/2021. A seguito di sopravvenute esigenze, si è reso necessario incrementare l'importo di € 157.900.000,00 portando pertanto il costo complessivo dell'intervento a € 349.000.000,00;
- “Cittadella della Salute di Cosenza” per un importo complessivo pari a € 45.000.000,00.

La Regione Calabria in riferimento alle iniziative di investimento immobiliare INAIL nel campo dell'edilizia sanitaria, ha rappresentato con e-mail 15 settembre u.s. che “laddove dovessero essere favorevolmente recepite le richieste della Regione Calabria, all'approvazione della rimodulazione dei suddetti interventi INAIL, si renderà indispensabile procedere alla rimodulazione del Documento Programmatico approvato con DCA n. 124 del 20/09/2019, nonché alla rimodulazione della proposta di Piano Triennale Straordinario approvato con DCA n. 5 del 07/01/2020, al fine di eliminare i sopracitati interventi da realizzare nella città di Cosenza, nonché per aggiornare il quadro delle tecnologie alle previsioni del sopravvenuto DCA n. 5 del 31/01/2022”.

Lo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sul programma di investimenti per iniziative urgenti nel campo dell'edilizia sanitaria valutabili da INAIL, è stato pubblicato sulla G.U.R.I. n. 237 del 10 ottobre 2022.

Tutto ciò premesso, ad oggi, si è in attesa della rimodulazione del “Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale”, approvato con DCA n. 5 del 7 gennaio 2020.

Articolo 5 del decreto legge n. 150/2020 - collaborazione del Corpo della Guardia di finanza

Con riferimento alla collaborazione con il corpo di Guardia di finanza la struttura commissariale, nella riunione del 9/11/2022, ha riferito dell'accordo siglato in data 11/10/2022. Non sono state fornite ulteriori informazioni circa le attività in corso.

Articolo 6, commi 1 e 2, del decreto legge n. 150/2020 - Contributo di solidarietà

Al fine di supportare gli interventi di potenziamento del servizio sanitario regionale stante la grave situazione economico-finanziaria e sanitaria presente nella regione Calabria, è accantonata [...] la somma di 60 milioni di euro in favore della regione stessa. L'erogazione della somma è condizionata alla presentazione e approvazione del programma operativo di prosecuzione del Piano di rientro per il periodo 2022-2023

La struttura commissariale ha trasmesso la bozza di Programma Operativo in data 4/08/2021. A seguito delle osservazioni e rilievi formulati dai Ministeri affiancanti ha trasmesso, da ultimo in data 19/10/2022, la bozza di Programma Operativo esteso agli anni 2022-2025. Con il parere dei Ministeri affiancanti prot. 261 del 15/11/2022, è stato chiesto di procedere all'adozione, previo recepimento di talune osservazioni. Ad oggi, non risulta perfezionata la condizione di adozione del Programma Operativo.

Articolo 6, comma 4, del decreto legge n. 150/2020. Finanziamento del sistema di programmazione e controllo del Servizio sanitario della Regione Calabria

Per la realizzazione di interventi diretti a garantire la disponibilità di dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie operanti a livello locale, per consentirne la produzione sistematica e l'interpretazione gestionale continuativa, ai fini dello svolgimento delle attività di programmazione e di controllo regionale ed aziendale in attuazione del Piano di rientro, ai sensi dell'articolo 2, comma 70, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e per la certificazione annuale dei bilanci delle aziende e del bilancio sanitario consolidato regionale e in aderenza a quanto disciplinato dal comma 1, dell'articolo 19, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, è autorizzata per la regione Calabria la spesa di 15 milioni di euro per la sottoscrizione dell'Accordo di programma finalizzato, ai sensi dell'articolo 79, comma 1-sexies, lettera c), del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, a valere sulle risorse di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni.

La struttura commissariale, in data 14/10/2021, ha trasmesso, in preventiva valutazione e in attuazione dell'art. 6, comma 4 del decreto legge n.150/2020, l'Accordo di Programma Quadro ai sensi dell'articolo 79, comma 1 sexies, del decreto legge n. 112/2008 e dell'articolo 2, comma 70, della legge n. 191/2009 per la realizzazione di un programma di interventi finalizzato a garantire la disponibilità di dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie operanti a livello locale, per consentire la produzione sistematica e l'interpretazione gestionale continuativa, ai fini dello svolgimento delle attività di programmazione e di controllo regionale ed aziendale, in attuazione del Piano di rientro della Regione Calabria. Il provvedimento ha ricevuto rilievi, da parte dei Tavoli tecnici, di cui si è in attesa di riscontro.

6. Le conclusioni della valutazione

I dati ottenuti con la VIR, in particolare quelli provenienti dalla consultazione, consentono al Ministero della salute di avere un set di informazioni rilevanti per orientare la futura attività volte a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per la regione Calabria in relazione alla

situazione di estrema criticità determinata dalle perduranti condizioni di mancato riequilibrio economico finanziario dal disavanzo del settore sanitario.

Relativamente all'impatto che la regolamentazione all'esame ha avuto sull'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, dai dati sopra riportati, è emerso che la verifica dell'erogazione dei LEA per l'anno 2020 ha presentato delle peculiarità legate all'esigenza di tenere conto delle difficoltà incontrate dai servizi sanitari regionali per la necessità di fronteggiare l'emergenza pandemica.

Infatti, pur continuando a perseguire l'obiettivo istituzionale di garantire equità, qualità e appropriatezza dell'erogazione dei LEA in modo uniforme per tutti i cittadini assistiti dal SSN su tutto il territorio nazionale, il periodo pandemico ha reso prioritario per il NSG l'attività di monitoraggio e valutazione della resilienza e della capacità di reazione delle Regioni all'impatto dell'emergenza. A tal fine, si è reso necessario rivedere l'attuale sistema di indicatori CORE e i relativi criteri di valutazione poiché tale sistema non era stato costruito per essere utilizzato in situazioni eccezionali come la pandemia: la complessità della situazione e la necessità di avere a disposizione i risultati di questa attività in tempi compatibili con il loro utilizzo nel governo della salute ha imposto all'NSG di definire per l'anno 2020 un sistema dedicato sintetico di indicatori.

Il primo monitoraggio effettuato, con i dati alla data del 15/12/2021, pubblicato nel verbale di verifica del 26 aprile-18 maggio 2022, ha restituito un esito non sufficiente per quasi tutti gli indicatori.

In conclusione, appare evidente che, in ragione della straordinarietà dell'anno 2020 e delle ripercussioni esercitate sui sistemi sanitari regionali dalle misure organizzative messe in atto per la gestione ed il contenimento dell'emergenza epidemiologica, protrattasi anche nell'anno 2021, una valutazione dell'efficacia delle disposizioni del decreto-legge n. 35 del 2019 sull'attuazione del piano di rientro risulta, allo stato, prematura e si rende, pertanto, necessario proseguire nella stessa attività di valutazione della efficacia delle disposizioni in esame.