



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER LA TOSCANA

composta dai magistrati:

Maria Annunziata Rucireta	Presidente
Nicola Bontempo	Consigliere
Mauro Nori	Consigliere
Francesco Belsanti	Consigliere
Vincenzo Del Regno	Consigliere
Paolo Bertozzi	Consigliere (relatore)
Patrizia Impresa	Consigliere
Fabio Alpini	Referendario
Rosaria Di Blasi	Referendario
Anna Peta	Referendario

nell'adunanza pubblica in videoconferenza del 4 marzo 2021;

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;

visto il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 che al titolo II contiene le disposizioni relative "ai principi generali e applicati per il settore sanitario";

viste le leggi regionali 24 febbraio 2005, n. 40 “Disciplina del servizio sanitario regionale” e 28 dicembre 2015, n. 84, di riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del medesimo servizio sanitario regionale;

viste la deliberazioni della Sezione delle Autonomie della Corte dei conti n. 10/SEZAUT/2018/INPR e n. 16/SEZAUT/2019/INPR con cui sono state approvate le linee guida per la relazione dei Collegi sindacali degli enti del Servizio sanitario nazionale sui bilanci di esercizio del 2017 e del 2018;

viste le relazioni sui bilanci di esercizio 2017 e 2018 dell’Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer trasmessa dal Collegio sindacale;

vista la relazione di deferimento del Magistrato istruttore;

esaminate le controdeduzioni trasmesse dalla Regione e dall’Azienda;

visto il decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18, convertito dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, recante misure connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19, e in particolare gli artt. 84, comma 6, e 85, commi 1 e 8-bis sullo svolgimento delle udienze mediante collegamento da remoto;

viste le “Regole tecniche e operative in materia di svolgimento delle camere di consiglio e delle adunanze in videoconferenze e firma digitale dei provvedimenti dei magistrati nelle funzioni di controllo della Corte dei conti”, emanate dal Presidente della Corte dei conti con decreto del 18 maggio 2020;

udito il relatore, dott. Paolo Bertozzi.

PREMESSO IN FATTO

Dall’esame delle relazioni-questionario sui bilanci di esercizio 2017 e 2018 trasmesse dal Collegio sindacale della **Azienda Ospedaliero 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 (SSR).

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 in videoconferenza del 4 marzo 2021.

La Regione, con la nota n. 58479 dell' 11 febbraio 2021, ha trasmesso alcune considerazioni e osservazioni su quanto rilevato dalla Sezione.

L'Azienda, con la nota n. 1372 del 18 febbraio 2021, ha fornito ulteriori chiarimenti e precisazioni sui rilievi contestati.

Sono intervenuti in adunanza, in rappresentanza dell'Azienda il dott. Tito Berti, Direttore Amministrativo e il dott. Francesco Taiti, Responsabile Gestione Economico Finanziaria; 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 2017 dell'Azienda **Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer** è stato adottato con deliberazione del Direttore generale n. 342 del 17 luglio 2018 e approvato dalla Regione con la deliberazione di giunta n. 407 del 23 marzo 2019.

Il bilancio di esercizio 2018 è stato adottato con deliberazione del Direttore generale n. 452 del 24 luglio 2019 e approvato dalla Regione con la deliberazione di giunta n. 1027 del 27 luglio 2020.

Per entrambi gli esercizi considerati l'adozione e l'approvazione del bilancio dell'Azienda sono intervenute oltre i termini stabiliti dalla legge.

1.2. Riprendendo le relazioni del direttore generale ai bilanci 2017 e 2018, l'Azienda riferisce al riguardo che le comunicazioni regionali indispensabili per la chiusura degli esercizi in esame sono pervenute quando erano già decorsi i termini di legge per l'adozione dei bilanci, evidenziando tuttavia come il bilancio di esercizio 2018 sia stato adottato dopo soli 9 giorni dalla comunicazione ricevuta.

La Regione, riprendendo gran parte delle osservazioni già espresse in occasione del controllo sul bilancio di esercizio 2016, ribadisce che il ritardo nell'adozione e nella successiva approvazione dei bilanci degli esercizi 2017 e 2018 delle aziende sanitarie è essenzialmente da imputare, da un lato, alle persistenti difficoltà gestionali conseguenti

al riordino del SSR e, dall'altro, alle tempistiche della revisione contabile affidata a società esterne iscritte nell'albo Consob.

Si precisa inoltre che l'approvazione regionale, essendo di regola disposta con un'unica delibera di giunta, risulta inevitabilmente condizionata dall'adozione dei singoli bilanci da parte di tutte le aziende, adozione che per alcune di esse suole avvenire in tempi molto distanti da quelli in cui gli importi definitivi sono trasmessi al Tavolo ministeriale per la verifica degli adempimenti.

Nel condividere la necessità di interventi diretti a ridurre, e quindi ad eliminare, questi ritardi, la Regione rivela tuttavia che i miglioramenti attesi per l'approvazione definitiva dei bilanci d'esercizio 2019 a seguito della velocizzazione di alcune procedure, non si sono verificati a causa delle condizioni lavorative imposte dall'emergenza sanitaria del 2020.

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

La medesima irregolarità era già stata accertata da questa Sezione rispetto al bilancio di esercizio 2016. Si ripropongono al riguardo le considerazioni espresse nella deliberazione n. 264/2019/PRSS.

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).

I termini in questione sono 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 costituisce pertanto una 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, non può trovare giustificazione né nelle problematiche di carattere organizzativo derivanti dall'accorpamento delle aziende preesistenti (che continuano a persistere anche a distanza di anni dall'avvio della riforma del SSR); né nella tempistica della revisione aziendale la cui attività, per quanto funzionale alla certificazione della regolarità dei bilanci, non può andare a detrimento dei termini legali di approvazione degli stessi.

Contribuisce inoltre al ritardo accertato, come segnalato dall'Azienda, anche la prassi regionale di provvedere all'ultima e definitiva assegnazione del Fondo sanitario regionale (FSR) ben oltre la chiusura dell'esercizio, sulla base delle specifiche esigenze di finanziamento emerse al termine della gestione.

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, con molto ritardo rispetto alla chiusura dell'esercizio di competenza, si determina un inevitabile disallineamento tra il bilancio regionale e quello della singola azienda in ordine ai reciproci rapporti finanziari e patrimoniali.

Si tratta, in ogni caso, di una situazione che, come affermato, 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. BILANCIO ECONOMICO DI PREVISIONE.

- **Ritardata adozione del bilancio economico di previsione da parte dell'Azienda e ritardata approvazione dello stesso da parte della Giunta regionale.**

2.1. Il bilancio economico di previsione 2017 (e pluriennale 2017-2019) dell'Azienda è stato adottato con deliberazione del Direttore generale n. 554 del 19 dicembre 2017 e approvato dalla Regione con la deliberazione di giunta n. 574 del 29 maggio 2018.

Il bilancio economico di previsione 2018 (e pluriennale 2018-2020) è stato adottato con deliberazione del Direttore generale n. 104 del 22 febbraio 2018 e approvato dalla Regione con la deliberazione di giunta n. 574 del 29 maggio 2018.

Per entrambi gli esercizi considerati l'adozione e l'approvazione del bilancio economico di previsione dell'Azienda sono intervenute oltre i termini stabiliti dalla legge.

2.2. L'Azienda riferisce al riguardo che le comunicazioni regionali indispensabili per l'adozione dei bilanci economici di previsione degli esercizi in esame sono pervenute quando erano già decorsi i termini di legge.

La Regione, in sede di controdeduzioni, evidenzia che il ritardo nell'adozione e nell'approvazione dei bilanci economici di previsione rispetto ai termini di legge è determinato in primo luogo dall'incertezza sulle risorse disponibili per il finanziamento del SSN rese definitive, di regola, solo con l'approvazione della legge statale di bilancio negli ultimi giorni dell'anno precedente a quello di riferimento.

Si sostiene pertanto che l'invio "posticipato" delle linee guida regionali nei primi giorni del mese di gennaio, consente alle aziende di predisporre i bilanci di previsione sulla base di ricavi e, correlativamente, di costi più "realistici".

L'ulteriore ritardo rispetto alle predette comunicazioni sulle risorse disponibili è da imputare, secondo la Regione, alla tempistica di rilascio del prescritto parere da parte dei Collegi sindacali.

La Regione infine, pur ricordando che il bilancio economico di previsione non riveste carattere autorizzatorio, manifesta l'impegno ad adottare tutte le misure necessarie per rendere i bilanci di previsione degli enti del SSR, per quanto possibile, coerenti con la gestione effettiva espressa dai bilanci di esercizio.

2.3. La Sezione accerta la tardiva adozione e la tardiva approvazione dei bilanci economici di previsione dell'Azienda in violazione dei termini stabiliti dalla legge.

Il d.lgs. n. 118/2011 prevede che la giunta regionale approva i bilanci preventivi economici annuali degli enti del SSN entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono (art. 32, comma 5).

La legge regionale n. 40/2015 prevede, allo stesso modo, che i direttori generali delle aziende, entro il 15 novembre di ogni anno, adottino il bilancio pluriennale unitariamente al bilancio preventivo economico annuale e li trasmettano, alla giunta che li approva entro il 31 dicembre (art. 123, commi 1 e 2).

Si ricorda al riguardo che, al di là degli strumenti di "budgeting" e di pianificazione interna utilizzati dalle aziende, il bilancio economico di previsione, per quanto privo di funzione autorizzatoria, rimane il principale strumento di programmazione degli enti del servizio sanitario, come espressamente dichiarato dall'art. 25 del d.lgs. n. 118/2011 che, tra l'altro, ne impone la predisposizione in coerenza con la programmazione sanitaria ed economico-finanziaria della regione.

In ragione di ciò si richiede che, quand'anche fattori estranei alla diretta responsabilità dell'Azienda o della Regione legati soprattutto alla definizione delle risorse disponibili non consentano il rispetto dei termini di legge, il bilancio di previsione sia comunque adottato e approvato in tempi congrui compatibili con la funzione programmatica ad esso assegnata.

3. RAPPORTI FINANZIARI TRA AZIENDA E REGIONE. CREDITI E DEBITI.

- **Significativo ammontare di crediti verso la Regione risultanti dallo stato patrimoniale, anche risalenti ad esercizi pregressi.**

3.1. I crediti dell'Azienda nei confronti della Regione riportati nello stato patrimoniale alla chiusura dell'esercizio 2018 sono pari ad euro 81.473.558, di cui 79.974.049 per spesa corrente e 1.499.508 per versamenti a patrimonio netto.

Tra i crediti per spesa corrente, oltre a quelli maturati nel corso dell'esercizio, pari a 77.366.340 (quasi interamente riferibili alla mobilità), sono riscontrabili crediti risalenti ad esercizi pregressi. Di particolare rilevanza appaiono gli importi riferibili agli esercizi "2014 e precedenti (euro 665.813)" e al "2015 (euro 1.570.947) e non ancora riscossi al 31 dicembre 2018.

3.2. L'Azienda, nel rinviare a quanto comunicato al riguardo in istruttoria, conferma come sia la Regione a disporre i pagamenti alle aziende, governando autonomamente le scelte sui crediti di volta in volta da estinguere.

La Regione evidenzia al riguardo che una quota consistente dei crediti e dei debiti delle aziende è relativa all'esercizio di competenza, riguardando la mobilità sanitaria (attiva e passiva) destinata ad essere regolata mediante compensazioni e, solo per il saldo (in genere attivo per le aziende ospedaliere e passivo per le aziende sanitarie), tramite un effettivo flusso finanziario. Quanto poi, alla prassi in uso soprattutto fino ad alcuni anni or sono, di finalizzare quota parte del Fondo sanitario indistinto ed effettuare le relative erogazioni di cassa solo a seguito di rendicontazione, si precisa che sono già state assunte diverse iniziative per ridurre il più possibile questa modalità di assegnazione delle risorse.

3.3. La Sezione accerta la presenza di un elevato ammontare di crediti nei confronti della Regione risalenti anche ad esercizi pregressi.

Quello di provvedere alla sollecita definizione dei crediti verso la Regione, specie se risalenti nel tempo, è un adempimento richiesto non solo per assicurare il pronto finanziamento degli enti del SSR, ma anche per garantire la necessaria trasparenza e veridicità ai bilanci degli stessi enti, sgravandoli di poste contabili quali quelle relative ai rapporti finanziari con la Regione che necessitano di costanti verifiche e riconciliazioni.

Oltre ai ritardi nelle erogazioni di cui si è detto, si deve segnalare in questo contesto anche la prassi regionale di finalizzare a specifici interventi quote del Fondo sanitario indistinto e di erogare le corrispondenti risorse a rendicontazione, determinando l'accumulo di posizione creditorie risalenti ad esercizi pregressi.

Se è vero infatti che la Regione, con la riforma della casistica applicativa adottata con il decreto del 17 settembre 2018, ha escluso l'obbligo delle aziende di operare accantonamenti sulle somme non utilizzate, liberando risorse per il conseguimento dell'equilibrio economico, è altrettanto vero che il permanere dell'erogazione a rendicontazione viene a privare di ulteriore liquidità le aziende, già in difficoltà a far fronte ai pagamenti correnti.

Appare quindi tanto più necessario che si proceda alla progressiva regolazione dei crediti pregressi e che la Regione provveda alla tempestiva erogazione del Fondo,

valutando, anche alla luce della situazione di cassa delle aziende, la misura dei contributi finalizzati soggetti a rendicontazione.

In questo senso la giurisprudenza contabile ha più volte ribadito la necessità di una tempestiva erogazione dei finanziamenti promessi (a maggior ragione quando siano collegati ad una specificata attività effettivamente realizzata con anticipazione dei relativi costi da parte dell'azienda) oppure della compensazione degli stessi ove si tratti di posizioni omogenee quali i crediti per finanziamento indistinto dell'attività sanitaria a fronte di debiti per anticipi di cassa erogati, per il medesimo titolo, in altro esercizio (Corte dei conti, Sezione di controllo per la Lombardia, deliberazione n. 167/2016/PRSS).

4. SPESA FARMACEUTICA.

- **Superamento del limite per la spesa farmaceutica fissato dalla legge per la Regione negli esercizi 2017 e 2018.**
- **Mancata fissazione da parte della Regione del limite di spesa farmaceutica per l'Azienda nell'esercizio 2017**
- **Superamento da parte dell'Azienda del limite di spesa farmaceutica fissato dalla Regione nell'esercizio 2018.**

4.1. Il SSR Toscana, negli esercizi 2017 e 2018, ha superato il limite di spesa del 6,89 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, come modificato dall'art. 1, comma 398 della legge 11 dicembre 2016, n. 232 per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (ex spesa farmaceutica ospedaliera).

Nell'esercizio 2017 la Regione non ha attribuito specifici obiettivi di contenimento della spesa farmaceutica, avendo fornito, con un semplice verbale soltanto l'indicazione circa il limite economico della macro categoria "acquisti di beni sanitari". La spesa sostenuta dall'Azienda è stata di euro 10.243.095 con un decremento di euro 332.000 rispetto al valore del precedente esercizio (-3,1%).

Nell'esercizio 2018, l'Azienda non ha rispettato il limite per la spesa farmaceutica per acquisti diretti attribuito come obiettivo dalla Regione (sia pure anch'esso non formalizzato con una deliberazione di giunta o con uno specifico decreto dirigenziale)

fissato in euro 9.691.730. La spesa sostenuta è stata di euro 11.426.456 con un incremento di euro 1.183.361 (+11,5%) rispetto al valore del 2017.

4.2. L'Azienda, ribadendo che anche l'andamento della spesa farmaceutica, come quella dei dispositivi medici, risulta condizionata dall'incremento del valore della produzione, precisa che i costi sostenuti nell'esercizio 2018, al netto di quelli per 2 specifici farmaci soggetti a rimborso, sono stati inferiori a quelli del precedente esercizio, assicurando in questi termini anche il conseguimento dell'obiettivo di riduzione richiesto dalla Regione.

La Regione precisa al riguardo di assegnare alle aziende obiettivi di contenimento della spesa sanitaria che siano effettivamente conseguibili sulla base dell'andamento storico, anche quando non ne derivino risparmi sufficienti a garantire il rispetto dei limiti di legge a livello dell'intero comparto. Tali limiti sono ritenuti infatti troppo stringenti rispetto alle spese necessarie ad assicurare la prestazione dei livelli essenziali di assistenza specie a fronte della disponibilità di nuovi farmaci o nuovi dispositivi di cui sia dimostrata una maggiore efficacia terapeutica rispetto a quelli precedentemente in uso. Si rimarca inoltre come appaia iniquo che siano stabiliti i medesimi limiti sia per regioni che, come la Toscana, garantiscono la quasi totalità delle prestazioni attraverso presidi pubblici per i quali i costi di farmaci e dispositivi medici sono integralmente rilevati, sia per regioni che, viceversa, si avvalgono in larga misura di strutture private accreditate per le quali gli stessi costi sono compresi nelle tariffe.

4.3. La Sezione accerta il superamento del limite di spesa farmaceutica fissato dalla legge per la Regione in entrambi gli esercizi in esame e rileva il mancato conseguimento dell'obiettivo di riduzione della medesima voce di spesa fissato per l'Azienda dalla stessa Regione per il 2018, come emerge dai dati di bilancio sopra riferiti.

La Sezione accerta inoltre la mancata fissazione da parte della Regione dell'obiettivo di riduzione della spesa farmaceutica per il 2017.

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 n. 95/2012 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 n. 232/2016, da ultimo, ha elevato la percentuale al 6,89 per cento a decorrere dal 2017.

Si tratta di un vincolo espressamente fissato a carico delle regioni che, per assicurarne il rispetto a livello di Servizio sanitario complessivo, sono tenute ad assegnare specifici obiettivi di contenimento della spesa farmaceutica alle singole aziende e agli altri enti sanitari.

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.

Il fatto che al recupero della spesa eccedente il limite imposto non siano tenute, per espressa disposizione di legge, le regioni che abbiano fatto registrare un equilibrio economico complessivo non esime la Sezione dal rilevare la violazione di specifiche norme di coordinamento della finanza pubblica.

Pur considerando l'obiettiva difficoltà di quasi tutte le regioni ad assicurare il rispetto degli attuali limiti di legge, come confermato anche nei rapporti annuali sul coordinamento della finanza pubblica della Corte dei conti (cfr. ad esempio Sezioni Riunite, deliberazione n. 9/SSRRCO/RCFP/18), la Sezione raccomanda alla Regione Toscana di fissare sempre specifici obiettivi di contenimento della spesa farmaceutica per gli enti del SSR in modo da assicurarne comunque una razionalizzazione nel quadro delle misure adottate per garantire l'appropriatezza prescrittiva.

A tal fine si richiede che gli obiettivi siano stabiliti in modo puntuale e preciso con provvedimenti formali nei quali si tenga conto del livello quantitativo e qualitativo delle prestazioni fornite da ciascuna struttura alla luce anche di eventuali dinamiche di spesa legate a rimborsi di determinate categorie di farmaci con fondi statali o regionali.

5. ACQUISTO DI DISPOSITIVI MEDICI.

- **Superamento del limite per la spesa per acquisti di dispositivi medici fissato dalla legge per la Regione negli esercizi 2017 e 2018.**
- **Superamento del limite di spesa per l'acquisto di dispositivi medici stabilito dalla Regione per l'Azienda nel 2017.**
- **Mancata fissazione dei limiti di spesa per l'esercizio 2018 da parte della Regione.**

5. 1. Il SSR Toscano, negli esercizi 2017 e 2018, 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 dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 per l'acquisto di dispositivi medici.

Nell'esercizio 2017, l'Azienda non ha rispettato il limite per la stessa voce di spesa attribuito come obiettivo dalla Regione (sia pure non formalizzato con una deliberazione di giunta o con uno specifico decreto dirigenziale) fissato in euro 10.677.990. La spesa sostenuta è stata di euro 11.147.000 con un incremento di euro 429.000 rispetto al valore del 2016 (+4%).

Nell'esercizio 2018 la Regione non ha attribuito specifici obiettivi di contenimento della spesa per dispositivi medici. La spesa sostenuta dall'Azienda è stata di euro 12.343.000, con un ulteriore incremento di 1.196.000 (+10,7%) rispetto al valore del 2017.

5. 2. L'Azienda, riprendendo le considerazioni già formulate in sede istruttoria per l'esercizio 2017, conferma che anche per l'esercizio 2018 l'incremento del costo dei dispositivi medici sia strettamente connesso all'aumento registrato negli ultimi anni delle prestazioni sanitarie rese dalla struttura, specie quelle di elevata complessità, come dimostrato dai dati sulla produzione forniti con nota trasmessa e già riportati nella Relazione del Direttore generale.

La Regione riferisce al riguardo che gli obiettivi assegnati agli enti del SRR per il 2018 sono stati incentrati sul contenimento della spesa farmaceutica e di personale e non specificamente della spesa per l'acquisto di dispositivi medici, quantunque anch'essa oggetto di costante monitoraggio.

La stessa Regione, ribadendo quanto già affermato per la spesa farmaceutica, precisa peraltro di avere inteso assegnare alle aziende obiettivi di contenimento della spesa sanitaria che siano effettivamente conseguibili sulla base dell'andamento storico, anche

quando non ne derivino risparmi sufficienti a garantire il rispetto dei limiti di legge a livello dell'intero comparto.

5.3. 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 in entrambi gli esercizi in esame e rileva il mancato conseguimento dell'obiettivo di riduzione della medesima voce di spesa stabilito dalla Regione per l'Azienda per il 2017.

La Sezione accerta inoltre la mancata fissazione da parte della Regione dell'obiettivo di riduzione della spesa per l'acquisto di dispositivi medici per il 2018.

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 n. 95/2012 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 delle regioni che, per assicurarne il rispetto a livello di Servizio sanitario complessivo, sono tenute ad assegnare specifici obiettivi di contenimento della spesa per l'acquisto di dispositivi medici alle singole aziende e agli altri enti sanitari.

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.

Il fatto che al recupero della spesa eccedente il limite imposto non siano tenute, per espressa disposizione di legge, le regioni che abbiano fatto registrare un equilibrio economico complessivo non esime la Sezione dal rilevare la violazione di specifiche norme di coordinamento della finanza pubblica.

Pur considerando l'obiettiva difficoltà di molte regioni ad assicurare il rispetto degli attuali limiti di legge, come confermato anche nei rapporti annuali sul coordinamento della finanza pubblica della Corte dei conti (cfr. ad esempio Sezioni Riunite, deliberazione n. 9/SSRRCO/RCFP/18), la Sezione raccomanda tuttavia alla Regione Toscana di fissare sempre specifici obiettivi per gli enti del SSR anche per il

contenimento della spesa per i dispositivi medici, in modo da assicurarne comunque una razionalizzazione.

A tal fine si richiede, come già detto per la spesa farmaceutica, che gli obiettivi siano stabiliti in modo puntuale e preciso con provvedimenti formali nei quali si tenga conto del livello quantitativo e qualitativo delle prestazioni fornite da ciascuna struttura.

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 rispetto al valore del 2011, richiesto dall'art. 15, comma 14, del decreto-legge luglio 2012, n. 95, convertito dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

La spesa complessiva è stata, infatti, di euro 802.000 nel 2017 e di euro 1.040.000 nel 2018, a fronte dei 204.000 del 2011.

6.2. L'Azienda, rinviando alle considerazioni già formulate in sede istruttoria per l'esercizio 2017, precisa che l'incremento registrato nell'esercizio 2018 alla voce "*acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera da privato*" costituisce il risultato di una precisa scelta organizzativa di affidare a strutture private accreditate le prestazioni specialistiche di minore complessità.

Si riferisce che tale scelta ha consentito di avviare un processo di revisione completa del percorso chirurgico, con azioni di miglioramento e di perfezionamento in tutte le sue fasi, al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse, ridurre i tempi di attesa ed allineare l'offerta di prestazioni specialistiche pediatriche all'effettiva domanda, mantenendo costi sostenuti all'interno della valorizzazione dei DRG di riferimento.

6.3. La Sezione, preso atto di quanto riferito e precisato dall'Azienda sul punto, accerta il mancato conseguimento, negli esercizi in esame, dell'obiettivo di riduzione degli acquisti di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera da operatori privati accreditati al Servizio sanitario nazionale.

L'art. 15, comma 14, del decreto-legge n. 95/2012 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 le deliberazioni n. 14/2018/PRSS e n. 260/2019/PRSS sui bilanci 2015 e 2016 dell'Azienda Toscana Sud Est ha chiarito inoltre che il limite di spesa fissato dalla disposizione sopra riportata non può essere riferito alle sole prestazioni rese nei confronti dei cittadini residenti nella regione, 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 dalla giurisprudenza amministrativa (TAR Toscana, sentenza n. 1600/2018).

Si prende atto infine che la Regione, con la deliberazione 1120 dell'8 novembre 2018, ha provveduto a rideterminare i tetti massimi per l'acquisto di prestazioni da privati accreditati, assegnando per ogni singola struttura tetti di spesa unici e onnicomprensivi senza dunque distinguere tra prestazione rese a residenti e non residenti e di bassa o di alta complessità.

7. SPESE DI PERSONALE.

- **Mancato rispetto dell'obiettivo di riduzione della spesa di personale in base alla legislazione vigente fino al 2018.**

7.1. Pur considerando le modifiche legislative successivamente intervenute in materia di spesa di personale, si deve rilevare che negli esercizi 2017 e 2018 l'Azienda non ha conseguito l'obiettivo di riduzione della spesa di personale in misura pari al 1,4 per cento rispetto al corrispondente ammontare dell'anno 2004, richiesto dall'art. 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.

I costi di personale sostenuti negli esercizi 2017 e 2018, al netto delle componenti escluse dal calcolo, sono stati rispettivamente di euro 52.977.743 e di euro 51.535.219 rispetto al corrispondente valore del 2004 di euro 30.212.026.

7.2. L'Azienda riferisce al riguardo che l'incremento di spesa del personale, così come delle altre voci soggette a contenimento, sia stato determinato dall'incremento del valore della produzione registrato negli ultimi anni, in un quadro in cui è stato sempre garantito l'equilibrio economico-finanziario della gestione.

7.3. La Sezione rileva il mancato conseguimento da parte dell'Azienda dell'obiettivo di riduzione della spesa di personale negli esercizi 2017 e 2018 sulla base della normativa all'epoca vigente.

L'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009, i cui contenuti sono stati prorogati dall'art. 17, comma 3, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 fino al 2020, stabilisce che gli Enti del SSN concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, adottando misure necessarie a garantire che la spesa del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'Irap, non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento.

A tale fine vengono considerate anche le spese sostenute per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni.

Si precisa che l'incremento delle prestazioni rese dall'Azienda non può valere di per se stesso a giustificare l'aumento del costo del personale che, in considerazione del finanziamento pubblico del SSR deve essere oggetto di una preventiva programmazione e gestione coordinata a livello regionale.

Si ricorda che a decorrere dall'esercizio 2019, al netto di ulteriori interventi normativi per far fronte all'emergenza sanitaria, la spesa per il personale ai sensi dell'art. 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, non potrà superare il valore sostenuto nel 2018 incrementato di un importo pari al 5 per cento dell'incremento registrato dal Fondo sanitario.

Tali limiti sono stati rivisti in crescita per il 2020 e gli anni successivi con il decreto-legge n. 124/2019. In particolare, l'articolo 45 (comma 1-bis), recependo quanto concordato in Conferenza Stato Regione con il Patto della salute, ha aumentato il suddetto limite dal 5 al 10 per cento in ciascun anno sulla base dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Un ulteriore incremento del 5 per cento può essere previsto per ogni singola Regione sulla base di una specifica valutazione di ulteriori fabbisogni.

8. VERIFICA DEI PROSPETTI SIOPE.

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

8.1. Come già rilevato con la deliberazione sul bilancio del 2016 anche dall'esame del bilancio degli esercizi 2017 e 2018 sono emerse discordanze tra voci del Conto Economico e corrispondenti voci del sistema SIOPE per valori che non appaiono giustificabili in ragione della diversa modalità di rilevazione (economica/finanziaria) dei fenomeni o della diversa aggregazione dei dati.

Anche nel biennio in esame tale discordanza si è manifestata con particolare riferimento alle voci di entrata relative alla compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) e alle prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia.

8.2. L' Azienda, con la nota trasmessa per l'adunanza, ha fornito chiarimenti sulle discordanze rilevate tra i dati di bilancio dati SIOPE sulle riscossioni per le voci di costo sopra indicate, confermando di avere già provveduto a modificare le modalità di rappresentazione delle entrate con effetti che saranno riscontrabili a partire dall'esercizio 2019.

8.3. La Sezione, analogamente a quanto già rilevato con la pronuncia sul bilancio 2016, 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.

P.Q.M.

La Corte dei conti, Sezione regionale di controllo per la Toscana, sulla base dell'esame delle relazioni inviate dal Collegio sindacale sui bilanci di esercizio 2017 e 2018, e della successiva attività istruttoria

ACCERTA

la presenza dei profili di criticità attinenti alla gestione economica e finanziaria dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer 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 Ospedaliero Universitaria Meyer, al Collegio sindacale dell'Azienda e al Presidente della Regione Toscana.

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

Così deciso nella Camera di consiglio in videoconferenza del 4 marzo 2021.

Il magistrato relatore
Paolo Bertozzi
(firmato digitalmente)

Il presidente
Maria Annunziata Rucireta
(firmato digitalmente)

Depositata in Segreteria l'8 aprile 2021

Il funzionario preposto al Servizio di supporto
Claudio Felli
(firmato digitalmente)