



DIREZIONE GENERALE

Alla Corte dei Conti
Sezione di Controllo per il Lazio
c.a. Magistrato istruttore
Dr. Giuseppe Lucarini
PEC: lazio.controllo@corconticert.it

e p.c.

Regione Lazio
Direttore Regionale Salute e Int. Socio-sanitaria
Dr. Andrea Urbani
PEC: salute@pec.regione.lazio.it

OGGETTO: Trasmissione riscontro a vs prot. 5786 del 27.09.2024 avente ad oggetto: "controlli ex art. 1 del decreto-legge n. 174/2012 sui bilanci dell'Azienda A.S.L. RM 1- Nota istruttoria"

Con riferimento alla nota in oggetto, si trasmette con la presente il riscontro richiesto, comprensivo dei relativi allegati.

Distinti saluti

Il Direttore UOC Bilancio e Contabilità
Dott.ssa Mirella Peracchi

Firmato digitalmente da: MIRELLA
PERACCHI
Organizzazione: ASL ROMA 1/13664791004
Data: 30/10/2024 13:48:32

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Quagliariello

Il Direttore Sanitario
Dott. *Gennaro Mangino*

Il Commissario Straordinario
Dott. Giuseppe Quintavalle

Riscontro a Nota istruttoria corte dei conti prot. 5786 del 27.09.2024 avente ad oggetto: " controlli ex art. 1 del decreto-legge n. 174/2012 sui bilanci dell'Azienda A.S.L. RM 1-

Con la presente si provvede a fornire il riscontro alla nota in oggetto, acquisita al protocollo aziendale con identificativo n. 153962 del 02.10.2024.

1) Tempi di approvazione dei bilanci di esercizio: tempestiva acquisizione/validazione dei dati della produzione sanitaria erogata, nell'esercizio da rendicontare, da strutture pubbliche e private.

Ai sensi del combinato disposto degli articoli n. 2364 e 2429 del Codice Civile, nonché dell'art. 13 comma 2 della L.R. n. 45 del 31/10/1996 e ribadito dal D. Lgs. n. 118 del 23/06/2011 all'art. 31, la scadenza naturale per la redazione del Bilancio di Esercizio è il 30 Aprile, ma a quella data non erano disponibili i dati forniti dalla Regione Lazio per l'anno 2023, indispensabili per la corretta rilevazione contabile dei ricavi e dei costi di competenza dell'esercizio in questione.

La Regione Lazio – Area Risorse Finanziarie del Servizio Sanitario Regionale - Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria ha proceduto infatti a trasmettere, mediante pubblicazione sul sistema di gestione documentale regionale Alfresco, i dati necessari alla chiusura del Bilancio d'esercizio in date successive al 30.04.2024, così come dettagliato nella Delibera di approvazione del Bilancio.

Con mail regionale di Risfinsanita del 31.07.2024 avente ad oggetto "Adozione Bilancio d'Esercizio 2023", la Regione ha richiesto di adottare la Delibera di approvazione del Bilancio d'Esercizio 2023, corredata di tutta la documentazione normativamente prevista entro il 06 Agosto 2024, e la sua trasmissione, nella stessa data, alla Regione stessa.

A seguito di tali indicazioni e nei termini definiti dalla Regione, l'Azienda ha approvato il Bilancio d'esercizio con Deliberazione C.S. n.963 del 06.08.2024, pubblicando nella stessa data la Delibera e gli allegati previsti sul sistema regionale di gestione documentale Alfresco.

Con riferimento al medesimo punto, la Regione Lazio, con nota prot.U.1332440.29-10-2024, ha riscontrato come di seguito riportato: *"relativamente al tema del ritardo nell'adozione del Bilanci di esercizio 2022 e 2023 si rende necessario richiamare l'attività straordinaria di revisione dello Stato Patrimoniale per la corretta determinazione del Fondo di dotazione delle Aziende del SSR di cui alla Determina n. G10720 del 03.08.2023. L'ampiezza e la profondità delle attività condotte sui Bilanci degli Enti del SSR ha richiesto un lasso di tempo congruo per essere completata.*

L'esito delle attività è debitamente dettagliato nella nota integrativa del Bilancio GSA e Consolidato di cui alla D.G.R. 532/2024 (ALLEGATO 1).

Gli effetti contabili dell'attività straordinaria sono presenti nei Bilanci degli enti del SSR nell'esercizio 2023 come da D.G.R. 776/2024 (ALLEGATO 2).



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1

In relazione alle misure introdotte con la D.G.R. n. 868 del 07.12.2023 (ALLEGATO 3), avente ad oggetto "Revisione del processo di rendicontazione e fatturazione delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSR dalle strutture private accreditate", si sottolinea che gli effetti della stessa saranno inevitabilmente efficaci a partire dal 2024, difatti con tale D.G.R. è stato approvato, a far data dal 1° gennaio 2024, il nuovo processo di rendicontazione e fatturazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSR dalle strutture private accreditate.

In particolare, il campo di applicazione del suddetto provvedimento riguarda le seguenti tipologie di prestazioni:

- Assistenza ospedaliera: ricovero per acuti, riabilitazione post-acuzie, lungodegenza medica.
- Assistenza specialistica: specialistica (Indistinta, Critiche, Altra Specialistica), laboratorio analisi, RMN, APA, dialisi e radioterapia.

Il processo di cui alla DGR n. 868/2023, nel confermare le procedure (Disciplina Uniforme sulle modalità di fatturazione e pagamento dei crediti del SSR, ex DCA n. 247/2019, Indicazioni in materia di Ordine elettronico, ex DGR 1052/2020) e gli strumenti già attivati dall'Amministrazione regionale a partire dal 2009 (Sistema informativo ospedaliero SIOXL, Sistema informativo assistenza specialistica SIASXL, Modulo Ordini regionale, Sistema Pagamenti), introduce una revisione delle fasi e delle tempistiche di rendicontazione, ordinazione e fatturazione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del SSR erogate dalle strutture private accreditate, al fine di raggiungere i determinati obiettivi, tra cui di consentire la chiusura del Bilancio di Esercizio Consuntivo del SSR entro i termini previsti dalla legge.

Le attività sanitarie non ricomprese dalla D.G.R. n. 868/2023 riguardano le prestazioni di assistenza territoriale che vengono gestite localmente dalle singole Aziende Sanitarie Locali attraverso l'utilizzo di sistemi informatici di proprietà, che ne stabiliscono la produzione riconoscibile e la conseguente remunerazione. Da un punto di vista contabile tale tipologia di prestazioni non è causa di ritardi nell'adozione dei Bilanci d'esercizio.

Con riferimento alle ulteriori richieste di chiarimento contenute nel punto 1 della suddetta nota istruttoria e di seguito riportate:

- di chiarire se la ASL, nell'ambito della disciplina introdotta dalla D.G.R. n. 868/2023, proceda continuativamente alla valutazione/valorizzazione delle SDO pervenute, non appena le schede vengono ricevute, ovvero con altra tempistica (da indicare);
- di chiarire quale sia la struttura di ASL RM 1 deputata alla valutazione/valorizzazione delle SDO, anche in riferimento alla valutazione di appropriatezza o meno della prestazione erogata ai sensi del D.P.C.M. 12.1.2017;
- di evidenziare eventuali criticità riscontrate nel sistema introdotto dalla D.G.R. n. 868/2023

Si riscontra quanto segue.



Con l'introduzione del SIO XL, avvenuta nel luglio 2019, la trasmissione delle SDO da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private e/o accreditate avviene in modo continuativo.

Ai fini della valorizzazione e rendicontazione, fino alla data del 31/12/2023, sono state applicate al sistema indicazioni della Direttiva ASP n.2/2010; a partire dal 1° gennaio 2024, le regole di invio e la relativa valorizzazione dei ricoveri sono cambiate e seguono le indicazioni dettate dalla DGR 868/2023.

Con riferimento all'anno 2023, si riepilogano nei seguenti paragrafi modalità e tempistiche relative alla trasmissione dei dati di ricovero, all'acquisizione da parte del sistema ed alla valorizzazione delle SDO su SIO XL.

Trasmissione dati di ricovero:

- entro il 10 del mese successivo alla dimissione, trasmissione delle SDO sul SIO XL;
- per i residui, gli scarti ed eventuali correzioni, trasmissione sul SIO XL entro i due mesi dalla dimissione;
- chiusura entro il 31/12/2023 di tutti i ricoveri di Day Hospital medico, come specificato nella DGR 731/2005: per la Day Surgery, che si caratterizza come pacchetto di trattamento, il gestionale regionale non prevede scarti per i ricoveri a cavallo di due anni;
- entro il 31 gennaio dell'anno successivo, trasmissione di tutti i ricoveri di dicembre con tipo dimissione uguale a 5, 6, 8, (decesso, dimissione protetta, a domicilio in attesa di completamento dell'iter diagnostico), residui ed eventuali scarti dell'anno precedente;
- per le SDO relative a prestazioni di lungodegenza post acuzie deve essere effettuata la rilevazione di tutti i ricoveri nella specialità codice 60 ancora in essere alla data del 31/12 di ogni anno. Per i ricoveri in essere, deve essere trasmessa una SDO con l'indicazione convenzionale del 31/12/XXXX come data dimissione e tipologia dimissione "A" (Lungodegenti presenti al 31/12). Tale SDO convenzionale non è soggetta a valorizzazione. Al momento della dimissione effettiva, nel corso dell'anno successivo, il record corrispondente deve essere trasmesso con la data e la tipologia di dimissione reali e valorizzato. Resta valida la regola per la quale, se al momento della trasmissione della dimissione effettiva non risulta la trasmissione al 31/12 della corrispondente SDO convenzionale, la valorizzazione del ricovero è pari a zero;
- se per la lungodegenza post acuzie la trasmissione dei ricoveri è nel SIO XL, per la riabilitazione post acuzie la trasmissione avviene, invece, su un sistema informativo regionale ad hoc che si chiama Rad_R.

Tale modalità di trasmissione è valida fino al 31/12/2024; diversamente dal 1° gennaio 2025 i ricoveri di riabilitazione post acuzie saranno trasmessi dalle strutture sul SIO XL, con le tempistiche dettate dalla DGR 868/2023. Attualmente il flusso Rad_R viene accettato direttamente dalla Regione senza necessità che la ASL validi l'attività di ricovero post acuzie. Nel portale Rad_R, dopo aver selezionato l'anno, compare una tabella riassuntiva dell'attività, per singolo mese dell'anno e per regime del ricovero (giornate erogate, dimissioni, ricoveri in corso alla fine del mese e gli importi rendicontabili, decurtati del valore delle giornate eventualmente in eccesso rispetto al limite massimo mensile dato dai posti letto accreditati); i dati sono alimentati mensilmente e a chiusura dell'anno i dati nei report vengono complessivamente aggiornati e consolidati.

Validazione dati di ricovero:

- la validazione delle SDO è effettuata dalle Aziende Sanitarie Locali tra l'11 e il 15 del mese successivo a quello di invio; l'attività di validazione rende il dato inviato dagli erogatori definitivo;



- eventuali correzioni di SDO già validate, richieste dalle strutture, possono essere effettuate entro il secondo mese successivo a quello di dimissione, attraverso la funzione in SIO XL "Annulla Validazione".

Oltre tale termine, la sostituzione di record acquisiti agli archivi regionali deve essere motivata da cause eccezionali e straordinarie e la richiesta formale deve essere inoltrata agli uffici regionali;- le correzioni delle SDO anno 2023 - diversamente dalle regole imposte dalla DGR 868/2023 – potevano essere effettuate in qualsiasi momento temporale nel corso dell'anno, comunque entro la chiusura annuale del flusso; il sistema regionale recepisce la correzione, rivalorizzando correttamente le SDO, sulla base della prima data di invio della SDO sul sistema e non della data in cui era stata operata la modifica;

- nell'anno 2023, le SDO trasmesse in ritardo rispetto alle tempistiche previste venivano comunque acquisite dal sistema e valorizzate temporaneamente a zero; a consuntivo, in condizioni di budget residuo, venivano comunque valorizzate;

- con le regole imposte dalla DGR 868/2023, per i dimessi dal 1° gennaio 2024 le correzioni non effettuate nei tempi previsti dalla normativa sono invece acquisite ma valorizzate a zero dal sistema;

- una criticità riscontrata nel sistema dopo l'introduzione della DGR 868/2023 riguarda le SDO di parto e di aborto mancanti delle relative sezioni aggiuntive. L'indicatore sulla % di copertura tra SDO di parto e Cedap e SDO di aborto/IVG e modelli D11/D12 è monitorato dal Ministero;

- se la compilazione dei modelli ISTAT D11/D12 e della sezione CEDAP, a seguito della segnalazione aziendale, non viene implementata entro i tempi di invio previsti dalla DGR 868/2023, le SDO non vengono valorizzate. In passato, la Regione inviava a fine anno alle AA.SS.LL. l'elenco dei progressivi di ricovero mancanti delle sezioni suddette, affinché si sollecitassero le strutture nell'invio dei dati tramite un file txt; le SDO erano comunque tutte acquisite e valorizzate, anche se non complete dei dati aggiuntivi Cedap e Istat. In considerazione della valenza dell'indicatore, sarebbe opportuno a livello regionale implementare, in fase di accettazione dati, controlli di qualità sulla mancanza del dato nelle sezioni aggiuntive, affinché le strutture possano correggere in tempo utile l'incongruità, o consentire la valorizzazione a consuntivo.

L'impostazione delle regole regionali sul sistema ed il monitoraggio effettuato dall'Azienda non possono contemplare ritardi nella validazione dei dati e nella relativa rendicontazione.

La UOC Gestione Flussi Informativi Sanitari ed APA effettua un'attività di monitoraggio sull'invio dati come di seguito descritto.

Ogni mese, e prima della scadenza del 10, si procede allo scarico da SIO XL del riepilogo regionale, denominato "Dashboard SIO"; il prospetto fornisce una panoramica completa delle SDO sospese, validabili e quindi acquisite dal sistema regionale. Tali dati sono quindi oggetto di verifica, attraverso l'estrazione dei dimessi dalla sezione apposita del SIO XL, in base al range di invio nel sistema, previsto dalla normativa regionale (dall'11 del mese precedente al 10 del mese successivo). Qualora risulti che le strutture non trasmettano i dati, si procede a trasmettere via email un sollecito alle Direzioni Sanitarie ed ai referenti del flusso entro il 10 del mese.

In questa fase di invio, si fornisce supporto alle strutture che dovessero richiedere chiarimenti circa i motivi di scarto evidenziati dal sistema durante l'accettazione dei dati; gli esiti scartato (KO) non permettono l'acquisizione e quindi la validazione dei ricoveri entro le tempistiche previste. Gli scarti sono da ricondurre ai controlli formali impostati dalla Regione sul cruscotto SIO XL, inerenti al controllo di qualità degli archivi mensili delle dimissioni: in assenza dei dati obbligatori minimi per la registrazione della SDO, quest'ultime vengono rifiutate con esito KO. Ogni struttura, al momento di invio dei dati, riceve il messaggio di ritorno di accettazione o di scarto della singola SDO, con associata la descrizione del tipo di errore. Il processo è gestito

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



in autonomia dalle strutture di ricovero. Prima dell'inizio dell'attività di validazione, le strutture trasmettono alla UOC Gestione Flussi Informativi Sanitari ed APA le autodichiarazioni di conformità, con cui le stesse attestano la corrispondenza dell'attività rendicontata nel sistema regionale con quella realmente effettuata. Si procede, pertanto, alla fase di validazione dei dati di ricovero.

La gestione delle SDO in stato "Sospeso" sul sistema è un'attività svolta in autonomia dalle strutture di ricovero; tuttavia, in corso d'anno, la UOC Gestione Flussi Informativi Sanitari ed APA segnala comunque alle stesse strutture i ricoveri in stato "Sospeso", al fine di sollecitarne la relativa correzione sul codice reparto o, nel caso di incongruità SDO parto/neonato, sensibilizzare all'invio dei dati in maniera sincrona sia della SDO della madre che della SDO del neonato.

Si precisa che, prima della validazione dei dati, non è possibile procedere al controllo di coerenza delle strutture accreditate, tra le prestazioni effettivamente rese e la configurazione per la quale sono stati rilasciati i titoli di autorizzazione ed accreditamento, in considerazione della numerosità delle strutture per acuti collocate nel territorio aziendale e dell'intervallo temporale concesso dalla Regione per la validazione da parte delle AA.SS.LL.. Per tale ragione, a seguito della validazione delle strutture accreditate, si attende che la Regione fornisca gli archivi dei dimessi e, quando i file sono disponibili su SIO XL (intorno al 18 del mese), si provvede a trasmettere all'Area Governo della Rete aziendale un report mensile aggregato, concordato, riportante la produzione erogata per DRG, con la percentuale di budget consumato mensilmente distinto per aree funzionali. L'Area Governo della Rete effettua la valutazione di coerenza per procedere, in caso di esito negativo, al controllo delle cartelle cliniche ed al blocco dell'importo relativo a ricoveri incoerenti.

Per le strutture pubbliche è implementato un controllo interno mensile post validazione tra dato presente in ADT e dato trasmesso in Regione; in caso di incongruenza dei dati, viene fatta una segnalazione alle Direzioni Sanitarie di presidio al fine di sensibilizzare la trasmissione nel mese successivo.

Relativamente al Flusso di Pronto Soccorso, nell'anno 1998 è stato istituito, ad integrazione del SIO, il Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria (SIES), attivo dal 1° gennaio 1999, basato sulla rilevazione delle condizioni cliniche dei pazienti giunti nei Pronto Soccorso della Regione, delle prestazioni effettuate e dell'esito dei trattamenti. La trasmissione dei dati di attività sul SIES viene effettuata dalle strutture dotate di Pronto Soccorso entro il 10 del mese e, in tempo reale, la UOC Gestione Flussi Informativi Sanitari ed APA valida i dati e monitora mensilmente i file accettati e/o scartati dal sistema. Attraverso lo scarico dei file generati dal sistema (Errori - Rifiutati - Inviati - Accettati) viene creato l'archivio mensile. A seguito della validazione si procede allo scarico dei report delle strutture accreditate che riportano gli accessi per triage (per residenza) e l'attività in OBI - Osservazione Breve Intensiva; tali report vengono quindi trasmessi all'Area Governo delle Rete per le successive attività di competenza.

- *la trasmissione dei verbali del collegio dei revisori dall'1.1.2023 all'attualità, escluso il verbale n. 136 del 19.9.2024, già trasmesso.*

Si provvede, infine, come richiesto, alla trasmissione di n. 45 Verbali del Collegio Sindacale dal 01.01.2023 ad oggi (**ALLEGATO 4**), ad eccezione del verbale n. 136 del 19.09.2024 già trasmesso.

2) Strutture private accreditate/convenzionate



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**ASL
ROMA 1**

- *Il bilancio di esercizio 2023 (BES 2023) contiene l'elenco delle strutture private convenzionate con ASL RM 1, distinto tra erogatori di prestazioni di assistenza ospedaliera ed erogatori di assistenza specialistica.*

Nella sezione "amministrazione trasparente" del sito istituzionale dell'Azienda sanitaria è inoltre presente l'elenco "strutture sanitarie private accreditate" valido sino al 25.11.2024.

Dal raffronto tra i due menzionati elenchi sono state riscontrate alcune incongruenze: a titolo esemplificativo si rappresenta che le seguenti tre strutture, pur indicate nell'elenco allegato al BES 2023, non risultano tuttavia indicate nell'elenco pubblicato in amministrazione trasparente

IRCSS – Fondazione G.B. Bietti

Gemelli Isola

Aurelia 80 s.p.a.

Si chiedono chiarimenti in proposito e la trasmissione di un elenco completo, in formato excel aggiornato al 31.12.2023, di tutte le strutture private convenzionate/accreditate con ASL RM 1, evidenziando eventuali aggiornamenti del medesimo elenco all'attualità. Inoltre:

- *chiarire le ragioni per le quali nell'elenco in amministrazione trasparente, prima menzionato, per il Policlinico Gemelli è indicato "accreditamento in corso";*
- *includere nel richiesto elenco anche eventuali strutture private per le quali risulti attualmente sospeso l'accreditamento, evidenziando i motivi della sospensione e la sussistenza di eventuale contenzioso avverso la sospensione.*

Si trasmette, come richiesto, l'**ALLEGATO 5**, riportante l'elenco completo in formato Excel aggiornato al 31.12.2023 di tutte le strutture private accreditate insistenti nel territorio della ASL Roma 1, contenenti specifiche note per l'attuale stato di accreditamento ed evidenziandone gli aggiornamenti alla data di redazione della presente.

Nell'elenco in Amministrazione Trasparente viene indicato "accreditamento in corso" per la struttura Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, in quanto risulta un accreditamento provvisorio del 2015 senza le specifiche specialità e relativi posti letto. L'accreditamento definitivo riguarda esclusivamente la Neuroriabilitazione ad Alta Intensità (cod. 75) per 20 posti letto, come da DCA n. 202 del 04.06.2019.

3) Posti letto

- *Si chiede l'elaborazione di un prospetto idoneo a rappresentare numero e tipologia di posti letto esistenti nel territorio di ASL RM 1 distinguendo quelli presso le strutture pubbliche da quelli presso strutture private accreditate/convenzionate. Evidenziare, in proposito, i posti per ricoveri ordinari (RO), day hospital (DH) e terapie intensive (TI);*

Al fine di riscontrare la relativa richiesta, si trasmette il seguente prospetto riferito ai posti letto delle strutture pubbliche (presidi a gestione diretta) e delle strutture private accreditate, con l'indicazione delle DCA di riferimento (**ALLEGATO 6**).

Con riferimento ai presidi a gestione diretta, si precisa che la fonte dei dati NSIS rileva i posti letto attivi e non quelli da Decreti regionali sui requisiti di autorizzazione e accreditamento.





- Si chiede la trasmissione di un prospetto dimostrativo del calcolo, riferito al 31.12.2023, del rapporto (non oltre 3,7 posti letto per 1.000 abitanti) previsto dall'art. 1, commi 2 e 3, del D.M. n. 70/2015 riferito all'ambito territoriale di ASL RM 1. In caso di rapporto superiore al 3,7 per 1000, motivarne le ragioni;
- evidenziare la consistenza del menzionato rapporto nel quinquennio 2019 - 2023;
- tasso di ospedalizzazione: evidenziare quale sia il tasso di ospedalizzazione al 31.12.2023 in relazione al parametro di 160/1000 abitanti previsto dal menzionato D.M. n. 70/2015;

Con riferimento ai suddetti punti, si riscontra quanto di seguito riportato:

Ai fini programmatori, la Regione Lazio calcola gli indicatori relativi ai posti letto per 1000 abitanti (il valore standard è 3,7 posti letto per 1000 abitanti) ed il tasso di ospedalizzazione in relazione al parametro di 160/100 abitanti come indicato nel DM 70/2015.

Si è comunque proceduto a simulare il calcolo dei suddetti indicatori, sebbene i dati sui posti letto delle Aziende Pubbliche insistenti sul territorio Aziendale e del Policlinico Gemelli, non siano a nostra disposizione sul Flusso Ministeriale tramite l'accesso aziendale. Il campione di riferimento è la popolazione residente al 31/12/2023, come da tabella di seguito rappresentata:

Distretti	Popolazione
I	163.420
II	164.747
III	203.396
XIII	130.988
XIV	190.855
XV	160.313
Totale	1.013.719

La simulazione dell'indicatore per il calcolo del tasso di ospedalizzazione riporta un valore di 148,3, al di sotto dello standard previsto. Il tasso di ospedalizzazione è dato dal rapporto tra numero di dimessi nei tre setting assistenziali (acuti, lungodegenza, riabilitazione) e la popolazione residente x 1000 abitanti:

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



Tasso di ospedalizzazione		148,3		
Standard		160 x 1000 abitanti		
N. Dimessi (residenti)				
		Ordinari	DH	TOTALE
Acuti		100079	43020	143099
Lungodegenza		1733		1733
Riabilitazione		4638	856	5494
Totale		106450	43876	150326

Non si riporta il calcolo dell'indicatore posti letto per 1000 abitanti, il cui standard è 3,7 per 1000 abitanti, poiché ne deriverebbe un dato sotto stimato, in quanto mancante dei posti letto delle strutture del territorio (Policlinico Gemelli, AO Umberto I, AO Sant'Andrea, AO San Giovanni), come sopra menzionato.

4) Pagamento centralizzato fornitori di A.S.L. RM 1.

- Si chiede di indicare:
- l'importo di impegni e pagamenti 2022 e 2023 (distinguendo tra c/competenza e c/residui) effettuati dalla Regione (tramite LazioCrea s.p.a.) per conto di ASL RM 1 per saldare i fornitori di beni e servizi dell'Azienda sanitaria;
- l'importo dei trasferimenti regionali alla ASL RM 1 (impegni e pagamenti 2022 e 2023, c/competenza e c/residui) finalizzati al pagamento di quei suoi fornitori che non hanno aderito all'accordo centralizzato sui pagamenti; precisare, contabilmente, se si tratti unicamente di una parte della voce che la ASL registra in "contributi c/esercizio – quota fondo sanitario indistinto" o se siano interessate altre voci contabili su cui transitano, effettivamente o solo virtualmente, le entrate regionali destinate a pagare i fornitori della ASL;

La Regione, con nota prot. U.1332440.29-10-2024 ha riscontrato in merito ai punti suindicati inviando la seguente documentazione:

- 1- Allegato 4_ASL RM1 – Elenco degli impegni della ASL RM1 2022-2023 (**ALLEGATO 7 della presente nota**) ovvero l'elenco degli impegni, suddivisi tra c/competenza e c/ residuo. L'allegato è comprensivo di un file xls di riepilogo e delle Determina di impegno in formato pdf.
- 2- Allegato 5_ASL RM1 – Elenco dei pagamenti 2022-2023 effettuati da Regione a LazioCrea Spa (**ALLEGATO 8 della presente nota**), ovvero elenco dei trasferimenti da Regione a LazioCrea spa per il pagamento dei fornitori di beni e servizi della ASL RM1. L'allegato è comprensivo di un file xls di riepilogo e dei provvedimenti di liquidazione in formato pdf.
- 3- Allegato 6_ASL RM1 – Elenco dei trasferimenti regionali 2022-2023 alla ASL RM 1 (**ALLEGATO 9 della presente nota**), ovvero l'elenco dei trasferimenti da Regione alla ASL ROMA 1 per il pagamento dei fornitori che non hanno aderito all'accordo centralizzato sui pagamenti oltre che per sostenere le



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**ASL
ROMA 1**

spese di funzionamento (quali ad esempio stipendi etc.) L'allegato è comprensivo di un file xls di riepilogo e dei provvedimenti di liquidazione in formato pdf.

- *importo dei pagamenti dei fornitori effettuati direttamente dalla ASL, es. 2022 e 2023;*

Si riscontra in merito comunicando che l'importo dei pagamenti dei fornitori effettuati direttamente dalla ASL ammonta rispettivamente a:

- € 44.271.121,24 per l'esercizio 2022;
- € 54.954.429,91 per l'esercizio 2023.

- *chiarire se l'indicatore di tempestività dei pagamenti della ASL viene elaborato tenendo conto solo dei pagamenti effettuati da LazioCrea s.p.a. o computa (e in che modo) anche quelli effettuati dalla ASL. Indicare quale sia l'indicatore per gli esercizi 2022 e 2023.*

Si riscontra in merito comunicando che l'indicatore di tempestività dei pagamenti della ASL Roma 1 viene elaborato tenendo conto sia dei pagamenti effettuati da LazioCrea S.p.a e sia di quelli effettuati dalla ASL stessa.

L'indice di tempestività della ASL è il risultato della media ponderata della somma dei pagamenti regionali e di quelli aziendali.

La regione Lazio fornisce l'indice di tempestività relativamente alle fatture pagate dalla loro tesoreria

L'indice di tempestività aziendale viene calcolato seguendo i seguenti passaggi:

- estrazione di tutti i pagamenti eseguiti dalla ASL durante ogni trimestre dell'anno preso in considerazione
- esclusione dei mandati relativi a regolarizzazioni (ppt, pagamenti fatture estere in valuta diversa rispetto all'Euro) e quelli relativi ad esecuzione di decreti ingiuntivi, laddove l'apposizione della relativa causale di blocco, ne determina la sospensione dei termini di pagamento.

L'indice di tempestività viene calcolato quale media ponderata tra i giorni di ritardo (calcolati tra la data di registrazione del mandato e quella di scadenza di pagamento) e gli importi pagati, ossia il rapporto tra i numeri e l'importo pagato.

L'indicatore di tempestività dei pagamenti è pari a -8 giorni per l'esercizio 2022 e a -17giorni per l'esercizio 2023, ciò significa che la media dei pagamenti aziendali nel 2022 avveniva con un anticipo rispetto la scadenza di 8 giorni, mentre nel 2023 con un anticipo di 17 giorni.

5) Note di credito da ricevere

- *Il bilancio di esercizio 2023 registra una significativa riduzione delle "note di credito da ricevere" rispetto al precedente esercizio. In proposito, si chiede di precisare:*





SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1

- se il complessivo saldo negativo di € 94.639.124,42, innanzi menzionato, rappresenti l'esito conclusivo dell'attività straordinaria di due diligence effettuata dalla Regione sulla partita contabile in esame, da ritenersi quindi completata. Ovvero rappresenti il recepimento solo di una determinata percentuale di note di credito esaminate, inferiore al 100%, e l'attività di revisione straordinaria sia quindi ancora in corso o comunque non interamente recepita nel bilancio di esercizio 2023;

L'attività di verifica, già avviata precedentemente alla Determinazione G10720/2023, realizzata in collaborazione con la UOC Budget e Controllo Erogatori Privati e il supporto della società di audit regionale, ha consentito la ricognizione di tutte le iscrizioni e delle relative ricezioni delle note di credito da ricevere per singola struttura privata accreditata, per tipologia di struttura (Ospedali classificati, Case di Cura, Laboratori), per anno di competenza e per tipologia di prestazione: (i) Controlli Esterni concordati; (ii) Controlli Esterni non concordati; (iii) Altre Tipologie. A seguito dell'analisi effettuata, si è proceduto allo stralcio delle posizioni risultate prive di sussistenza giuridica.

Durante l'esercizio 2024, anche a seguito della DGR 126/2024, le strutture accreditate hanno emesso e sono ancora in corso di emissione le note di credito richieste dall'Azienda, che ne aggiorna costantemente la posizione.

Infatti, a seguito dell'attività di verifica svolta, si è proceduto a trasmettere a tutte le strutture private accreditate l'elenco delle note di credito ancora da emettere al 31/12/2023 con la distinzione tra importi con relativa fattura bloccata e importi ancora da recuperare a seguito dell'analisi svolta. In questa seconda tipologia rientra, ai sensi della DGR 126/2024 anche il valore dei controlli esterni concordati, ancorché recuperati. L'azienda ha proceduto a bloccare gli importi ancora da recuperare sulle prime fatture utili, fatte salve le strutture che hanno presentato controdeduzioni.

A tal proposito, si rappresenta che si sono rese necessarie ulteriori verifiche a seguito della richiesta di chiarimenti e di maggior dettaglio da parte di alcune strutture relativamente alle note di credito da ricevere. Tale attività è, in alcuni casi, ancora in corso. Al completamento dell'istruttoria, si procederà alla conferma della richiesta con contestuale blocco sulle fatture laddove non presente, ovvero ad una rettifica sull'accantonamento se necessario.

Successivamente alla chiusura del Bilancio d'esercizio 2023, a seguito della trasmissione da parte della Regione delle determine relative ai valori della produzione definitivamente riconosciuta per l'anno 2023, l'Azienda ha proceduto ad adeguare l'importo delle note di credito da ricevere iscritte in contabilità, dandone comunicazione alle Strutture private accreditate interessate.

Periodicamente, l'Azienda trasmette agli Uffici regionali competenti un aggiornamento sull'attività svolta contenente sia l'importo delle note di credito ricevute successivamente alla chiusura del Bilancio di esercizio 2023, che eventuali rettifiche sugli accantonamenti ritenute necessarie a seguito delle istruttorie effettuate.

- se il menzionato saldo di € 94.639.124,42 contenga "note di credito da ricevere" emesse prima del 31.12.2023. Fornire, in proposito, una rappresentazione dell'età delle suddette note contabilizzate nel BES 2023;

Il saldo di € 94.639.124,42 contiene note di credito da ricevere emesse prima del 31.12.2023. Si fornisce, come richiesto, una tabella con l'evidenza delle note di credito suddivise per anno di formazione a partire dal 2016° anno di costituzione della Asl Roma 1:





NOTE DI CREDITO PER ANNO DI FORMAZIONE										
Codice	Tipologia note di credito	Anno 2016 e precedenti	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	TOTALE
PDA292	Note di credito da ricevere (privati accreditati e convenzionati)	67.866.704	2.519.512	1.676.970	2.315.561	3.302.752	2.213.361	5.012.363	8.911.928	93.819.152
PDA302	Note di credito da ricevere (altri fornitori)	819.973								819.973
Totale note di credito per anno formazione		68.686.677	2.519.512	1.676.970	2.315.561	3.302.752	2.213.361	5.012.363	8.911.928	94.639.125

- trasmettere delibera C.S. n. 810 del 2.7.2024

Si trasmette, infine, come richiesto, la Deliberazione C.S. n. 810 del 02.07.2024 (ALLEGATO 10)

6) Fatture da ricevere

- L'analisi straordinaria delle "fatture da ricevere" al 31.12.2022, effettuata a partire da agosto 2023, ha prodotto lo stralcio di € 1.673.956,00 contabilizzato nel bilancio di esercizio 2023. Si chiede se la menzionata analisi straordinaria sia stata o meno completata per l'ASL RM 1 e, quindi, se il bilancio di esercizio 2023 recepisce il dato definitivo e completo della menzionata attività per quanto attiene alla partita delle "fatture da ricevere";

- diversamente, indicare la percentuale di "fatture da ricevere" analizzate ai fini dello stralcio del menzionato importo di € 1.673.956,00 e, quindi, lo stato attuale dell'attività di analisi (percentuale di "fatture da ricevere" sin qui analizzate; importi stralciati);

L'analisi straordinaria su tale posta contabile, come rappresentato in nota integrativa, non è stata completata nell'esercizio 2023. Si riporta di seguito la percentuale di fatture da ricevere analizzate ai fini dello stralcio dell'importo di € 1.673.956.

Asl Roma 1 - Analisi fatture da ricevere al 31.12.2023						
Saldi 31.12.22	Oggetto di analisi	%	Analizzato	%	Stralcio effettuato	Percentuale stralcio su debito analizzato
289.862.957,72	289.862.957,72	100%	157.106.828,73	54%	1.673.956	1,07 %

Nel corso del 2024 è proseguita l'analisi del saldo al 31.12.2023 delle fatture da ricevere, in particolare con riferimento al conto "204070110 - Debiti verso erogatori privati per fatture da ricevere". Sono stati analizzati



e verificati al 22.10.2024 accantonamenti a fatture da ricevere per ulteriori € 26.589.419 pari al 24% del saldo di € 109.402.444,17.

- *il BES 2023 contabilizza come saldo iniziale "fatture da ricevere" per complessivi - 291.203.252,94 €, come da seguente prospetto:*

CONTO	SALDO INIZIALE	DARE	AVERE	SALDO FINALE
Debiti v/asl per fatture Da ricevere - per altre prestazioni	-1.340.295,22 €	1.340.301,22 €	3.264.511,65 €	-3.264.505,65 €
Debiti verso erogatori privati Per fatture da ricevere	-103.338.540,90 €	1.383.171.941,10 €	1.389.235.844,37 €	-109.402.444,17 €
Debiti verso altri fornitori Per fatture da ricevere	-186.524.416,82 €	1.978.551.930,77 €	1.905.210.267,80 €	-113.182.753,85 €
Totale	-291.203.252,94 €	3.363.064.173,09 €	3.297.710.623,82 €	-225.849.703,67

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati BES 2023

- *Il saldo iscritto a consuntivo, quindi, risulta difforme dal dato contabile che la Regione ha indicato nella tabella prima esposta. Si chiedono chiarimenti in proposito.*

Il saldo al 31.12.2022 dei debiti per fatture da ricevere era pari ad € 291.203.252,94 e differisce dal saldo esposto nel prospetto di pag. 5 della nota istruttoria, pari ad € 289.862.958 in quanto il dato regionale non ha tenuto conto dei "debiti v/Asl per fatture da ricevere - per altre prestazioni", non oggetto di analisi in quanto riconciliati in sede di Intercompany. Si riporta tabella con evidenza dei saldi:

Fatture da ricevere - Asl Roma 1			
Tipologia di debito per fatture da ricevere	- Saldo al 31.12.2022		- Saldo al 31.12.2023
	Bilancio ASL Roma 1	Dato regione	Dato Bilancio Asl Roma 1
Debiti v/ASL per fatture da ricevere - per altre prestazioni	1.340.295,22		3.264.505,65
Debiti verso erogatori privati per fatture da ricevere	103.338.540,90	103.338.540,90	109.402.444,17
Debiti verso altri fornitori per fatture da ricevere	186.524.416,82	186.524.416,82	113.182.753,85
Totale	291.203.252,94	289.862.957,72	225.849.703,67

7) Fondo di dotazione negativo

- *Si chiede se il menzionato saldo 2023 (€ 191.394.985,11) rappresenti il completamento del 100% della revisione straordinaria effettuata dalla Regione su questa specifica partita contabile, ovvero una minore*



percentuale (da indicare), precisando conseguentemente se l'attività di revisione straordinario del fondo di dotazione di ASL RM 1 sia terminata, e quando, ovvero ancora in corso;

La DGR 69 del 14.02.2024 "Revoca parziale DCA n. 521/2018 avente ad oggetto: Integrazione DCA 69/2018 e 402/2018 - Valutazione straordinaria delle partite contabili creditorie e debitorie iscritte nei bilanci degli enti del SSR - Indicazioni operative sul trattamento contabile da seguire" ha stabilito che le Aziende Sanitarie avrebbero dovuto provvedere a:

- ripristinare il valore del fondo di dotazione al 31.12.2017, fatta eccezione per eventuali movimentazioni effettuate non in applicazione del DCA n. 521/2018;

- ripristinare, nel bilancio d'esercizio 2023, l'applicazione degli ordinari principi contabili vigenti come contropartita delle risultanze delle attività di valutazione straordinaria condotte ai sensi del DCA n. 521/2018, DCA n. 297/2019 e della determinazione regionale n. G10720 del 03.08.2023.

Pertanto l'Azienda, con Delibera del C.S. n. 834 del 05.07.2024, ha recepito le indicazioni contabili regionali da operare sul bilancio 2023 ed ha completato tutte le attività previste dalla revisione straordinaria sul fondo di dotazione, ripristinandone il valore al 31.12.2017, ad eccezione delle movimentazioni registrate sul fondo derivanti dai provvedimenti regionali dettagliatamente riportati nel seguente prospetto:

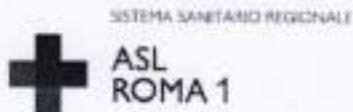
ASL Roma 1 – Fondo di dotazione al 31.12.2023			
descrizione	dare	avere	data registrazione
Saldo apertura 01/01/2018	211.997.274,86		01.01.2018
Regolarizzazione contabile a seguito della DGR n. 1041 del 22.12.2020 per l'assegnazione dei contributi per ripiano perdite delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio riferite alle annualità 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019. R.U. R.L. 337534 15.04.2021		7.361.407,00	31.12.2020
Destinazione quota utile 2020 della GSA alla ricostituzione del fondo di dotazione. Determinazione G16818 del 31/12/2021		6.531.148,00	31.12.2021
Utilizzazione delle riserve di utile GSA per la ricostruzione del fondo di dotazione negativo delle Aziende del SSR. Liquidazione degli impegni assunti in favore del creditore GSA (cod. n. 145642) anno 2020-2021 e ripartizione a favore delle ASL Roma 1, Roma 2, Roma 3, Roma 4, Roma 5, Viterbo e del Policlinico Umberto I. Esercizio Finanziario 2022 - Determinazione R.L. G17117 del 06/12/2022		6.709.734,75	31.12.2022
Saldo al 31/12/2023	191.394.985,11		

Alla luce di quanto finora espresso, l'attività può ritenersi conclusa.

La Regione Lazio con DGR 776 del 10.10.2024 ha deliberato di destinare gli utili del 2023 pari a 141.921.214,58 a parziale copertura del fondo di dotazione negativo.

8) Debiti vs fornitori

- Si chiede di precisare: se l'effetto della menzionata attività di revisione straordinaria sia anche rappresentato nello SP 2023 in termini di riduzione della voce "debiti vs fornitori" ovvero se gli effetti sullo SP attengano anche al fondo di dotazione (o altre poste contabili);



Si espone di seguito un prospetto riepilogativo dei conti di debito movimentati a seguito dell'attività straordinaria, precisando che non ci sono effetti sullo stato patrimoniale attinenti al fondo di dotazione o ad altre poste contabili diverse da quelle sotto riportate:

RIEPILOGO CONTI PATRIMONIALI MOVIMENTATI CON ATTIVITA' STRAORDINARIA DETERMINA G10720/2023						
Conto	Descrizione Conto Aziendale	Dare	Avere	Saldo	PDC Regionale	Descrizione PDC Regionale
204070204	DEBITI V/IRCCS PRIVATI E POLICLINICI	12.215.961,55		12.215.961,55	204070104	DEBITI V/IRCCS PRIVATI E POLICLINICI
204070105	DEBITI V/OSPEDALI CLASSIFICATI	5.842.502,82	9.913.635,92	-4.071.133,10	204070105	DEBITI V/OSPEDALI CLASSIFICATI
204070106	DEBITI V/CASE DI CURA	20.598.658,15		20.598.658,15	204070106	DEBITI V/CASE DI CURA
204070197	DEBITI V/ FORNITORI PROTESICA	39,05		39,05	204070107	DEBITI V/ALTRI EROGATORI PRESTAZ SANITARIE-INTRA
204070198	DEBITI V/ RESIDENZIALITA'	4.920.896,00		4.920.896,00	204070107	DEBITI V/ALTRI EROGATORI PRESTAZ SANITARIE-INTRA
204070199	DEBITI V/ SPECIALISTICA	1.395.720,58		1.395.720,58	204070107	DEBITI V/ALTRI EROGATORI PRESTAZ SANITARIE-INTRA
204070201	DEBITI V/ ALTRI FORNITORI NAZIONALI	5.588.866,15		5.588.866,15	204070201	DEBITI V/ ALTRI FORNITORI NAZIONALI
204090187	ERARIO C/IVA SPLIT	11.222,62		11.222,62	204090104	ERARIO C/IVA
TOTALE		50.573.866,92	9.913.635,92	40.660.231,00		

- quanto agli effetti sul CE 2023, indicare le voci contabili interessate dalla menzionata attività straordinaria;

Si riportano nella tabella sottostante le voci contabili del conto economico movimentate a seguito dell'attività straordinaria:

Conto	Descrizione Conto	Dare	Avere	Saldo
802020411	Altre insussistenze passive v/terzi per attività straordinaria Determina G10720/2023	9.913.635,92		9.913.635,92
801020310	Altre insussistenze attive v/terzi per attività straordinaria Determina G10720/2023		50.573.866,92	- 50.573.866,92
TOTALE		9.913.635,92	50.573.866,92	- 40.660.231,00

- Se il bilancio di esercizio 2023 di ASL RM 1 contabilizza il 100% della menzionata attività straordinaria o solo una parte di questa e se, quindi, la stessa stia continuando nel corrente esercizio 2024, come sembrerebbe desumersi dalla menzionata relazione.
- In quest'ultimo caso, indicare lo stato di avanzamento dell'attività di revisione, aggiornato al tempo della risposta alla presente nota, in modo da evidenziare le risultanze non confluite nel bilancio di esercizio 2023.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



L'attività straordinaria di circolarizzazione del debito verso fornitori, è stata effettuata nel 2023 con l'invio di 914 lettere di richiesta di saldo del credito per un totale di debito di € 264.935.156,85, pari al 40,8% del totale debiti al 31.12.2023 di € 649.151.807,68. Per la verifica del saldo al 31.12.2023 risultano pervenute ed elaborate n. 292 risposte, riguardanti un importo di debito pari a € 112.213.767,50.

L'Azienda sta proseguendo nel corso del 2024 l'attività straordinaria, predisponendo le note di sollecito per i 622 fornitori che non hanno riscontrato la richiesta, e sta inoltre selezionando un'ulteriore quota di fornitori significativi ai quali inviare lettere di circolarizzazione.

9) Fondo rischi contenzioso

- Si chiede l'elaborazione e trasmissione di un elenco, in formato Excel, dei processi passivi pendenti al 31.12.2023 distinguendo:
 - valore della controversia, da stimare anche nel caso di contenzioso di valore cd. "indeterminabile";
 - Autorità giudiziaria adita (Giudice civile, Giudice tributario, Giudice amministrativo);
 - numero di ruolo, denominazione controparte, oggetto del processo (in estrema sintesi);
 - rischio di soccombenza espresso in termini percentuali nei seguenti termini: I) da 0 al 10% per rischio remoto); II) da > 10% al 50% rischio possibile); III) da > 50% al 100% rischio probabile.
- Precisare, nel menzionato elenco, i casi in cui la parte convenuta convenuta/resistente non sia unicamente ASL RM 1 ma anche altri soggetti (ad es. Regione Lazio).

Si trasmette, come richiesto, l'elenco in formato Excel dei processi passivi pendenti al 31.12.2023 (**ALLEGATO 11**)

A tale proposito, si precisa che la stima del valore della controversia come "indeterminabile" è stata attribuita ai giudizi per i quali non sono stati rinvenuti elementi sufficienti per poter procedere ad una diversa quantificazione economica. In particolare:

- per quanto attiene alla valorizzazione dei ricorsi ex art. 696 bis c.p.c., si precisa che non viene fatta una quantificazione economica in quanto detti procedimenti non si concludono mai con un provvedimento di condanna e quindi non si traducono in una immediata esposizione economica dell'Azienda.
- giudizi ABA dinanzi al TAR: La controversia verte sul riconoscimento del diritto del minore ad ottenere l'erogazione delle prestazioni sanitarie da parte della ASL, con oneri a carico del SSR. Detta fattispecie attiene in prima battuta al riconoscimento del diritto che, solo in caso di accoglimento, potrà eventualmente determinare la condanna della ASL al rimborso delle spese effettivamente documentate da controparte per le terapie relative.
- giudizio dinanzi alla Corte di Cassazione sez. lav.: la controversia verte su motivi di legittimità e pertanto non suscettibile di valutazione economica;
- giudizi dinanzi alla Corte di Appello sez. lavoro: la controversia verte su principi di diritto e pertanto non suscettibile di valutazione economica.



- giudizio dinanzi al Tribunale Civile sez. lavoro: trattasi di co.co.co. nel quale è stato richiesto genericamente un indennizzo nella misura pari a 12 mensilità dell'ultima retribuzione di fatto o nel diverso quantum ritenuto di giustizia. Anche in tal caso, il valore non può che determinarsi nel corso del giudizio a conclusione della fase istruttoria, previo riconoscimento del diritto medesimo;
- **9.1. Lo SP 2023, voce "fondi per rischi" registra, tra gli altri, i seguenti accantonamenti:**
 - 7,54 mln di euro per "contenzioso personale dipendente". Si rileva, in proposito, un rilevante accantonamento per contenzioso giuslavoristico, indice di elevata litigiosità nel rapporto tra ASL datrice di lavoro e proprio personale. Si chiedono chiarimenti in proposito;

Si riscontra segnalando che sono stati notificati nel corso dell'esercizio economico finanziario 2023, n. 10 ricorsi al Tribunale civile sezione lavoro, notificati da altrettanti dipendenti appartenenti al profilo "infermiere professionale", per complessivi circa € 1.300.000,00 di solo *petitum*; per tali tipologie di giudizio sono stati accantonati importi equivalenti all'oggetto della domanda, visto il rischio di soccombenza probabile.

Si specifica, inoltre, che sono presenti altri giudizi che riguardano richieste del personale dipendente per indennità a diverso titolo (contrattuali, medicina trasfusionale,), anche per tali tipologie di giudizio vengono accantonati importi equivalenti all'oggetto della domanda, visto il rischio di soccombenza probabile.

- - 114,879 mln di euro per "rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato".
Per quest'ultimo saldo, la Regione ha precisato che lo stesso copre due diversi rischi, entrambi collegati all'utilizzo di "note di credito da ricevere": a) il rischio di soccombenza processuale della ASL, riferito a processi già incardinati che hanno, come sottostante, note di credito da ricevere; b) il rischio di mancata ricezione di "note di credito da ricevere", senza la presenza di un collegato processo.
Si chiede di distinguere, nel complessivo accantonamento di € 114,879, quanta parte è destinata a coprire il rischio processuale vero e proprio e quanta parte destinata a coprire l'altra tipologia di rischio.

Sul piano dei conti regionale sono presenti due diversi sottoconti, entrambi confluenti sull'aggregato 202020300 – Fondo rischi connessi acquisto prestazioni sanitarie da privato, il cui saldo al 31.12.2023 è pari ad € 114.879.669,58:

- **202020301 – fondo rischi connessi Acquisto prestazioni sanitarie da privato.** Su tale posta patrimoniale, che identifica il rischio di soccombenza processuale della ASL per contenzioso attivato dagli erogatori privati ancora pendente alla data del 31.12.2023, il saldo è pari ad € 76.207.977,51. Solo una parte di tale fondo, per un importo di € 9.513.142,34 è correlato a note di credito da ricevere.
- **202020302 – Fondo rischi per controlli esterni in contestazione.** Per tale voce, la quale accoglie i fondi che coprono il rischio di mancata ricezione delle note di credito, per il quale l'erogatore non abbia però attivato nessun contenzioso, il saldo al 31.12.2023 è pari ad € 38.671.692,07.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



10) Tetto di spesa per la remunerazione delle funzioni non tariffate

- *Si chiede di fornire un prospetto dimostrativo del rispetto al 31.12.2023 del limite di spesa relativo alla remunerazione delle funzioni non tariffate (art. 15, comma 13, lettera g) del D.L. n. 95/2012) dettagliando le voci considerate ai fini del rispetto del limite di remunerazione assegnato.*

In allegato (**Allegato 12**) si trasmette il prospetto riepilogativo richiesto, dimostrativo del rispetto del limite disposto dal comma 1 bis dell'art. 8-sexies del D. Lgs. n. 502/1992 "Il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato" introdotto dall'art. 15, comma 13, lettera g) del D.L. n. 95/2012.

11) Attività intramoenia

- *Si chiede se l'ASL abbia adottato il regolamento aziendale per la disciplina dell'attività intramuraria, da trasmettere. Motivare in caso di mancata adozione.*

L'Azienda, con Deliberazione del Direttore Generale n. 1154 del 16.09.2021, ha adottato il Regolamento Aziendale dell'Attività Libero Professionale Intramuraria, che si allega (**Allegato 13**).

- *Precisare se sia previsto un limite, e quale, allo svolgimento di attività intramuraria*

Con riferimento al "limite allo svolgimento dell'attività intramuraria", l'attività libero professionale, così come previsto dall'Art.11 del vigente Regolamento ALPI, rubricato "criteri di raffronto tra l'attività istituzionale e l'attività libero professionale", deve essere erogata nel rispetto del corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionali e libero-professionali, secondo le previsioni di cui all'Art.15-quinquies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e non può comportare per ciascun dipendente un volume complessivo di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali.

Le prestazioni che costituiscono il volume di attività istituzionale, comprensivo delle attività e relativi monti orari, da comparare con il volume di attività libero professionali sono quelle complessivamente rese sia per il regime di ricovero che ambulatoriale.

Quanto sopra anche in applicazione di quanto previsto dall'Art.4, comma 2 del D.L. 7 giugno 2024, n. 73 - Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107.

- *Nella sezione "amministrazione trasparente" non risultano pubblicate le informazioni riguardanti la dirigenza sanitaria che svolge prestazioni professionali in regime intramurario (art. 41, commi 2 e 3, del d.lgs. 33/2013).*

In applicazione dell'art.41 D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, l'Azienda sta provvedendo alla pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale, dei compensi annui percepiti nel 2021, 2022 e 2023 da tutti i dirigenti medici e sanitari non medici, con la distinzione dei compensi derivanti da lavoro dipendente e quelli assimilati al lavoro dipendente (tra cui i compensi percepiti per prestazioni aggiuntive regolarmente autorizzate e l'ALPI).



- *Si chiede all'Azienda di trasmettere le informazioni complete relativamente al triennio 2021 - 2023, avvalendosi del prospetto di seguito riportato*

Si trasmettono in allegato i prospetti compilati con le informazioni richieste relativamente al triennio 2021 - 2023 (Rif. **ALLEGATI 14, 15 e 16**).

- 12) Riduzione liste di attesa:** *si chiede un prospetto, possibilmente riferito al quinquennio 2019-2023, idoneo a registrare l'andamento delle liste di attesa, distinte per settore:*

Analisi dei tempi di attesa prestazioni di specialistica ambulatoriale - Periodo 2019-2023

Il livello quantitativo dell'offerta aziendale di prestazioni specialistiche ambulatoriali sull'intero territorio della ASL Roma 1 è molto elevato ed oltre a soddisfare la domanda di prestazioni espressa dai residenti esprime anche forte potenzialità di attrazione nei confronti di cittadini non residenti.

In tal senso la peculiarità della ASL Roma 1 è determinata dalla coesistenza di strutture, insistenti sul territorio aziendale, a diversa tipologia di offerta e con differenti forme di rapporti con il Sistema Sanitario Regionale.

Le strutture a gestione diretta, responsabili della cosiddetta produzione "interna", sebbene forniscano prestazioni qualitativamente e numericamente significative, non svolgono un ruolo determinante se poste a confronto con i volumi della produzione "esterna", derivante dall'elevato numero di strutture pubbliche aziendalizzate e private accreditate. Tale contesto determina la possibilità per la ASL Roma 1 di rispondere direttamente soltanto di una quota parte della produzione globale, ma al contempo evidenzia la necessità ed opportunità di costruire una rete in grado di rispondere sinergicamente in maniera integrata ed appropriata ai bisogni di salute dei cittadini residenti/assistiti.

Le agende di prenotazione delle strutture a gestione diretta sono inserite nel sistema regionale RECUP. Gradualmente, anche le agende delle strutture private accreditate sono state rese disponibili sullo stesso applicativo. Tali agende, inizialmente visibili alla prenotazione solo sul call center regionale, a partire dal 31 maggio 2024 sono state rese disponibili alla prenotazione anche presso gli sportelli CUP aziendali.

Si precisa che ad oggi la ASL Roma 1 non ha, comunque, la possibilità di estrarre ed analizzare i dati aggregati (in termini di strutture delle agende, tipologia e volumi delle prestazioni) inerenti all'offerta in prenotazione delle strutture private accreditate e delle strutture pubbliche aziendalizzate insistenti sul proprio territorio.

La tabella sottostante riepiloga, per la ASL Roma 1, i volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale definite critiche ai sensi del PNGLA 2019-2021 erogate dalle diverse tipologie di strutture insistenti sul territorio aziendale con riferimento al quinquennio 2019-2023.

Tipo strutture	ANNI									
	2019		2020		2021		2022		2023	
	N	% col	N	% col	N	% col	N	% col	N	% col
Gestione diretta	456.310	35,0	259.510	29,1	276.745	25,8	300.688	23,8	305.909	22,9
Privato accreditato	138.671	10,6	113.960	12,8	144.661	13,5	175.257	13,8	174.852	13,1
Classificato	149.520	11,5	139.092	15,6	156.714	14,6	150.229	11,9	161.359	12,1
AO-PU-IRCCS	560.607	43,0	378.916	42,5	493.583	46,1	639.794	50,5	692.400	51,9
TOTALE	1.305.108		891.478		1.071.703		1.265.968		1.334.520	

Tabella 1 Produzione: volumi di prestazioni Critiche per tipologia di struttura. Archivio SIAS - Onere SSN

Nel 2019 sono state erogate complessivamente 1.305.108 prestazioni critiche, che nel corso del 2020 scendono a un volume di 891.478 prestazioni. A partire dal 2021, si evidenzia un incremento costante che riporta nel 2023 il valore complessivo ai livelli pre-pandemici.

Considerando la produzione delle strutture a gestione diretta, i volumi di produzione erogati, pur mostrando una progressiva crescita tra 2021 e 2023, non si sono comunque riallineati ai valori del 2019, con una perdita di circa 150.000 prestazioni. Queste risultano essere state assorbite in minima parte dalle strutture private accreditate e classificate e principalmente dalle altre aziende (AO-PU-IRCCS) presenti nel territorio della ASL Roma 1.

In relazione ad i tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, l'analisi riguarda, per il quinquennio di interesse, l'andamento riferito alle prestazioni critiche ai sensi del PNGLA 2019-2021, sulla base dei dati relativi alle prestazioni gestite dall'applicativo di prenotazione RECUP per le sole strutture a gestione diretta e valutate separatamente rispetto alla classificazione visite / prestazioni diagnostico-strumentali.

Si espone nella seguente tabella 2 la percentuale del rispetto dei tempi di attesa delle visite specialistiche critiche - periodo 2019-2023:

Visite specialistiche critiche	2019			2020			2021			2022			2023		
	Rispetto TdA		Totale												
	Volume	%		Volume	%		Volume	%		Volume	%		Volume	%	
VISITA GINECOLOGICA	5996	88,87	6804	3118	90,59	3441	4300	89,34	4811	3899	94,39	4111	3817	95,09	4614
VISITA NEFROLOGICA	4304	74,46	5788	2295	85,83	2688	3223	92,67	3478	2895	97,62	3990	3527	88,38	3946
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	16174	82,86	19519	8020	86,08	9290	12390	88,88	13552	14952	91,81	15970	16848	89,68	18791
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	3967	99,36	3971	471	96,13	490	512	98,05	563	650	97,38	565	510	90,51	570
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	17183	96,54	17669	8695	95,76	9070	9110	95,94	9706	8101	96,41	8842	6285	80,27	7581
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA	3451	81,76	4221	1527	87,87	2193	4482	89,84	4989	4078	96,11	4243	3913	87,30	4481
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	2710	87,36	3029	1946	85,10	2288	2132	84,67	2518	2480	98,34	2824	2493	71,79	3120
PRIMA VISITA MEDICINA FISICA/PSIATRICA	8935	91,88	7081	3761	96,89	3893	4503	98,94	4564	4787	98,54	4775	3518	96,71	5729
PRIMA VISITA OCULOGICA	15940	74,17	21481	8365	71,68	9156	10296	78,59	13100	11010	95,57	11844	11712	89,80	13043
PRIMA VISITA ONCOLOGICA	414	94,09	440	286	94,39	300	431	95,57	451	531	97,79	540	619	98,24	647
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	11053	88,28	14899	6841	88,06	7768	8454	91,39	10023	9972	98,67	10407	8844	85,77	10018
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	9072	89,30	10068	5122	81,59	5532	7530	96,31	7561	7520	96,12	8072	7851	95,51	8185
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	2894	88,86	3264	1644	85,49	1837	2162	94,86	2284	2829	91,73	2846	2386	79,06	3018
PRIMA VISITA UROLOGICA	4061	87,41	4989	2563	86,04	2878	3315	90,20	3882	2760	88,23	3180	2795	77,71	3519

Tabella 2 Percentuale rispetto dei tempi di attesa delle visite specialistiche critiche - Periodo 2019-2023

L'andamento del rispetto dei tempi di attesa per le visite nelle diverse specialità mostra come a partire dal 2019 si sia registrato un generale lieve miglioramento fino al 2022, con una flessione nel 2023. Nell'anno

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



2022 la percentuale di rispetto dei tempi di attesa per le visite definite critiche si è attestata su valori uguali o superiori al 90%, ad eccezione della visita gastroenterologica (88,14%) e della visita urologica (89,23%).

Nel 2023 sono 7 le visite al di sotto del 90%. Percentuali critiche nel 2023 si evidenziano per Visita Dermatologica (80,3% vs 96,4% del 2022), cui corrisponde un netto calo dei volumi, Visita Gastroenterologica (77,7% vs 88,1% nel 2022), che tuttavia vede un incremento dei volumi, così come per Visita Pneumologica (79,1% vs 92,7% del 2022) ed Urologica (77,7% vs 89,2% del 2022), i cui volumi rimangono sostanzialmente invariati. Un calo più contenuto si osserva per Visita Oculistica (89,8% vs 95,6% del 2022) e Cardiologica (89,7% vs 93,6% del 2022), a fronte di un incremento dei volumi, seppur lieve.

Emergono inoltre riduzioni della % di rispetto dei tempi a fronte di volumi invariati relativi a Visita Ortopedica e di Chirurgia Vascolare (che comprende anche la visita angiologica).

Prestazioni strumentali critiche	2019			2020			2021			2022			2023		
	Rispetto TAA		Totale												
	Volume	%		Volume	%		Volume	%		Volume	%		Volume	%	
RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALOCOLLO	139	96,41	244	14	87,50	18	28	96,91	55	71	92,21	138	183	83,11	135
TC ADDOME	737	85,40	819	484	93,67	357	107	64,84	120	79	66,66	131	148	53,84	266
TC CAPO	275	87,14	311	201	64,63	214	89	89,11	128	32	22,66	41	34	54,41	136
TC RADICE	85	85,87	98	24	66,00	25	18	90,91	13	8	31,58	19	13	59,09	22
TC TORACE	1426	75,76	1898	792	85,11	821	303	68,81	711	349	67,58	311	375	54,99	685
DIAGNOSTICA CARDIOVASCOLARE	11241	91,89	43331	14260	81,39	17447	21889	81,81	34778	32347	93,11	28851	27914	89,49	23438
DIAGNOSTICA PNEUMOLOGICA	3775	92,96	4261	848	81,68	915	1840	95,33	1113	2393	90,38	2638	2387	75,54	3054
ECOGRAFIA ADDOME	11217	68,71	16876	4762	79,00	5286	3412	78,64	6895	7317	82,02	8933	5052	56,15	8476
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA	6186	89,41	10240	3218	76,47	3719	1177	76,38	4411	4077	85,67	4891	2189	81,04	3524
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	1216	95,28	1267	910	87,28	954	1176	95,98	1236	1411	88,28	1438	2418	66,86	2448
ENDOSCOPIA APPARATO DIGERENTE	2830	80,18	4889	2118	79,24	2717	3818	71,80	3868	2964	71,88	4170	2772	34,78	4880
MAMMOGRAFIA	3541	85,44	5885	626	61,54	1001	384	63,71	787	650	57,18	781	348	35,98	1001
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	16387	85,30	23451	7212	78,40	9199	9148	79,32	11607	10877	94,49	12875	7760	61,14	21496
DOPLER VASCOLARI	4585	88,36	6495	2210	81,28	2454	4182	78,41	5178	4271	81,31	5250	4381	72,28	5880
RM RADICE	747	84,33	376	19	60,00	33	31	62,68	82	77	66,98	111	118	53,78	182
ALFOMETRIA	3982	89,80	2987	1812	84,13	1211	1794	92,60	1885	2041	96,81	2328	2719	95,24	2851
ELETTRORADIOGRAFIA	361	81,78	628	377	78,05	483	481	78,64	879	881	67,45	1324	4115	61,00	6793

Tabella 3 Percentuale rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni strumentali critiche - Periodo 2019-2023

Il dettaglio dell'andamento del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche strumentali riferito all'anno 2023 mostra come, rispetto al 2022, vi sia una generale riduzione della percentuale, ad eccezione di Mammografie (da 57% a 95%) e RMN Encefalo (da 52% a 82%). Riduzioni significative, anche in relazione ai volumi, si evidenziano per: Ecografie Addome e Mammella, Diagnostica pneumologica, Endoscopie e Diagnostica ecografica capo e collo (da 84,5% a 67,7% con un calo di 1.700 esami). Per Diagnostica cardiovascolare si attesta un decremento (da 93% a 89%), con incremento dei volumi.

Rispetto agli anni di analisi si conferma l'impatto della emergenza Covid-19 sul rapporto offerta/domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale e sull'andamento dei tempi di attesa per le strutture a gestione diretta. In particolare, si registra uno spostamento della produzione di prestazioni di specialistica ambulatoriale verso le strutture non a gestione diretta, che probabilmente hanno meno risentito della riorganizzazione e contrazione dell'offerta ambulatoriale avvenuta negli anni della pandemia.

In generale, la riorganizzazione delle attività di specialistica dopo il lockdown ha comportato per le strutture a gestione diretta una riduzione delle prestazioni di primo accesso per garantire una sempre maggiore attività di presa in carico dell'utente: percorso nascita, riconduzione delle attività ostetriche/ginecologiche territoriali (visite ed ecografie) verso attività consultoriali, riconduzione di prestazioni di mammografie, colonscopie verso i programmi organizzati di screening, presa in carico di pazienti oncologici per quanto riguarda prestazioni di RMN e TC presso gli Ospedali S Spirito e San Filippo Neri.



È opportuno evidenziare che l'analisi dei tempi di attesa rappresentata attiene alle richieste di prestazioni che entrano nel sistema di prenotazione; pertanto, di fatto relativa alle sole prestazioni effettivamente prenotate e tracciate. La quota di domanda di prestazioni non eventualmente accolta al momento della richiesta, nel rispetto del tempo di attesa previsto dal livello di priorità prescritto, se relativa ad utenti residenti, viene inserita dal call center RECUP nelle "Agende di Garanzia" che, a partire dal dicembre 2021, sono quotidianamente inviate alle AA.SS.LL. per la ricollocazione, per quanto possibile, entro i tempi di garanzia. Tali richieste possono essere soddisfatte mediante l'inserimento in disponibilità aggiuntive rispetto agli slot già disponibili nel sistema RECUP, utilizzando disdette estemporanee di altri utenti e/o inserimenti in sovrannumero. È possibile, inoltre, ricorrere alle agende dedicate nell'ambito dei progetti di Abbattimento Liste di attesa previste dall'accordo integrativo degli Specialisti Ambulatoriali a Convenzione, alle disponibilità delle strutture private accreditate e degli IRCCS (a fronte della definizione di adeguati Piani di committenza e della negoziazione di volumi di prestazioni critiche in relazione al budget assegnato) ed alle collaborazioni con le Aziende Ospedaliere insistenti sul territorio aziendale.

Le "Agende di Garanzia" costituiscono una delle modalità con cui l'Azienda garantisce i "percorsi di tutela": questi si concretizzano nell'attivazione di una specifica procedura che, attraverso percorsi di accesso alternativi, consenta al paziente residente, per richieste di prime prestazioni specialistiche che superano a livello istituzionale il tempo massimo di attesa, di effettuare la prestazione entro i tempi previsti in relazione al livello di priorità indicato dal prescrittore.

Nello specifico, con riferimento al dettato del D.Lgs. del 29 aprile 1998, n. 124, art.3 - comma 13, sul sito aziendale www.aslroma1.it - alla sezione Liste di Attesa - Percorsi di tutela per i cittadini - è possibile consultare l'informativa inerente i "Tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie", in cui vengono fornite indicazioni circa la modalità con cui il cittadino, la cui prestazione comporti tempi che vanno oltre il termine fissato dall'art. 3, comma 13, del D.Lgs. n. 124/1998, può richiedere alla propria ASL di appartenenza che la stessa venga resa in regime di attività libero professionale intramuraria, pagando il solo costo del ticket, o, nel caso in cui sia esente, con costi a carico dell'Azienda Sanitaria.

Nella stessa pagina è, inoltre, possibile scaricare - in formato editabile - il "Modulo di presentazione istanza di prestazione", che dovrà essere debitamente compilato ed inviato al protocollo della ASL Roma1.

L'Azienda si impegna ad assicurare l'esecuzione della prestazione entro i tempi previsti dalla classe di priorità assegnata a partire dalla data di ricezione della domanda, senza prevedere oneri per l'assistito diversi da quelli di legge. Il rifiuto del cittadino ad eseguire la prestazione specialistica o diagnostico- strumentale fornita entro i tempi previsti libera l'Azienda da qualsiasi onere.

Analisi dei tempi di attesa interventi chirurgici di area critica secondo il PNGLA 2019- 2021(classe priorità A): periodo 2019 - agosto 2024

Nel 2019, a partire dal mese di luglio, è stata introdotta nella Regione Lazio la nuova piattaforma SIO XL per la gestione del flusso sulle dimissioni ospedaliere (SDO). I dati del primo semestre 2019 sono pertanto relativi al precedente Sistema Informativo Ospedaliero, periodo in cui la compilazione del campo relativo alla rilevazione della "Data di prenotazione" non garantiva sempre una buona qualità del dato. Il dato annuale sui tempi di attesa del 2019 è quindi calcolato su una parte di tutto il volume degli interventi di area critica con classe di priorità A. In particolare 479 interventi (su 1469 totali, pari al 32,6%) risultano prenotati in classe A senza l'informazione sulla Data di prenotazione, per i quali non è possibile calcolare il tempo di attesa.



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1

I ricoveri per i quali non si dispone del dato sul tempo di attesa sono così ripartiti:

Prestazioni	Strutture		Totale
	S Spirito 12026	S F. Neri 120285	
01 - mammella	25	59	84
02 - prostata		6	6
03 - colon	1	25	26
04 - retto		2	2
05 - utero	1	2	3
06 - melanoma			
07 - tiroide		1	1
08 - angioplastica	4	53	57
09 - endoarteriectomia		26	26
10 - anca	1	25	26
11 - colecistectomia	2	41	43
12 - coronarografia	12	115	127
13 - fegato	4	5	9
14 - emorroidectomia		9	9
15 - ernia	10	50	60
Totale	60	419	479

Tabella 4 Ricoveri per i quali non è disponibile il tempo di attesa

L'Allegato B (**ALLEGATO 17**) riporta la tabella relativa all'intero periodo (gennaio 2019 - agosto 2024) con indicazione, per tipo di intervento, ospedale ed anno: dei volumi in classe A, della % dei casi con attesa entro soglia (30 giorni), del tempo di attesa medio e mediano e del numero di interventi programmati complessivi. Nel periodo di riferimento 2019 – 2024, si evidenzia la diminuzione del numero degli interventi chirurgici critici in classe A ai sensi del PNGLA 2019-2021 eseguiti entro i 30 giorni presso le strutture a gestione diretta.

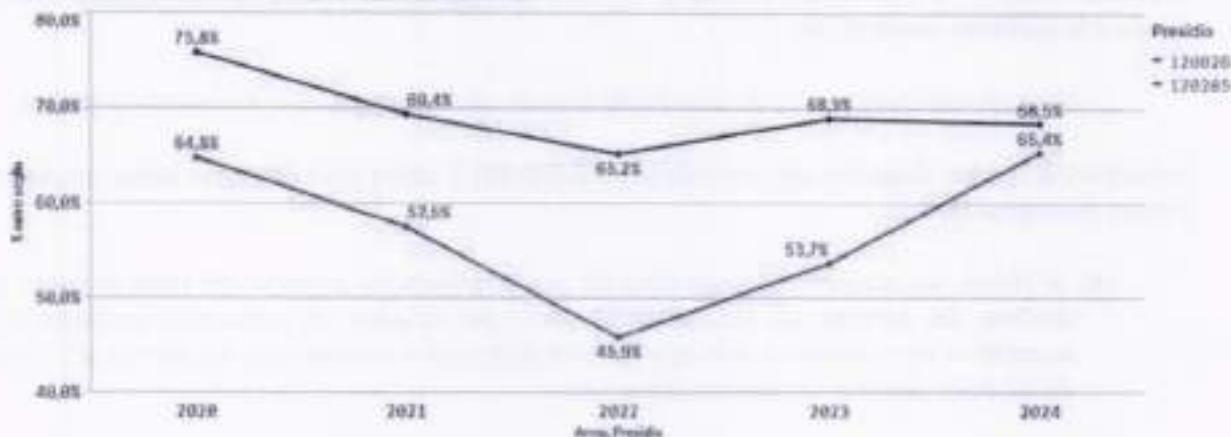
Nello specifico, per il periodo 2021-2023 il valore si attesta su una percentuale di circa il 43% a fronte di un valore pari al 60 % nell'anno 2020. Per i motivi sopra espressi, si ritiene scarsamente significativo il dato riferito all'anno 2019.

Per i primi 8 mesi del 2024, si evidenzia una tendenza al miglioramento dell'indice, che si apprezza in particolare per gli interventi per patologie neoplastiche, come rappresentato nel seguente grafico:



Tempi di attesa per interventi programmati area critica (classe A)

Prestazioni critiche di classe A - 3 entro soglia (30gg) per Anno e Presidio



Su input regionale, sono state recepite dall'Azienda indicazioni riguardanti la pulizia delle liste, efficientamento delle sale operatorie e il monitoraggio continuo di tutte le fasi del percorso chirurgico.

A seguito delle note regionali n° 343377 del 28/02/2023, n° 508992 del 11/05/2023, n° 582754 del 29/05/2023 l'Azienda ha provveduto a:

- deliberare il Regolamento Aziendale per la Gestione delle Liste d'Attesa chirurgiche;
- introdurre il software gestionale di sala operatoria (DIGISTAT);
- integrare il software di sala operatoria con il sistema di gestione delle liste d'attesa.

Le ultime due iniziative hanno consentito, a cascata, di istituire un monitoraggio in tempo pressoché reale sia delle liste d'attesa che delle sale operatorie, permettendo di individuare eventuali criticità al fine di attuare interventi correttivi.

L'Azienda ha, inoltre, avviato un percorso di incontri con le varie Unità Operative, focalizzati sull'appropriatezza della classificazione degli interventi in lista d'attesa, basandosi sul Documento Rivalutazione Classi di Priorità della Regione Toscana (come da indicazioni Regionali). Parallelamente agli interventi sopra citati si sono svolti incontri periodici interni riguardanti liste d'attesa e percorso chirurgico con tutte le figure coinvolte nel processo e incontri in plenaria con la presenza del gruppo di lavoro Regionale sull'efficientamento delle sale operatorie.

13) Si chiede un prospetto riepilogativo dei contratti di fornitura dei beni e/o servizi attualmente in essere, con indicazione dell'oggetto, fornitore, data stipula, data scadenza efficacia contratto. Motivare eventuali proroghe, anche solo di fatto, di contratti scaduti ma ancora in itinere.

Si riscontra la nota allegando alla presente un report

- dei contratti in essere per service e dispositivi medici, **(ALLEGATO 18)**: stipulati a seguito di procedure di gara e/o di approvvigionamento eseguite dalla UOC Acquisizione Beni e Servizi, ove sono indicati gli estremi dell'atto di affidamento, il fornitore, l'oggetto, l'importo (iva esclusa), la data di stipula e la scadenza contrattuale;



- dei contratti in essere per servizi (**ALLEGATO 19**), stipulati a seguito di procedure di gara eseguite dalla UOC Acquisizione Beni e Servizi, ove sono indicati, il fornitore, l'oggetto, l'importo (iva esclusa-), la data di stipula e la scadenza contrattuale;

- *Motivare eventuali proroghe, anche solo di fatto, di contratti scaduti ma ancora in itinere.*

Si riscontra in merito allegando alla presente (**ALLEGATO 20**) il report delle proroghe attive con annotazione a latere dei motivi sottesi;

14) *Si chiede un prospetto dimostrativo del rispetto/mancato rispetto del **tetto di spesa previsto dall'art. 15, comma 14, D.L. 95/2012** (costi per acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati per assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera) da riferire al 31.12.2022 e 31.12.2023. Motivare eventuale sfioramento.*

L'art. 15, comma 14, del D.L. 95/2012 prevede che ai contratti ed accordi stipulati per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera si debba applicare una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto - in misura determinata dalla Regione - tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, di una percentuale pari, a decorrere dall'anno 2014, al 2%.

A titolo esemplificativo la Regione Lazio ha adottato i seguenti provvedimenti:

- DCA della Regione Lazio n. U00151 del 30 aprile 2019 "Definizione del livello massimo di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, F.R.A.C., riabilitazione post-acuzie codice 56 e lungodegenza medica codice 60 - Annualità 2019. Criteri di definizione del livello massimo di finanziamento delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, F.R.A.C., riabilitazione post-acuzie codice 56 e lungodegenza medica codice 60 – Annualità 2020. Regole di remunerazione 2019-2021" di cui si richiama l'attenzione per le pagine 7, 8, 11-15 e 30 e seguenti;
- DCA della Regione Lazio n. U00246 del 01/07/2019 "Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 relativo all'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSR da privato accreditato. Direttive alle ASL", di cui si richiama l'attenzione per le pagine 6-8, 11 e 13.

Per gli anni 2022-2024 si rimanda al provvedimento regionale DGR 642/2022: "Definizione dei livelli massimi di finanziamento e dei criteri di remunerazione per le prestazioni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria erogate da strutture private accreditate: triennio 2022 – 2024".

15) Tetto alla spesa farmaceutica

Si chiede la trasmissione di un prospetto dimostrativo della conformazione ai limiti di spesa (farmaceutica convenzionata e farmaceutica per acquisti diretti) introdotti dall'art. 1, commi 398 e 399, della legge 11.12.2016, n. 232. Riferire il dato al 31.12.2022 e 31.12.2023 motivando eventuali sfioramenti.



Per quanto riguarda la **Spesa Farmaceutica Convenzionata**, si riportano le seguenti tabelle:

Rispetto del tetto di spesa per la farmaceutica convenzionata 2022				
Descrizione Indicatore	Verifica del rispetto dei tetti programmati da parte di AIFA della spesa per la farmaceutica convenzionata			% su FSR
Modalità di calcolo indicatore	Numeratore	DCR anno di valutazione - Payback 1,83%	138.917.275 € - 2.966.177 €	6,81%
(secondo algoritmo proposto da Regione Lazio)	Denominatore	FSR indistinto anno di valutazione 2022	1.995.646.518 €	

Rispetto del tetto di spesa per la farmaceutica convenzionata 2023				
Descrizione Indicatore	Verifica del rispetto dei tetti programmati da parte di AIFA della spesa per la farmaceutica convenzionata			% su FSR
Modalità di calcolo indicatore	Numeratore	DCR anno di valutazione - Payback 1,83%	139.718.454 € - 2.965.316 €	6,83%
(secondo algoritmo proposto da Regione Lazio)	Denominatore	FSR indistinto anno di valutazione 2023	2.003.674.913	

Pertanto nella ASL Roma 1 nel 2022 e 2023 è stato rispettato il tetto di spesa per la Farmaceutica Convenzionata del 7%.

Per quanto riguarda la **Spesa Farmaceutica per acquisti diretti**, si riportano le seguenti tabelle:

Rispetto del tetto di spesa per la farmaceutica per acquisti diretti 2022			
			% su FSR (N/D)
Numeratore	Spesa acquisti diretti detratto il payback per il superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera	110.491.007	5,54%
Denominatore	FSR indistinto anno di valutazione 2022	1.995.646.518	



Rispetto del tetto di spesa per la farmaceutica per acquisti diretti 2023			
			% su FSR (N/D)
Numeratore	Spesa acquisti diretti detratto il payback per il superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera	124.246.870	6,20%
Denominatore	FSR indistinto anno di valutazione 2023	2.003.674.913	

Pertanto nella ASL Roma 1 nel 2022 e 2023 è stato rispettato il tetto di spesa per la Farmaceutica per acquisti diretti del 7,5% del FSR.

16) Tetto di spesa per dispositivi medici

Fornire un prospetto dimostrativo della conformazione ai limiti di spesa previsti dall'art. art. 15, comma 13, lettera f), del D.L. n. 95/2012 e art. 9-ter, comma 1, lett. b, del D.L. n. 78/2015, esercizi 2022 e 2023. Motivare eventuali sforamenti.

Con riferimento alla spesa per dispositivi medici, si propongono le seguenti tabelle riferite rispettivamente agli esercizi 2022 e 2023:

Rispetto del tetto dispositivi medici 2022			
			% su FSR (N/D)
Numeratore	Spesa acquisti per dispositivi medici detratto payback	50.270.001	2,52%
Denominatore	FSR indistinto anno di valutazione 2022	1.995.646.518	

Rispetto del tetto dispositivi medici 2023			
			% su FSR (N/D)
Numeratore	Spesa acquisti per dispositivi medici detratto payback	54.290.571	2,71%
Denominatore	FSR indistinto anno di valutazione 2023	2.003.674.913	



Si desume, pertanto, che nella ASL Roma 1 sia nel 2022 che nel 2023 è stato rispettato il tetto di spesa per i dispositivi medici del 4,4% FSR.

17) Spesa del personale

Si chiede la trasmissione di un dettagliato prospetto dimostrativo della conformazione, al 31.12.2023, della spesa di personale:

- al tetto di spesa previsto dall'art. 11, del d.l. n. 35/2019 e s.m.i.
- al tetto di spesa previsto dall'art. 9, comma 28, del d.l. n. 78/2010

Motivare eventuali sforamenti.

La compilazione del Questionario Corte dei Conti Bilancio 2023 (pag.11) evidenzia la spesa del personale per l'anno 2023 rispetto al valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, in base a quanto disposto dall'art. 11 del D.L. n. 35/2019.

La spesa complessiva, pari ad € 371.832.875,34 risulta rispettoso del Budget assegnato dalla Regione per l'anno 2023 in linea con il PTF e nel limite di cui all'art.2, comma 71 della Legge 191/2009.

Dalla pag. 12 del Questionario Corte dei Conti 2023, si evidenzia, inoltre, la spesa sostenuta nell'anno 2023 per il personale con contratto a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, per un importo pari ad € 20.951.693,00 e la relativa incidenza sull'anno 2009, in base a quanto previsto dall'art. 9, comma 28 del D.L. n. 78/2010.

Si riporta di seguito un dettagliato prospetto dimostrativo della conformazione, al 31.12.2023, della spesa di personale:

1. Tetto di spesa previsto dall'art.11, del d.l. n. 35/2019

a. Spesa personale 2023 pari ad € 371.832.875 determinata da:

- Costo del personale anno 2023 € 344.957.636
- IRAP anno 2023 € 24.221.416,89
- Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e sociosanitarie anno 2023 — CE 502011505 - € 2.469.747
- Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato anno 2023 — CE 502020204 — € 184.075

2. Tetto di spesa previsto dall'art. 9, comma 28 del d.l. n. 78/2010

a. Personale dipendente a tempo indeterminato pari ad € 350.880.453 determinata da:

- Costo del personale a tempo indeterminato anno 2023 - € 327.815.823
- IRAP personale a tempo indeterminato anno 2023 - € 23.064.629

b. Personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di



collaborazione coordinata e continuativa pari ad € 20.951.693 determinata da:

- Costo del personale a tempo determinato anno 2023 - € 17.141.812
- IRAP personale a tempo determinato anno 2023 - € 1.156.788
- Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e sociosanitarie
anno 2023 — CE 502011505 - € 2.469.747
- Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato
anno 2023 — CE 502020204 — € 184.075

c. Personale comandato (Costo del personale in comando meno rimborso del personale comandato come voci del conto economico: B.2.A.15.4, B.2.B.2.4 - A.5.B.1, A.5.C.1, A.S.D. 1) pari ad C 860.672 determinata da:

- Costo del personale in comando — € 904.661
- Rimborso del personale comandato — € 43.989

Si allegano le pagg.11 e 12 del Questionario Corte dei Conti 2023 (**ALLEGATI 21 e 22**)

18) Valutazione delle rimanenze:

Illustrare le modalità utilizzate per la valutazione e valorizzazione, in sede di consuntivo 2023, delle rimanenze di farmaci di prossima scadenza (prevista nell'esercizio successivo a quello rendicontato) e di farmaci per i quali scadrà il brevetto nell'esercizio successivo a quello da rendicontare.

Fornire uno o più esempi pratici relativi a farmaci dall'elevato costo di acquisto (ad es. innovativi antivirali, ecc.)

In relazione alla Valutazione e Valorizzazione delle rimanenze, le modalità utilizzate in Farmacia sono:

1. Rilevazione fisica delle giacenze in magazzino a fine anno;
2. Valorizzazione dei costi, calcolati secondo il valore di costo medio ponderato, sul gestionale contabile-amministrativo CH4;
3. Controllo della scadenza dei prodotti in giacenza con individuazione di quelli in scadenza nell'anno successivo
4. Adozione delle misure di logistica di magazzino idonee all'utilizzo prioritario dei prodotti a scadenza più vicina
5. Invio al Bilancio dell'elenco delle giacenze rilevate, debitamente firmato.

Le operazioni sopra menzionate sono indicate nella Deliberazione D.G. n.87 del 25.01.2018 avente ad oggetto: "Approvazione Manuale delle Procedure Amministrativo Contabili: Ciclo Rimanenze ai sensi del DCA 311/2016".



Per quanto riguarda i farmaci in scadenza brevettuale, dato che l'Azienda acquista attraverso Gare Regionali Centralizzate, è la Regione Lazio che monitora questa categoria di farmaci ed adotta gli atti necessari all'acquisto. La nostra Azienda recepisce le Gare Regionali e quindi utilizza i farmaci (con brevetto scaduto) derivanti da questa contrattazione.

Nella gestione dei farmaci ad alto costo ad esempio innovativi onco-ematologici, l'acquisto viene effettuato in base al numero di pazienti trattati e secondo la normativa vigente (Registro Aifa e Piano Terapeutico). Le richieste sono nominative per paziente, con una cadenza mensile, in maniera di avere in giacenza il fabbisogno limitato alle terapie da effettuare.

19) Pignoramenti dei conti correnti intestati ad Asl Roma 1.

- *fornire prospetto dimostrativo al 31.12.2023 idoneo a indicare il conto corrente pignorato, il suo saldo complessivo al 31.12.2023 e l'eventuale quota pignorata.*

Gli importi giacenti sui c/c postali della ex ASL Roma E e della ex ASL Roma A risultano interamente pignorati e si fornisce il relativo dettaglio (**ALLEGATO 23**).

L'elenco analitico delle prenotazioni sui c/c bancari aziendali, pari ad € 41.660.973, è fornito dall'Istituto Tesoriere Banca di Credito Cooperativo di Roma, unitamente alla verifica di cassa al 31.12.2023, allegati anche alla nota integrativa. (**ALLEGATO 24**). In merito alle predette prenotazioni, la Asl Roma 1 ha concordato con il sopra menzionato Istituto Tesoriere le modalità più efficaci per ottenere, nel più breve tempo possibile, lo svincolo delle somme relative alle procedure esecutive già estinte.

In particolare è stata trasmessa dall'Azienda lettera di manleva, propedeutica allo svincolo delle posizioni più datate ed ereditate dagli ex tesorieri aziendali (ex ASL Roma A, ex ACO S. Filippo Neri, ex ASL Roma E) e sicuramente riferibili ai pignoramenti presso terzi notificati alla CARISBO precedentemente al 1999 e ad Unicredit S.p.A. precedentemente al 2009, per un valore complessivo pari ad € 9.489.911.

19.1 Pignoramenti di crediti di ASL ROMA 1:

- fornire prospetto dimostrativo al 31.12.2023 dell'eventuale esistenza di questa tipologia di pignoramenti.*

Si riporta di seguito elenco dei pignoramenti ancora in essere al 31.12.2023 sui crediti vantati dall'Azienda nei confronti di Roma Capitale.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ELENCO PIGNORAMENTI ANNO 2023 - ROMA CAPITALE

Fascicolo Roma Capitale	ASL PIGNORATA	SOGGETTO	D.l./Sent.	Ordinanza di assegnazione	Avvocato	NUOVO Importo	STATO
237652	ex ASL RM A	CROSS SNA	10061/08	RGE 23423/09 su Poste Italiane	Antonio Borraccini	€ 1.082	VINCOLATO
265714	ex ASL RM E	COLOPLAST SPA	6698/09	RGE 25913/09 INRCA	Antonio Borraccini	€ 84.900	VINCOLATO
322407	ex ASL RM A	VILLA ALBA	ATTO DI CITAZIONE RG 5328/2012	Sentenza favorevole corte d'appello n. 2158/14	Alessia e Paolo Melchiorri	€ 10.461	VINCOLATO
336325	ex ASL RM E	USI SPA	ent. 18432/1	RGE 9204/14 e RGE 9206/14	Carlo De Porcellini	€ 2.362.585	VINCOLATO
TOTALE VINCOLATO						€ 2.459.028	

20) Partecipazioni societarie

Si rileva la partecipazione, ancorché di minima entità, di ASL RM 1 in società di capitali che non sembrano svolgere attività inerenti con le finalità istituzionali dell'Azienda sanitaria. Si evidenzia, in proposito, una partecipazione in impresa bancaria, di dubbia conformità con i criteri previsti dal d.lgs. n. 175/2016. Si chiedono chiarimenti in proposito.

La partecipazione in questione, che consiste in n. 1 azione nella Banca di Credito Cooperativo del valore nominale di € 10,33, risulta acquisita dalla ex ASL Roma A e, a seguito della fusione, è presente nel patrimonio della ASL Roma 1.





ELENCO ALLEGATI:

- Allegato 1:** D.G.R. n. 532/2024 _ Approvazione Bilanci 2022;
- Allegato 2:** D.G.R. n. 776/2024 _ Approvazione Bilanci 2023;
- Allegato 3:** D.G.R. n. 868/2023_Revisione del processo di rendicontazione e fatturazione delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSR dalle strutture private accreditate;
- Allegato 4:** Verbali riunioni Collegio Sindacale;
- Allegato 5:** Elenco strutture private accreditate;
- Allegato 6:** Posti letto presidi a gestione diretta e strutture private;
- Allegato 7:** All.4_ASL RM1_Elenco degli impegni alla ASL RM1 2022-2023;
- Allegato 8:** All.5_ASL RM1_Elenco dei pagamenti 2022-2023 effettuati da Regione a LazioCrea spa;
- Allegato 9:** All.6_ASL RM1_Elenco dei trasferimenti regionali 2022-2023 alla ASL RM1;
- Allegato 10:** Deliberazione C.S. n. 810/2024 "Risultanze attività di ricognizione straordinaria ex Determina G10720/2023 – Attività straordinaria di revisione dello SP per la corretta determinazione del Fondo di Dotazione";
- Allegato 11:** Processi passivi pendenti al 31.12.2023;
- Allegato 12:** Prospetto rispetto limite di spesa relativo alla remunerazione delle funzioni non tariffate;
- Allegato 13:** Deliberazione D.G. n. 1154/2021 – Regolamento ALPI;
- Allegato 14:** Prospetto informazioni su dirigenza sanitaria che svolge prestazioni in regime intramurario – anno 2021;
- Allegato 15:** Prospetto informazioni su dirigenza sanitaria che svolge prestazioni in regime intramurario – anno 2022;
- Allegato 16:** Prospetto informazioni su dirigenza sanitaria che svolge prestazioni in regime intramurario – anno 2023;
- Allegato 17:** Andamento temporale indicatore tempi di attesa;
- Allegato 18:** Prospetto contratti attivi Service e DM;
- Allegato 19:** Prospetto contratti attivi Servizi;
- Allegato 20:** Prospetto proroghe attive ;

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



Allegato 21: Pag. 11 questionario CDC anno 2023;

Allegato 22: Pag. 12 questionario CDC anno 2023;

Allegato 23: Pignoramenti presso terzi – Poste Italiane;

Allegato 24: Pignoramenti presso terzi – Banca di Credito Cooperativo.

