



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER LA TOSCANA

composta dai magistrati:

Cristina Zuccheretti	Presidente
Nicola Bontempo	Consigliere
Francesco Belsanti	Consigliere
Vincenzo Del Regno	Consigliere
Paolo Bertozzi	Primo Referendario (relatore)
Fabio Alpini	Referendario

nell'adunanza pubblica del 20 giugno 2019

visto l'art. 100, comma 2, della Costituzione;

visto il testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, approvato con il regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214;

vista la legge 14 gennaio 1994, n. 20;

vista la deliberazione delle Sezioni riunite della Corte dei conti in sede deliberante n. 14 del 16 giugno 2000, che ha approvato il regolamento per l'organizzazione delle funzioni di controllo;

visto l'art. 1, comma 170, la legge 23 dicembre 2005, n. 266;

visto l'art. 3, commi 3 e 7, del decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174, convertito dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213;

vista la legge regionale 28 dicembre 2015, n. 84, concernente il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale;

vista la deliberazione della Sezione delle Autonomie della Corte dei conti n. 18/2017/INPR, con cui sono state approvate le linee guida per la relazione dei Collegi sindacali degli enti del Servizio sanitario nazionale sul bilancio di esercizio 2016;

vista la relazione sul bilancio di esercizio 2016 dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer trasmessa dal Collegio sindacale;
vista la relazione di deferimento del Magistrato istruttore;
esaminate le controdeduzioni trasmesse dalla Regione e dall'Azienda;
udito il relatore, dott. Paolo Bertozzi.

PREMESSO IN FATTO

Dall'esame della relazione-questionario sul bilancio di esercizio 2016 trasmessa dal Collegio sindacale della **Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer** ai sensi dell'art. 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 e dalla documentazione successivamente acquisita in sede istruttoria sono emerse criticità attinenti alla gestione economica e finanziaria dell'ente e al conseguimento degli obiettivi di riduzione della spesa pubblica che coinvolgono anche la Regione per le funzioni istituzionali ad essa spettanti sul Servizio sanitario regionale.

Il Magistrato istruttore ha ritenuto di sottoporre la situazione dell'Azienda, come emersa dall'istruttoria, alla valutazione collegiale della Sezione, convocata allo scopo nell'adunanza pubblica del 20 giugno 2019.

La Regione, con la nota n. 228145 del 5 giugno 2019, ha trasmesso alcune considerazioni e osservazioni su quanto rilevato dalla Sezione.

L'Azienda, con la nota n. 4784 del 6 giugno 2019, ha fatto pervenire una memoria con la quale, nel condividere i contenuti della nota della Regione sopra citata, ha fornito ulteriori precisazioni su alcuni rilievi contestati.

Sono intervenuti in adunanza, in rappresentanza dell'Azienda il dott. Tito Berti, Direttore amministrativo e il dott. Francesco Taiti, Responsabile Servizio Risorse Economiche e Finanziarie e, in rappresentanza dell'amministrazione regionale, il dott. Moraldo Neri, Dirigente del Settore Contabilità, controllo e investimenti della Direzione Generale Diritti cittadinanza e coesione sociale.

CONSIDERATO IN FATTO E IN DIRITTO

I) Il controllo delle Sezioni regionali della Corte dei conti sugli enti del SSR.

L'art. 1, commi 166 e seguenti, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, ha previsto che le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti, *"ai fini della tutela dell'unità economica della Repubblica e del coordinamento della finanza pubblica"*, svolgano verifiche ed accertamenti sulla gestione finanziaria degli enti locali e degli enti del Servizio sanitario

nazionale, esaminando, per il tramite delle relazioni trasmesse dagli organi di revisione economico-finanziaria, i relativi bilanci.

La magistratura contabile ha sviluppato tali verifiche in linea con le previsioni contenute nell'art. 7, comma 7, della legge 5 giugno 2003, n. 131, quale controllo ascrivibile alla categoria del riesame di legalità e regolarità, che ha la caratteristica di essere finalizzato all'adozione di effettive misure correttive da parte degli enti interessati.

L'art 1, comma 3, del decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174, convertito dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213, ha integrato la predetta disciplina, disponendo che *“le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti esaminano i bilanci preventivi e i rendiconti consuntivi delle regioni e degli enti che compongono il Servizio sanitario nazionale, con le modalità e secondo le procedure di cui all' articolo 1, commi 166 e seguenti, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, per la verifica del rispetto degli obiettivi annuali posti dal Patto di stabilità interno, dell'osservanza del vincolo previsto in materia di indebitamento dall'articolo 119, sesto comma, della Costituzione, della sostenibilità dell'indebitamento e dell'assenza di irregolarità suscettibili di pregiudicare, anche in prospettiva, gli equilibri economico-finanziari degli enti. I bilanci preventivi annuali e pluriennali e i rendiconti delle regioni con i relativi allegati sono trasmessi alle competenti Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti dai Presidenti delle regioni con propria relazione”*.

In base al successivo comma 7, qualora le Sezioni regionali della Corte accertino *“squilibri economico-finanziari, mancata copertura di spese, violazione di norme finalizzate a garantire la regolarità della gestione finanziaria o mancato rispetto degli obiettivi posti con il Patto di stabilità interno”*, consegue l'obbligo per le amministrazioni interessate *“di adottare, entro sessanta giorni dalla comunicazione del deposito della pronuncia di accertamento, i provvedimenti idonei a rimuovere le irregolarità e a ripristinare gli equilibri di bilancio. Tali provvedimenti sono trasmessi alle Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti che li verificano nel termine di trenta giorni dal ricevimento”*. Nel caso in cui la Regione *“non provveda alla trasmissione dei suddetti provvedimenti o la verifica delle Sezioni regionali di controllo dia esito negativo, è preclusa l'attuazione dei programmi di spesa per i quali è stata accertata la mancata copertura o l'insussistenza della relativa sostenibilità finanziaria”*, precetto normativo che, alla luce della sentenza della Corte costituzionale n. 39/2014,

va limitato ai programmi di spesa presenti nei soli bilanci delle aziende sanitarie e ospedaliere.

Come ribadito dalla Sezione delle autonomie di questa Corte, al di fuori delle condizioni indicate nella norma in questione (da ritenere di stretta interpretazione, non applicabile né in via analogica, né in via estensiva), e cioè mancata copertura di programmi di spesa o insussistenza della relativa sostenibilità finanziaria, resta operante il criterio del “controllo collaborativo” sancito dall’art. 7, comma 7 della legge 5 giugno 2003, n. 131 e confortato da una consolidata giurisprudenza costituzionale” (Corte dei conti, Sezione delle autonomie, deliberazione n. 15/2012/INPR).

Le leggi n. 266/2015 e n. 213/2012, come ha precisato la Corte Costituzionale (per tutte, sentenze n. 60/2013 e n. 40/2014), hanno istituito tipologie di controllo, estese alla generalità degli enti locali e del Servizio sanitario nazionale, funzionali a prevenire rischi per gli equilibri di bilancio.

Tali controlli si collocano su un piano distinto rispetto a quelli sulla gestione amministrativa, aventi fonte nell’art. 3 della legge 14 gennaio 1994, n. 20, soprattutto in relazione agli esiti, e sono stati ritenuti compatibili con l’autonomia costituzionalmente riconosciuta a regioni, province e comuni, in forza del supremo interesse alla legalità finanziaria e alla tutela dell’unità economica della Repubblica perseguito in riferimento agli artt. 81, 119 e 120 della Costituzione.

Alla Corte dei conti è, infatti, attribuito il vaglio sull’equilibrio economico-finanziario del complesso delle amministrazioni pubbliche a tutela dell’unità economica della Repubblica (artt. 81, 119 e 120 Cost.).

Tali prerogative assumono maggior rilievo nel quadro delineato dall’art. 2, comma 1, della legge costituzionale 20 aprile 2012, n. 1, che, nel comma premesso all’art. 97 della Costituzione, nonché nel riformulato art. 119, richiama il complesso delle pubbliche amministrazioni, in coerenza con l’ordinamento dell’Unione europea, ad assicurare l’equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico.

II) Irregolarità riscontrate.

1. APPROVAZIONE DEL BILANCIO.

Ritardata adozione del bilancio di esercizio da parte dell’Azienda e ritardata approvazione dello stesso da parte della Giunta regionale.

1.1. Il bilancio di esercizio 2016 dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer è stato adottato con deliberazione del Direttore generale n. 384 del 7 settembre 2017 e approvato dalla Regione con deliberazione di giunta n. 515 del 17 maggio 2018, intervenute entrambe oltre i termini stabiliti dalla legge.

1.2. La Regione, nella nota trasmessa per l'adunanza, ha riferito che il ritardo nell'adozione e nella successiva approvazione dei bilanci di esercizio delle aziende deve ritenersi essenzialmente imputabile agli effetti del "riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale", avviato con la legge regionale 28 dicembre 2015, n. 84 che ha portato alla costituzione di 3 aziende sanitarie in luogo delle 12 preesistenti sul territorio.

L'accorpamento di più strutture ha richiesto infatti l'"omogeneizzazione" dei diversi sistemi informatici di gestione amministrativa e contabile precedentemente in uso con la conseguente necessità di interventi di implementazione e adeguamento di lunga durata che hanno inciso negativamente sui tempi di redazione dei bilanci, non solo delle aziende sanitarie direttamente coinvolte nel processo di riordino, ma anche delle aziende ospedaliere per l'effettuazione delle ordinarie riconciliazioni contabili.

Il ritardo rilevato, sempre secondo quanto comunicato dalla Regione, ha risentito inoltre dell'attività di revisione e certificazione dei bilanci delle singole aziende da parte di società specializzate, le cui operazioni, dirette ad assicurare l'affidabilità dei dati contabili, hanno determinato un ulteriore prolungamento dei tempi di approvazione.

L'Azienda, nella memoria trasmessa, ha precisato che le comunicazioni regionali indispensabili per chiusura dei bilanci, già riportate nella relazione del Direttore generale (quali quelle relative agli importi per le compensazioni della mobilità sanitaria, e per l'assegnazione conclusiva di risorse del Fondo sanitario regionale) sono prevenute successivamente alla data prevista dalla norma per l'adozione del bilancio d'esercizio e che queste richiedevano, del resto, l'adozione dello stesso da parte delle aziende entro il mese di settembre 2017.

1.3. La Sezione, preso atto di quanto riferito, accerta la tardiva adozione e la conseguente tardiva approvazione del bilancio di esercizio dell'Azienda, in violazione dei termini stabiliti dalla legge.

Il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 prevede che il bilancio di esercizio degli enti del servizio sanitario sia adottato entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di

riferimento dal direttore generale (art. 31, comma 1) e che la giunta regionale lo approvi entro il successivo 31 maggio (art. 32, comma 7).

La legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 *“Disciplina del servizio sanitario regionale”* stabilisce, allo stesso modo, che entro il 15 aprile di ogni anno, i direttori generali delle aziende sanitarie adottano il bilancio di esercizio e lo trasmettono, con allegata la relazione del collegio sindacale, entro il 30 aprile, alla Giunta regionale che lo approva entro il 31 maggio (art. 123, comma 3).

Si tratta di termini diretti a consentire che i risultati contabili della gestione siano certificati e resi conoscibili in tempi utili a garantire le finalità informative del bilancio. La tardiva approvazione, specie se intervenuta, come in questo caso, oltre un anno dopo la scadenza del termine fissato dalla legge, costituisce pertanto un grave irregolarità che, come più volte affermato dalla giurisprudenza contabile, compromette la funzione del bilancio di esercizio, non solo rispetto agli obblighi di rendicontazione ai fini dei controlli interni ed esterni, ma anche agli effetti della successiva attività di programmazione e di gestione del sistema sanitario, sia a livello aziendale sia a livello regionale, la quale non può avvalersi dei risultati economici e patrimoniali dell'esercizio già concluso (Corte dei conti, Sezione regionale di controllo per il Piemonte, deliberazione n. 123/2017/PRSS).

Il mancato rispetto dei termini di adozione e di approvazione del bilancio, del resto, deve ritenersi imputabile, secondo quanto riferito in sede di controdeduzioni, a problematiche che denunciano evidenti carenze di carattere organizzativo, quali il mancato riallineamento dei sistemi e delle procedure contabili, che avrebbe dovuto costituire una priorità nel processo di accorpamento delle aziende sanitarie, e che, viceversa, non risulta ancora completato a distanza di 3 anni dall'avvio della riforma.

Tali disfunzioni si riflettono, del resto, sulla gestione contabile dell'intero Servizio sanitario regionale (SSR), incidendo negativamente, oltre che sui tempi di approvazione dei bilanci dei singoli enti, anche sulla definizione dei rapporti finanziari con la Regione. Si deve considerare infatti che la Regione, con una prassi ormai consolidata nel tempo di cui si dirà oltre, provvede alla ripartizione definitiva del Fondo sanitario regionale (FSR) tra le aziende e gli altri enti del SSR sulla base delle esigenze di finanziamento che emergono dai dati contabili a chiusura dell'esercizio.

Si determina pertanto una situazione per cui, da un lato, la Regione è costretta ad attendere la predisposizione dei bilanci da parte di tutti gli enti per procedere alla ripartizione definitiva del FSR, scontando i ritardi causati dalle problematiche organizzative sopra illustrate, e, dall'altro, gli stessi enti devono attendere l'assegnazione della quota del FSR da parte della Regione per poter adottare definitivamente i bilanci.

Laddove questa assegnazione avvenga, come nel caso di specie, quasi a ridosso della chiusura dell'esercizio successivo a quello di competenza si determina un inevitabile disallineamento tra il bilancio regionale e quello della singola azienda in ordine ai reciproci rapporti finanziari e patrimoniali, su cui incide anche la particolare procedura contabile adottata dalla Regione, consistente nell'assunzione di impegni "generici" verso gli stessi enti del SSR, senza l'individuazione delle specifico beneficiario sino al momento dell'assegnazione definitiva o della erogazione del FSR.

Si tratta, in ogni caso, di una situazione che, come affermato in precedenza, compromette le fondamentali funzioni del bilancio, dilatandone i tempi di approvazione oltre la misura tollerabile e che, pertanto, deve essere rimossa attraverso l'adozione di opportuni interventi di organizzazione e di programmazione sia da parte dell'Azienda che da parte della Regione per le rispettive competenze.

2. VERIFICA DEI PROSPETTI SIOPE.

Mancata corrispondenza tra le voci del CE e i prospetti SIOPE.

2.1. Dall'esame dei dati di bilancio di esercizio 2016 dell'Azienda è emerso che diverse voci del Conto Economico non trovano corrispondenza nei prospetti SIOPE sui flussi di cassa per valori che non appaiono giustificabili in ragione della diversa modalità di rilevazione (economica/finanziaria) dei fenomeni o della diversa aggregazione dei dati. La criticità è stata riscontrata, in particolare, per le voci A4D "ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia" e A6 "compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)", che presentano valori notevolmente diversi dai corrispondenti conti SIOPE n. 1100 e n. 1600, di entità tali da escludere che possa trattarsi di divaricazioni temporali tra valori di competenza e di cassa.

2.2. La Regione ha riferito al riguardo che le peculiarità della contabilità economico patrimoniale, fondata sulla rilevazione dei fatti e degli atti economici, e la tecnica alla

base della stessa, non permettono una perfetta tracciatura delle operazioni gestionali e contabili tramite i codici SIOPE, ispirati ad una logica finanziaria.

La differenza non è solo collegabile ad un diverso modo di intendere la “competenza”, vale a dire “economica” per la contabilità delle aziende Sanitarie e “finanziaria” nel linguaggio dei codici SIOPE, ma anche ad operazioni che vengono non di rado effettuate per conferire una rappresentazione corretta e veritiera al bilancio (per esempio giroconti per riclassificazioni di costi e ricavi effettuati in momenti successivi a quelli nei quali le scritture contabili hanno rilevato alcuni fatti gestionali), che non si traducono in operazioni finanziarie (reversali d’incasso e mandati di pagamento) o non modificano le operazioni finanziarie già effettuate, mancando, di conseguenza, di tracciatura SIOPE.

L’Azienda, con la memoria trasmessa, ha fornito chiarimenti sulle discordanze rilevate tra i dati di bilancio relativi ai ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia” e “compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)” e dati SIOPE sulle riscossioni, imputate essenzialmente al fisiologico scostamento tra competenza economica e la relativa manifestazione numeraria, in un ambito in cui i pagamenti spesso sono effettuati successivamente all’erogazione della prestazione. E’ stato riferito inoltre che l’Azienda, sulla base delle segnalazioni della Corte, ha provveduto a modificare le modalità di rappresentazione delle entrate attraverso i codici SIOPE, per le voci in questione, già a partire dalla fine dell’esercizio 2018, con effetti che saranno riscontrabili a partire dall’esercizio 2019.

2.3. La Sezione rileva la mancata corrispondenza dei tra le voci del CE e i prospetti SIOPE per i codici sopra indicati.

A partire dall’esercizio 2010 anche gli enti del SSN, come richiesto dall’art. 77-quater del decreto-legge n. 112/2008, sono tenuti ad allegare al bilancio d’esercizio i prospetti dei movimenti di cassa registrati dal sistema SIOPE (Sistema Informativo delle Operazioni degli Enti pubblici, previsto dall’art. 28 della legge 27 dicembre 2002, n. 289), unitamente ad una relazione esplicativa delle cause che hanno determinato eventuali discordanze tra i prospetti stessi e le scritture contabili dell’ente.

La corrispondenza tra i dati SIOPE e le scritture contabili del bilancio, al di là delle differenze riguardanti la classificazione economica dei dati, costituisce un importante indice della corretta rilevazione dei fatti gestionali, presupposto indispensabile per il

coordinamento della finanza pubblica, così come previsto dalla legge 31 dicembre 2009, n. 196.

La Sezione prende atto delle iniziative adottate dall'Azienda per coordinare le modalità di rilevazione dei dati tra voci del CE e codici SIOPE, riservandosi di verificarne l'esito nei successivi controlli ad essa demandati.

3. CONTRATTI PER LA FORNITURA DI BENI E SERVIZI.

Mancato conseguimento dell'obiettivo di riduzione del valore dei contratti per la fornitura di beni e servizi richiesto dalla legge.

3. 1. L'Azienda, secondo quanto risulta dall'esame dei dati contabili acquisiti dalla Sezione, non ha conseguito l'obiettivo di riduzione del valore dei contratti per la fornitura di beni e servizi in misura pari al 10 per cento, per l'anno 2016 rispetto al 2011 richiesto dall'art. 15, comma 13, lettera a), decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

La spesa complessiva sostenuta nel 2016 in dipendenza di contratti di fornitura, nel quadro delle dinamiche gestionali e finanziarie illustrate nella risposta fornita in sede istruttoria, è stata di euro 30.087.622, con un incremento del 7,67 per cento rispetto a quella sostenute dalle singole aziende nel 2011.

L'Azienda non ha, parimenti, conseguito l'obiettivo posto dall'art. 9-ter, comma 1, lett. a) del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2015, n. 125 diretto a conseguire una riduzione annua del 5 per cento del valore dei contratti di fornitura di beni e servizi a seguito della rinegoziazione proposta ai fornitori.

Dal raffronto tra la spesa sostenuta nel 2015 (euro 20.353.171) e nel 2016 (euro 22.006.661) emerge un incremento del 8,12 per cento.

3.2. La Regione ha comunicato al riguardo di aver superato le verifiche del Tavolo degli adempimenti regionali costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze per l'anno 2016 in relazione all'adempimento "Stabilità ed equilibrio di gestione del Servizio Sanitario Regionale" con la conseguenza di essere considerata in equilibrio in forza di tutte le azioni intraprese per il raggiungimento dello stesso.

L'Azienda, nella memoria trasmessa, ha rappresentato che lo sviluppo delle attività aziendali, anche a seguito dell'approvazione del nuovo statuto alla fine del 2015 ha

comportato una spesa che non ha consentito il conseguimento degli obiettivi di riduzione del valore dei contratti per la fornitura di beni e servizi anche se nel corso dell'anno sono stati messi costantemente in atto azioni di efficientamento e appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi impiegati.

3.3. La Sezione rileva il mancato conseguimento da parte dell'Azienda dell'obiettivo di riduzione del valore dei contratti per la fornitura di beni e servizi richiesto dalla legge, come emerge dai dati di bilancio sopra riferiti.

L'art. 15, comma 13, lett. a), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, al fine di contenere le spese per acquisto di beni e servizi, aveva disposto che gli importi e le connesse prestazioni relative a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni (con esclusione degli acquisti dei farmaci), stipulati da enti del Servizio sanitario nazionale, fossero ridotti del 10 per cento a decorrere dal 1° gennaio 2013 e per tutta la durata dei contratti.

Tuttavia, al fine di salvaguardare i livelli essenziali di assistenza, le regioni potevano conseguire il predetto obiettivo economico-finanziario adottando misure alternative, purché tali da assicurare l'equilibrio del bilancio sanitario (misurato dal consolidato regionale di cui all'art. 32 del d.lgs. 118/2011).

In maniera similare, l'art. 9-ter del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, fermi restando i limiti finanziari prescritti dall'art. 15, comma 13, del decreto legge 95/2012, ha imposto agli enti del SSN, per predeterminate tipologie di beni e servizi, di proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti, con l'obiettivo di ridurre i prezzi unitari e/o i volumi di acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti (e senza modifica della relativa durata), del 5 per cento su base annua del valore complessivo dei contratti in essere.

In ipotesi di mancato accordo, entro trenta giorni dalla trasmissione della proposta, la norma prevede che gli enti del SSN abbiano diritto di recedere dal contratto (senza alcun onere, in deroga all'articolo 1671 del codice civile).

Viene anche fatta salva la parallela facoltà di recesso da parte del fornitore privato (sempre senza alcuna penalità).

La Corte costituzionale, con la sentenza n. 169/2017, ha confermato la possibilità per le regioni di realizzare i risparmi prescritti anche dall'art. 9-ter, attraverso misure alternative.

La stabilità del sistema sanitario regionale attestata dal Tavolo tecnico, secondo quanto riferito dalla Regione in sede di controdeduzioni, non esime la Sezione dal rilevare specifiche violazioni di norme di coordinamento della finanza pubblica da parte di singoli enti del SSR, pur riconoscendo che la possibilità per l'azienda di provvedere alle richieste riduzioni di spesa risulta fortemente limitata a seguito dell'accentramento delle procedure di acquisto presso ESTAR che agisce in qualità di centrale unica d'acquisto per l'intero SSR.

4. ACQUISTO DI DISPOSITIVI MEDICI.

Superamento del limite di spesa per l'acquisto di dispositivi medici fissato dalla legge per la Regione.

Superamento del limite di spesa per l'acquisto di dispositivi medici stabilito dalla Regione per l'Azienda.

4. 1. La Regione Toscana, nell'esercizio 2016, ha superato il limite di spesa del 4,4 per cento del Fondo sanitario nazionale, previsto dall'art. 15, comma 13, lett. f) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito in l. 7 agosto 2012, n. 135 per l'acquisto di dispositivi medici.

L'Azienda non ha rispettato il limite stabilito con la deliberazione di giunta n. 208 del 16 marzo 2016 (allegato 6) fissato in euro 10.259.832.

La spesa sostenuta nel 2016 per l'acquisto di dispositivi medici è stata di euro 10.718.994,28 (+4,48%).

4. 2. La Regione ha riferito al riguardo che il riferimento alla percentuale di FSR a cui dovrebbe essere commisurato l'acquisto dei dispositivi medici, è da considerarsi molto ambizioso rispetto alle attività svolte ed ai servizi erogati, in generale, dal SSN, soprattutto alla luce del fatto che negli ultimi anni sono stati immessi nel mercato nuovi dispositivi medici, aventi notevole efficacia terapeutica, ma anche costi elevati, tanto è vero che solo un limitatissimo numero di regioni riesce conseguire il rispetto di questo limite.

E' stato altresì evidenziato che il confronto con il limite stabilito dalle norme vigenti, si declina in modo diverso tra i vari servizi sanitari regionali, facendo apparire più virtuosa la situazione delle regioni che ricorrono in misura maggiore ad erogatori privati di servizi sanitari, accreditati e convenzionati la cui utilizzazione di dispositivi medici non è monitorata da AIFA.

La Regione Toscana, che ricorre in misura minima ai soggetti privati convenzionati ed eroga la quasi totalità dei servizi sanitari direttamente attraverso le aziende sanitarie pubbliche, viene quindi penalizzata da questa modalità di rilevazione dei consumi.

E' stato infine ribadito che la Regione ha superato le verifiche del Tavolo degli adempimenti per l'anno 2016 in relazione all'adempimento "Stabilità ed equilibrio di gestione del Servizio Sanitario Regionale".

L'Azienda, nella memoria trasmessa, ha rappresentato che lo sviluppo delle attività aziendale, anche a seguito dell'approvazione del nuovo statuto alla fine del 2015 ha comportato una spesa che non ha consentito il conseguimento degli obiettivi di riduzione del valore dei costi per l'acquisto di dispositivi medici anche se nel corso dell'anno sono stati messi costantemente in atto azioni di efficientamento e appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi impiegati.

4.3. La Sezione, preso atto di quanto dedotto, accerta il superamento del limite di spesa per l'acquisto di dispositivi medici fissato dalla legge per la Regione e il superamento del medesimo limite di spesa stabilito dalla Regione per l'Azienda come emerge dai dati di bilancio sopra riferiti.

L'art. 17, comma 1, lett. c), del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, stabiliva che a decorrere dal 2013, la spesa sostenuta dal SSN per l'acquisto di dispositivi medici, tenuto conto dei dati riportati nei modelli di conto economico (CE), di cui al DM Salute 15 giugno 2012, compresa la spesa relativa all'assistenza protesica, dovesse essere contenuta entro un limite, articolato a livello nazionale e di singola regione.

L'art. 15, comma 13, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ha determinato, a decorrere dal 2014, tale limite nella misura del 4,4 per cento del FSN.

Si tratta di un vincolo espressamente fissato a carico della regione che, per assicurarne il rispetto a livello di sistema sanitario complessivo, è tenuta ad assegnare specifici obiettivi di contenimento della spesa farmaceutica alle singole aziende.

Il mancato conseguimento dei predetti obiettivi, nella misura in cui determini il superamento del tetto di spesa a livello regionale, può pertanto configurare una irregolarità gestionale direttamente imputabile anche alle aziende stesse.

Al recupero della spesa eccedente il limite, da realizzarsi attraverso misure di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera o di voci equivalenti della spesa ospedaliera non farmaceutica o di altre voci del Servizio sanitario regionale, non sono comunque tenute, per espressa disposizione di legge, le regioni che abbiano fatto registrare un equilibrio economico complessivo.

Circostanza quest'ultima che tuttavia non esime la Sezione dal rilevare specifiche violazioni di norme di coordinamento della finanza pubblica da parte di singoli enti del SSR.

5. SPESA FARMACEUTICA.

Superamento del limite per la spesa farmaceutica fissato dalla legge per la Regione.

Superamento del limite di spesa farmaceutica stabilito dalla Regione per l'Azienda.

5.1. La Regione Toscana, nell'esercizio 2016, ha superato il limite di spesa del 3,5 per cento del Fondo Sanitario Nazionale, previsto dall'art. 15, comma 4, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 per la spesa farmaceutica ospedaliera

L'Azienda non ha rispettato il limite per la stessa spesa stabilito con la deliberazione di giunta 16 marzo 2016, n. 208 e dal decreto 20 luglio 2016, n. 6377 fissato in euro 8.832.437. La spesa farmaceutica ospedaliera sostenuta nel 2016 è stata di euro 10.574.814 (+19,73%).

Si precisa che nella spesa suddetta devono essere ricomprese sia le quote di rimborso payback, per le quali non è prevista alcuna esclusione da parte della delibera sopra citata, sia la spesa per farmaci innovativi, non verificabile in assenza di riconciliazione con i dati del conto economico.

5.2. La Regione ha riferito al riguardo che la spesa farmaceutica ospedaliera (dal 2017 riclassificata all'interno della spesa per acquisti diretti) è oggetto di grande attenzione da parte dell'amministrazione regionale, che ha intrapreso azioni specifiche destinate a ridurre l'ammontare in misura significativa che hanno iniziato a mostrare effetti positivi soprattutto a partire dall'esercizio 2018.

E' stato ribadito inoltre che la Regione ha superato le verifiche del Tavolo degli adempimenti per l'anno 2016 in relazione all'adempimento "Stabilità ed equilibrio di gestione del Servizio Sanitario Regionale"

L'Azienda, nella memoria trasmessa, ha rappresentato che lo sviluppo delle attività aziendali, anche a seguito dell'approvazione del nuovo statuto alla fine del 2015 ha comportato una spesa che non ha consentito il conseguimento degli obiettivi di riduzione del valore dei costi per l'acquisto dei farmaci anche se nel corso dell'anno sono stati messi costantemente in atto azioni di efficientamento e appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi impiegati.

5.3. La Sezione accerta il superamento del limite di spesa farmaceutica fissato dalla legge per la Regione e il superamento del medesimo limite di spesa stabilito dalla Regione per l'Azienda come emerge dai dati di bilancio sopra riferiti.

La legislazione nazionale di coordinamento della finanza pubblica ha introdotto, già a partire dall'esercizio 2002, specifiche disposizioni miranti al contenimento della spesa farmaceutica.

L'art. 5, comma 5, del decreto-legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, stabiliva, in particolare, che a decorrere dall'anno 2008 la spesa farmaceutica ospedaliera così come rilevata dai modelli CE, al netto della distribuzione diretta, non potesse superare a livello di ogni singola regione la misura percentuale del 2,4 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle aziende sanitarie.

L'art. 15, comma 4, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ha rideterminato, a decorrere dal 2013, tale limite nella misura del 3,5 per cento calcolato al netto delle spese indicate nei successivi commi.

L'art. 1, comma 398 della legge 11 dicembre 2016, n. 232, da ultimo, ha elevato la percentuale al 6,89 per cento a decorrere dal 2017.

Si tratta di un vincolo espressamente fissato a carico della regione che, per assicurarne il rispetto a livello di sistema sanitario complessivo, è tenuta ad assegnare specifici obiettivi di contenimento della spesa farmaceutica alle singole aziende.

Il mancato conseguimento dei predetti obiettivi, nella misura in cui determini il superamento del tetto di spesa a livello regionale, può pertanto configurare una irregolarità gestionale direttamente imputabile anche alle aziende stesse.

Al recupero della spesa eccedente il limite, da realizzarsi attraverso misure di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera o di voci equivalenti della spesa

ospedaliera non farmaceutica o di altre voci del Servizio sanitario regionale non sono comunque tenute, per espressa disposizione di legge, le regioni che abbiano fatto registrare un equilibrio economico complessivo. Circostanza quest'ultima che tuttavia non esime la Sezione dal rilevare specifiche violazioni di norme di coordinamento della finanza pubblica da parte di singoli enti del SSR.

La Sezione prende atto che l'Azienda ha posto in essere gli interventi descritti nella risposta alla nota istruttoria che hanno portato ad una riduzione della spesa del 6,87 per cento rispetto al 2015.

6. ACQUISTO DI PRESTAZIONI DA PRIVATI ACCREDITATI

Mancato conseguimento dell'obiettivo di riduzione degli acquisti di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera da operatori privati accreditati al Servizio sanitario nazionale.

6.1. L'Azienda, secondo quanto risulta dall'esame dei dati contabili acquisiti dalla Sezione, non ha conseguito l'obiettivo di riduzione degli acquisti di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera da operatori privati accreditati al Servizio sanitario nazionale in misura pari al 2 per cento, per l'anno 2016 rispetto al valore del 2011 richiesto dall'art. 15, comma 14, del decreto-legge luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

La spesa complessiva sostenuta nel 2016, nel quadro delle dinamiche gestionali e finanziarie illustrate nella risposta fornita in sede istruttoria, è stata di euro 649.380 con un incremento del 218,47 per cento rispetto a quella sostenuta nel 2011 di euro 204.000.

6.2. L'Azienda, nella memoria trasmessa, ha ribadito che l'incremento dei costi alle voci "acquisto servizi sanitari per assistenza ospedaliera e per assistenza specialistica da privato" si riferiscono esclusivamente a prestazioni erogate dalla "Fondazione Stella Maris" sulla base di un protocollo d'intesa adottato ai sensi della legge regionale n. 40/2015.

E' stato precisato inoltre che la Regione, con la deliberazione di Giunta n. 1063/2015, ha assegnato alla Azienda un contributo per l'attività di ricovero ospedaliero relativo all'emergenza psichiatrica in adolescenza e preadolescenza a favore di pazienti della Toscana per euro 397.700,00 per l'anno 2015 di cui euro 299.300,00 da destinare alla Fondazione Stella Maris per i posti letto gestiti da tale ente e per l'anno 2016, in

considerazione dell'aumento dei posti letto deliberato dalla stessa Regione, di euro 856.920,00, di cui 329.255,96 da destinare sempre alla Fondazione Stella Maris.

6.3. La Sezione, preso atto di quanto riferito e precisato sul punto, accerta il mancato conseguimento dell'obiettivo di riduzione degli acquisti di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera da operatori privati accreditati al Servizio sanitario nazionale, con riferimento alle attività di alta complessità.

L'art. 15, comma 14, del decreto-legge luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, stabilisce che ai contratti e agli accordi vigenti nell'esercizio 2012 per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, per un valore che, a decorrere dall'anno 2014, è pari al 2 per cento.

L'art. 1, commi da 574 a 578, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) ha consentito alle regioni, a decorrere dall'anno 2016, di programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità nonché di prestazioni erogate da parte degli IRCCS, a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza in deroga ai limiti previsti, se ricomprese in specifici accordi, garantendo, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario attraverso l'adozione di misure alternative dirette, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati, in misura tale da assicurare il rispetto degli obiettivi di riduzione previsti.

Questa Sezione, con la deliberazione n. 14/2018/PRSS sul bilancio di esercizio 2015 dell'Azienda USL Toscana Sud Est, ha già chiarito che il limite di spesa fissato dalla disposizione sopra riportata non può essere riferito alle sole prestazioni rese nei confronti dei cittadini residenti, trattandosi, al contrario, di un limite complessivo cui la Regione aveva l'obbligo di conformarsi, attraverso interventi di programmazione della relativa spesa già dal 2012.

Questa interpretazione è stata confermata anche dal TAR Toscana, che nel respingere i ricorsi presentati dai privati convenzionati avverso il provvedimento adottato dall'Azienda, ha ulteriormente precisato che *“fermi i vincoli di spesa per il*

convenzionamento di cui al primo periodo dell'art. 15, comma 14, del decreto-legge luglio n.95/2012, i quali comprendono anche le prestazioni di alta specialità rese a vantaggio degli extra regione di cui al secondo periodo, ciò che la norma di spending review prevede è la facoltà di derogare al predetto limite per tale ultima tipologia di prestazioni, purché all'aumento di spesa per l'alta specialità consegua un analogo risparmio per le altre prestazioni, come previsto nel terzo periodo" (TAR Toscana, sentenza n. 1600 dell'11 dicembre 2018).

P.Q.M.

La Corte dei conti, Sezione regionale di controllo per la Toscana, sulla base dell'esame della relazione inviata dal Collegio sindacale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer sul bilancio dell'esercizio 2016, e della successiva attività istruttoria

ACCERTA

la presenza dei profili di criticità attinenti alla gestione economica e finanziaria dell'Azienda e al conseguimento degli obiettivi di riduzione della spesa pubblica nei termini indicati in motivazione.

INVITA

l'Azienda ad adottare i provvedimenti idonei a rimuovere le criticità riscontrate anche attraverso la definizione dei rapporti finanziari con la Regione, dandone comunicazione a questa Sezione che si riserva di valutarne l'idoneità e l'efficacia nei successivi controlli sui bilanci di esercizio dell'Azienda stessa.

DISPONE

che copia della presente deliberazione sia trasmessa al Direttore generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer, al Collegio sindacale dell'Azienda e al Presidente della Regione Toscana.

La presente deliberazione è soggetta a obbligo di pubblicazione da parte dell'Azienda,
ai sensi dell'art. 31 d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33.

Così deciso in Firenze nell'adunanza del 20 giugno 2019

Il magistrato relatore
f.to Paolo Bertozzi

Il Presidente
f.to Cristina Zuccheretti

Depositata in Segreteria il 25 luglio 2019
Il funzionario preposto al servizio di supporto
f.to Claudio Felli