



REPUBBLICA ITALIANA

CORTE DEI CONTI

SEZIONE DI CONTROLLO PER LE MARCHE

Cons. Mario GUARANY - Presidente

Cons. Fabia D'ANDREA – Componente relatore

Cons. Valeria FRANCHI - Componente

Cons. Marco DI MARCO - Componente

Primo Ref. Fabrizio CERIONI - Componente

LEGGE 266/2005 – ESERCIZIO 2016

AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE MARCHE - ASUR MARCHE

Nell'adunanza del giorno 11 aprile 2018 e nella Camera di consiglio del giorno 2
maggio 2018

VISTA la legge 5 giugno 2003 n. 131, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;

VISTO l'art. 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005 n. 266 (legge finanziaria 2006), che, in combinato disposto con i commi 166 e 167 del medesimo articolo, fa obbligo agli organi di revisione degli enti sanitari di inviare alle Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti relazioni apposite in ordine ai bilanci preventivi ed ai rendiconti degli enti, sulle cui segnalazioni è esclusivamente fondato tale controllo;

VISTO il regolamento (14/2000) per l'organizzazione delle funzioni di controllo della Corte dei conti, deliberato dalle Sezioni Riunite della Corte dei conti in data 16 giugno 2000 e successive modifiche;

VISTE le "Linee-guida" predisposte dalla Corte dei conti per la redazione delle relazioni inerenti al bilancio di esercizio al 31 dicembre 2016;

PRESA VISIONE delle relazioni inoltrate alla Sezione da parte del Collegio

Sindacale in ordine al bilancio di esercizio 2016;

VISTE le conclusioni del Magistrato istruttore e le risposte fornite dalla Regione e dall'ASUR Marche;

CONSIDERATO che la legge n. 266/2005 e le sopra citate "Linee guida" prevedono l'adozione di specifiche pronunce nelle ipotesi di constatata irregolarità grave, quantitativamente tale da incidere sugli equilibri finanziari, ma che le caratteristiche del controllo di tipo collaborativo suggeriscono di segnalare agli enti anche irregolarità non gravi o meri sintomi di precarietà;

UDITO nell'adunanza del 11 aprile 2018 il relatore, Cons. Fabia D'Andrea, nonché i rappresentanti:

- dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche: Dott. Alessandro Marini, Direttore Generale, Dott. Pierluigi Gigliucci, Direttore Amministrativo, Dott. Luigi Stortini, Direttore Area Dip. Contabilità Bilancio e Finanza, Dott.ssa Sonia Piercamilli, Direttore Area Dip. Controllo di Gestione;

- dell'Ente Regione Marche: Dott. Rodolfo Pasquini, Dirigente P.F. Risorse Umane e Formazione Sanità; Dott.ssa Stefania Ambrosini, Dirigente incaricata del Servizio Risorse finanziarie e bilancio;

- del Collegio Sindacale: Dott. Michele Ametta, Dott. Simone Mangoni - componenti. La Sezione regionale, rilevato che le risultanze istruttorie hanno evidenziato profili critici ritenuti non superati all'esito del contraddittorio intercorso ed alla stregua delle deduzioni formulate dall'ASUR Marche, nonché dall'Amministrazione regionale, in occasione della adunanza pubblica;

tenuto conto dell'opportunità di formulare anche segnalazioni non aventi carattere di grave irregolarità:

DELIBERA

- 1) di approvare l'allegata relazione;
- 2) di rilevare la tardiva approvazione dei documenti di programmazione;
- 3) di raccomandare alla Regione una sollecita approvazione delle direttive in merito alla formazione del bilancio preventivo degli enti del SSR;
- 4) di ribadire che una corretta contabilizzazione dei costi dell'intramoenia dovrebbe comprendere anche l'indennità di esclusività medica per la quota parte

riconducibile all'attività stessa, in quanto l'indennità in esame costituisce un costo indiretto che dovrebbe essere ripartito tenendo conto dell'attività privata da parte del personale;

- 5) di rilevare il ritardo nella sottoscrizione degli Accordi stipulati tra la Regione e le Associazioni di categoria delle strutture sanitarie private sui tetti spesa, relativi all'anno 2016, nonché della successiva sottoscrizione degli accordi contrattuali sui volumi massimi di spesa delle prestazioni sanitarie con le singole strutture private accreditate, che hanno comportato attribuzioni di costi di competenza di esercizi in chiusura o abbondantemente chiusi, evidenziando come i principi basilari di buona amministrazione rendano opportuna l'esplicazione, sia pure provvisoria, di scelte programmatiche all'inizio dell'anno, onde evitare che il taglio tardivamente effettuato possa ripercuotersi sulle prestazioni già erogate dalle strutture nella ragionevole aspettativa dell'ultrattività della disciplina fissata per l'anno precedente, con le decurtazioni imposte dalle norme finanziarie;

- 6) di rilevare che, nel 2016, non sono stati adottati provvedimenti di riduzione della spesa per l'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati.

Ne consegue, tuttavia, che la Regione Marche è stata, comunque, giudicata adempiente, in quanto, pur non avendo conseguito l'obiettivo della riduzione della spesa, ha raggiunto l'equilibrio economico complessivo del bilancio sanitario;

- 7) di rilevare che il quadro economico aziendale complessivo, relativo all'acquisto delle prestazioni da privato accreditato (compreso altre tipologie di prestazioni, non soggette a tetto economico regionale), ha registrato un costo complessivo pari a 314,3 ml di euro, contro una previsione di spesa redatta in sede di bilancio di previsione 2016 di 309,3 ml di euro ed in sede di IV report 2016 di 313,6 ml di euro; lo scostamento più rilevante è risultato rispetto all'anno precedente, in cui si è stato registrato un costo pari a 301,2 ml di euro, con uno scostamento complessivo pari a 13 ml di euro, correlato essenzialmente all'impatto di delibere di Giunta.

In particolare, è risultata in forte incremento la spesa per le Case di Cura

multispecialistiche (+8,4 per cento), per i Presidi di riabilitazione (+17,7 per cento), per le Strutture residenziali (+7,2 per cento) e per i Laboratori analisi (+10,2 per cento) ed in notevole diminuzione quella per la specialistica ambulatoriale (-31,8 per cento);

8) di prendere atto, sulla base di quanto dichiarato dal Collegio Sindacale nel questionario sul rendiconto 2016, che l'acquisizione di beni e servizi appartenenti alle categorie merceologiche individuate dal d.p.c.m. 24 dicembre 2015 (G.U. n. 32 del 09/02/2016) è avvenuta esclusivamente attraverso la Consip o le Centrali regionali di committenza, ai sensi dell'art. 1, commi 548 e 549, legge 28 dicembre 2015, n. 208, e che non si sono verificati casi di proroghe di contratti relativi alle categorie merceologiche individuate dal sopra citato d.p.c.m. oltre la data di attivazione di quelli aggiudicati dalla Centrale di committenza (art. 1, comma 550, l. n. 208/2015);

9) di evidenziare che la Regione Marche, con riferimento all'acquisto dei dispositivi medici, non ha rispettato il tetto di spesa, pari al 4,4 per cento del Fondo sanitario regionale, ai sensi dell'art. 1, comma 131, lett. b), legge 24 dicembre 2012, n. 228 (legge di stabilità 2013), conseguendo il risultato del 6,75 per cento, con una spesa complessiva pari ad euro 193,563 mila euro. Lo scostamento è risultato essere del 2,35 per cento e in termini assoluti di 67.365 mila euro.

Tale tetto, come già specificato dall'Organo di revisione della Regione Marche nella Relazione sul bilancio 2015 (verbale n. 21/2016 del 11/11/2016), fissato esclusivamente per la spesa diretta sostenuta dalle Aziende sanitarie, finisce per favorire quelle regioni con forte presenza di strutture private accreditate (poiché, come nel caso dei farmaci ospedalieri, il costo del dispositivo viene rilevato non autonomamente, ma nella "tariffa-DRG" riconosciuta all'operatore privato). Inoltre, nella categoria dei dispositivi medici sono compresi prodotti altamente differenziati, da articoli molto semplici (cerotti, termometri, etc.) ad apparecchiature ad alto contenuto tecnologico, il cui costo è funzione del livello di innovazione raggiunto negli anni più recenti;

10) di rilevare che la spesa dei dispositivi medici sostenuta dall'ASUR nel 2016, pari a 71.083.568 euro, ha registrato un incremento rispetto al bilancio consuntivo

2015 di 807 mila di euro (+0,88 per cento). Tale variazione, è risultata coerente con l'aumento dell'attività ospedaliera dell'Area Vasta 1 e 2 (Chirurgia, Ortopedia e Urologia), mentre nell'Area Vasta 3 i maggiori consumi sono legati al Laboratorio di Emodinamica e alla Sala pace-maker;

- 11) di rilevare il mancato raggiungimento dell'obiettivo di riduzione del 5 per cento della spesa dei dispositivi medici rispetto al consuntivo 2015 (art. 15, comma 13, lett. f), decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, e art. 9 ter, comma 1, lett. b), decreto legge 19 giugno 2015, n. 78);
- 12) di rilevare che, dai dati esposti dal Collegio Sindacale nella Relazione al bilancio 2016, allegata al verbale n. 7 del 12/05/2017, la spesa relativa ad "Altri costi per acquisti di beni e servizi", è stata pari a 409.505.728 euro, in diminuzione di 3.265.513 euro (-0,79 per cento) rispetto all'anno precedente, che è stata pari a 412.771.241 euro, non riscontrando significativi elementi di rilievo;
- 13) di rilevare che, dall'analisi dei seguenti aggregati è risultato:
 - Beni sanitari: un incremento di costi di 13,4 milioni di euro (+3,98 per cento) rispetto al bilancio 2015 e di 1,59 milioni di euro (+0,46 per cento) rispetto al bilancio di previsione 2016;
 - Beni non sanitari: un decremento di costo di -1,3 milioni di euro (-12,35 per cento) rispetto al bilancio consuntivo 2015 ed un incremento di +444 mila euro rispetto al bilancio di previsione 2016 (4,82 per cento).

In forte diminuzione, a confronto con l'esercizio 2015, i consumi di "supporti informatici, cancelleria e stampati" (-1,1 milioni di euro pari al -30,7 per cento), per effetto della cessazione del contratto Asur per la fornitura degli stampati a cui non è seguito pari aumento degli acquisti diretti di stampati, e carburanti (-167 mila euro pari al -8,4 per cento), come rappresentato dal Direttore Generale dell'ASUR nella Relazione sul bilancio esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256 del 02/05/2017).

Significativo incremento, invece, degli acquisti di altri materiali non sanitari (+105,5 per cento) rispetto all'esercizio precedente.

Le restanti voci sono risultate complessivamente in sostanziale allineamento ai consumi dell'anno precedente;

14) di rilevare che, in merito all'aggregato relativo all'acquisto di Servizi, sono stati registrati costi in decremento rispetto all'anno precedente, per un importo pari a complessivi 1,4 milioni di euro (-0,77 per cento), e rispetto al bilancio di previsione, invece, un incremento pari a 1 milione di euro; infine, non risultano evidenziati scostamenti rilevanti rispetto al dato Preconsuntivo (decremento di circa 122 mila euro).

Tale voce raccoglie un mix eterogeneo di fattori produttivi che vanno dai servizi appaltati, alle manutenzioni, alle utenze, consulenze, godimento beni di terzi, costi generali e, infine, alle imposte e tasse;

15) di evidenziare, in particolare, che:

- dall'aggregato dei Servizi sanitari (CE Ministeriale - Allegato E Determina DG ASUR n. 256/2017), i costi dell'anno 2016 risultano in incremento di 23.853.825 euro (+1,7 per cento) rispetto all'anno precedente;
- dall'aggregato dei Servizi non sanitari (CE Ministeriale - Allegato E Determina DG ASUR n. 256/2017), i costi dell'anno 2016 risultano in diminuzione di 487.676 euro (-0,5 per cento) rispetto all'anno precedente;

16) di rilevare che, d'analisi di dettaglio dei seguenti aggregati, è risultato:

- Servizi appaltati: incremento dei costi dell'anno 2016 rispetto all'anno precedente, per un importo pari a 1.939.686 euro (+2,08 per cento) ed in aumento rispetto al dato previsionale di euro 830.511 (+0,88 per cento).

La specificità della gestione dei contratti aziendali, come rappresentato dal Direttore Generale dell'ASUR, nella Relazione di accompagnamento al bilancio 2016 (Allegato E alla determina n. 256/2017), per la maggior parte dislocati per Area Vasta (Area Vasta 1, per Pesaro Urbino e Fano, Area Vasta 2, per Senigallia, Ancona, Jesi e Fabriano, Area Vasta 3 per Civitanova, Macerata e Camerino, Area Vasta 4 per Fermo, Area Vasta 5 per San Benedetto e Ascoli P.), ha giocato un ruolo essenziale nell'eterogeneità degli scostamenti dei diversi fattori produttivi.

L'analisi di dettaglio per singolo fattore produttivo ha evidenziato uno scostamento rispetto al bilancio d'esercizio 2015 di +1.939.686 euro, che può essere così scomposto per le voci più rilevanti:

1. Autoambulanza -890 mila euro (-3,9 per cento);
2. Servizio di ristorazione e mensa +140 mila euro (+1,5 per cento);
3. Riscaldamento e gestione calore +186 mila euro (+1,36 per cento);
4. Servizio di trasporto +33 mila euro (+1,8 per cento);
5. Smaltimento rifiuti -195 mila euro (-4,8 per cento);
6. Servizi di vigilanza -47 mila euro (-3,3 per cento);
7. Servizio di distribuzione farmaci ed altri prodotti sanitari +2.032 mila euro (+152 per cento).

Per le restanti voci non sono stati rilevati scostamenti considerevoli e sono risultati in linea con quanto rendicontato l'anno precedente;

- Servizi di manutenzione: incremento dei costi dell'anno 2016, rispetto al consuntivo dell'anno precedente, per un importo pari a 245.869 euro, (+0,95 per cento), ed un decremento rispetto al dato previsionale per 175.458 euro (-0,66 per cento);

Gli incrementi di spesa riguardano, in particolar modo, le manutenzioni e riparazioni agli impianti e macchinari (+340 mila euro, +10,6 per cento), le manutenzioni e riparazioni attrezzature informatiche (+241 mila euro, +36,4 per cento) e, infine, le manutenzioni software (+580 mila euro, +33,78 per cento).

In merito alle manutenzioni software, il Direttore Generale dell'ASUR, nella Relazione di accompagnamento al bilancio esercizio 2016, ha precisato che l'incremento è riconducibile, per circa 130 mila, alla riclassificazione del conto di assistenza software del sistema gestionale del laboratorio analisi di AV3, in precedenza iscritto nel conto dei canoni hardware;

- Utenze: decremento di costi rispetto all'anno precedente di circa 989.945 euro (-4,02 per cento), invece, rispetto al bilancio di previsione 2016, incremento di costi di 654.910 euro (+2,85 per cento). Il bilancio di previsione presumeva un risparmio più rilevante sul conto dell'energia elettrica;

- 17) di rappresentare alla Regione, in relazione al conseguimento del risparmio del 5 per cento dei costi per l'acquisto di beni e servizi, la necessità di porre attenzione, fermo restando il disposto di cui all'art. 15, comma 13, del decreto

legge 6 luglio 2012, n. 95, ad una corretta applicazione dell'art. 9 ter, comma 1, lett. a), del decreto legge 19 luglio 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, fornendo adeguata dimostrazione dell'applicazione dell'art. 8, comma 10, del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, laddove consente misure equivalenti che garantiscano analogo risparmio di spesa;

- 18) di riservare, comunque, la valutazione dei risultati in merito all'obiettivo della riduzione degli importi dei contratti aventi ad oggetto acquisto o fornitura di beni e servizi in essere, inclusi i dispositivi medici, nella misura del 5 per cento, il cui procedimento è stato già avviato dalla Regione Marche, con nota del 5 marzo 2018, a seguito degli esiti dell'istruttoria del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti 2016, come da verbale del 22 febbraio 2018 trasmesso dal MEF;
- 19) di evidenziare, tuttavia, che ai fini del rispetto dei vincoli normativi, la Regione Marche ha comunque garantito l'equilibrio del bilancio sanitario anche per l'anno 2016 (art. 9-septies, comma 2, del d.l. n. 78/2015);
- 20) di rilevare che la Regione Marche, avendo raggiunto l'equilibrio economico complessivo anche nell'anno 2016, ai fini della verifica degli Adempimenti anno 2016, è stata dichiarata adempiente dal Tavolo tecnico, nonostante l'avvenuto superamento dei limiti della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera, determinati nella misura stabilita dall'art. 15, comma 2, d.l. n. 95/2012, pari, rispettivamente, all'11,35 per cento ed al 3,5 per cento;
- 21) di rilevare che il costo complessivo per la farmaceutica, pari a 480.702.590 euro, risulta essere non in linea con il dato regionale, nonché nazionale, e mostra un incremento rispetto all'esercizio precedente dell'1,57 per cento, il cui costo è stato pari a 473.258.897 euro, evidenziando che:
 - la spesa territoriale è aumentata dell'1,10 per cento, in termini percentuali, e di 3.956.801 euro, in termini assoluti;
 - la spesa ospedaliera è aumentata del 2,70 per cento, in termini percentuali, e di 3.486.892 euro, in termini assoluti;
 - la spesa convenzionata è diminuita dell'1,30 per cento, in termini percentuali, e di 3.101.029 euro, in termini assoluti.

DISPONE

che copia della presente deliberazione e dell'allegata relazione siano trasmesse al Presidente della Regione Marche, all'Assessore alla Salute, al Direttore Generale e al Collegio Sindacale dell'ASUR Marche.

Così deliberato in Ancona, nelle Camere di consiglio del 11 aprile 2018 e del 2 maggio 2018.

Il magistrato estensore

f.to Fabia D'Andrea

Il Presidente

f.to Mario Guarany

Depositata in Segreteria in data 18 maggio 2018

Il Direttore della Segreteria

f.to Carlo Serra



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER LE MARCHE

**AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE
MARCHE
A.S.U.R. MARCHE
BILANCIO DI ESERCIZIO 2016**



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER LE MARCHE

AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE MARCHE

A.S.U.R. MARCHE

BILANCIO DI ESERCIZIO 2016

(Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005, n. 266)

Relatore:

Cons. Fabia D'Andrea

Analisi economico-finanziaria

Sig.a Matilde Barbuzzi

Sig.a Gilberta Giuliodori

Dott.ssa Rosita Merli

SOMMARIO

1. VERIFICHE GENERALI.....	9
1.1 METODOLOGIA E LIMITI DEL CONTROLLO.....	9
1.2 RISCONTRO SULLE VERIFICHE INTERNE EFFETTUATE DAL COLLEGIO SINDACALE.....	9
1.3 VERIFICA SU INDEBITAMENTO, ANTICIPAZIONE DI TESORERIA, E VERIFICA DEL RISPETTO DELLA DESTINAZIONE DEL DEBITO PER SPESE DI INVESTIMENTO	10
1.4 VERIFICHE SULLE PARTECIPAZIONI	10
1.5 GESTIONE ATTIVA DEL DEBITO.....	11
1.6 VERIFICHE SUL SISTEMA INFORMATIVO E STRUTTURA DEI SISTEMI DI CONTROLLO INTERNO.....	12
1.7 VERIFICHE SULLA CIRCOLARIZZAZIONE DEI CREDITI E DEBITI ED INFLUENZA SUL BILANCIO.....	12
1.8 RIDUZIONE DEGLI APPARATI AMMINISTRATIVI	14
1.9 RISCONTRI SULLA OMOGENEITA' E CORRISPONDENZA DEI DATI CONTABILI	15
1.10 AGENTI CONTABILI.....	16
1.11 REDAZIONE DEL BILANCIO D'ESERCIZIO SECONDO IL D.LGS. 118/2011	16
2. CONTO ECONOMICO	19
2.1 VERIFICHE SULLA CORRISPONDENZA DEI DATI CONTABILI	19
2.2 ANALISI DEL VALORE DELLA PRODUZIONE	19
2.3 VERIFICA DEL CICLO DI PROGRAMMAZIONE CONTABILE.....	20
2.4 VERIFICHE SUL SISTEMA DEI CONTROLLI SULL'ATTIVITA' INTRAMOENIA	21
2.5 ATTUAZIONE ART. 1 DELLA LEGGE 3 AGOSTO 2007 N. 120 – ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE.....	24
2.6 ACQUISTO DI PRESTAZIONI DA OPERATORI PRIVATI ACCREDITATI	25
2.6.1 Verifica sulla tempistica della programmazione regionale	31
2.6.2 Verifica circa la stipula dei contratti per la definizione del budget per ciascun operatore privato accreditato	37

2.6.3	Verifiche sulla riduzione di spesa per l'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati	58
2.6.4	Verifica del rispetto dei tetti programmati di spesa per l'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati.....	60
2.6.5	Contenziosi con operatori privati accreditati.....	73
2.7	CONTROLLO SULLA QUALITA' DELLE ATTIVITA' E SULLE PRESTAZIONI EROGATE DALLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE	75
2.7.1	Verifica della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate da strutture pubbliche e private accreditate.....	82
2.8	ACQUISTI DI BENI CON CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE DA REGIONE O CON FORME DI FINANZIMENTO AD ESSI ASSIMILATE	97
2.9	ACQUISTO DI BENI E SERVIZI.....	98
2.9.1	Verifica dei valori dei contratti di acquisto di beni e servizi rispetto ai prezzi di riferimento	104
2.9.2	Verifica circa la rinegoziazione dei contratti ai fini del conseguimento della riduzione degli importi e delle prestazioni dei contratti in essere.....	105
2.9.3	Verifica acquisto di beni e servizi tramite le centrali di committenza	108
2.9.4	Verifica circa l'attuazione del tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici	123
2.9.5	Verifica costi per acquisto di beni e servizi.....	132
2.10	SPESA FARMACEUTICA.....	146
2.10.1	Verifica rispetto limite di spesa farmaceutica territoriale a livello regionale	154
2.10.2	Verifica rispetto limite di spesa farmaceutica ospedaliera a livello regionale.....	159
2.10.3	Verifica dei costi complessivi della spesa farmaceutica dell'ASUR	162
2.10.4	Verifica raggiungimento obiettivi regionali in materia di spesa farmaceutica	168
2.10.5	Misure di controllo dell'appropriatezza prescrittiva in ambito territoriale ed in ambito ospedaliero	174
2.11	SPESA PER IL PERSONALE	185
2.12	VERIFICA DEL RISPETTO DEI VINCOLI DI LEGGE AI SENSI DELL'ART. 2, COMMA 71, L. N. 191/2009	186
2.12.1	Il calcolo della spesa per il personale appartenente alle categorie protette.....	188
2.12.2	Criteri di determinazione della spesa di personale.....	188
2.12.3	Altre considerazioni sul Costo del personale – La dotazione organica	192

2.13 VERIFICA DEL RISPETTO DEI LIMITI DI SPESA PROGRAMMATI DALLA REGIONE MARCHE	196
2.14 LA PROGRAMMAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE PER L'ANNO 2016	198
2.14.1 Il Piano occupazionale per l'anno 2016	198
2.14.2 Il Programma triennale del fabbisogno di personale per il triennio 2016-2018	201
2.15 ADEMPIMENTI AI SENSI DELL'ART. 2, COMMA 72, LETTERE A) E B), DELLA L. N. 191/2009	205
2.16 VERIFICA DEL RISPETTO DEI VINCOLI DI LEGGE EX ART. 9, COMMA 28, D.L. N. 78/2010	206
2.17 CONTRATTI DI SERVIZI	209
2.18 LA PROBLEMATICA RELATIVA AI COSTI CONNESSI AI LAVORATORI PRECARI DEL SSN	209
2.19 FERIE MATURATE E NON GODUTE	211
2.20 FONDI PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E DELLA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA	213
3. STATO PATRIMONIALE	216
3.1 BILANCIO DI ESERCIZIO AL 31.12.2016	216
3.2 STATO PATRIMONIALE RICLASSIFICATO	217
3.3 GLI AMMORTAMENTI	218
3.3.1 Disciplina generale ex art. 29, comma 1, lett. b), del d.lgs. n. 118/2011	218
3.4 IL PATRIMONIO NETTO	219
3.5 I CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE	220
3.6 LE RIMANENZE	221
3.7 I BENI FUORI USO	221
3.8 RISULTATO DI ESERCIZIO 2016	222
3.9 I CREDITI	223
3.9.1 I crediti verso la Regione per spesa corrente	223
3.9.2 I crediti verso la Regione per incrementi a patrimonio netto	224
3.9.3 I crediti verso Aziende sanitarie pubbliche	224
3.9.4 Altre informazioni relative ai crediti	226

3.9.5 Il Fondo svalutazione crediti	226
3.10 I DEBITI	227
3.11 DEBITI VERSO FORNITORI.....	229
3.12 FONDI RISCHI ED ONERI	232
4. CONCLUSIONI.....	234

1. VERIFICHE GENERALI

1.1 METODOLOGIA E LIMITI DEL CONTROLLO

Si illustrano di seguito gli esiti delle verifiche svolte dalla Sezione regionale, a mente del disposto di cui all'art. 1, comma 170, legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006) e conformemente alle indicazioni fornite dalla Sezione delle Autonomie con la deliberazione n. 18 del 21 luglio 2017, nell'ambito dell'attività programmata giusta deliberazione n. 16/2017/INPR.

Detti controlli, nell'assumere quale imprescindibile riferimento la relazione al bilancio inoltrata dal Collegio Sindacale, sotto il profilo metodologico hanno avuto, altresì, riguardo ai contenuti delle linee guida della Corte dei conti nonché agli ulteriori elementi desunti dai documenti di bilancio, dal parere sul bilancio.

1.2 RISCONTRO SULLE VERIFICHE INTERNE EFFETTUATE DAL COLLEGIO SINDACALE

Il Collegio Sindacale, con verbale n. 7 del 12/05/2017 si è espresso favorevolmente sul bilancio di esercizio 2016.

All'esito dell'esame del bilancio, condotto tenendo conto delle osservazioni formulate dalla Sezione regionale di controllo in occasione delle precedenti verifiche, il Collegio sindacale non ha ritenuto, peraltro, di suggerire misure correttive all'Azienda.

L'Organo di revisione non ha, invero, accertato la sussistenza di gravi irregolarità nella tenuta delle scritture contabili o dei libri contabili né ha rilevato criticità nell'ambito del controllo amministrativo degli atti.

Ciò nondimeno, nel corso delle verifiche periodiche effettuate dal Collegio sono state formulate osservazioni in merito al ritardo nell'adozione del bilancio preventivo, che, come evidenziato dal Collegio nel menzionato verbale, diventa "un bilancio di pre-chiusura" riducendo il significato e l'utilità del bilancio di previsione quale documento di programmazione.

Dall'analisi del bilancio d'esercizio, si evince che l'Azienda non presenta perdite di esercizio per l'anno 2016.

1.3 VERIFICA SU INDEBITAMENTO, ANTICIPAZIONE DI TESORERIA, E VERIFICA DEL RISPETTO DELLA DESTINAZIONE DEL DEBITO PER SPESE DI INVESTIMENTO

Alla stregua delle attestazioni rese dal Collegio Sindacale consta che l'Ente non ha fatto ricorso a nuovo debito per il finanziamento degli investimenti ed è stato rispettato il divieto di cui all'articolo 119, comma 6, della Costituzione.

Il costo del debito (quota capitale ed interessi) relativo all'anno 2016, rientra nel limite quantitativo del 15 per cento delle entrate proprie correnti.

La percentuale effettivamente raggiunta nel 2016 è stata pari 1,19 per cento delle entrate proprie come individuate nelle voci del C.E. con i codici AA0440; AA0600; AA0660; AA0680; AA0690; AA0700; AA0710; AA0730; AA0760; AA0780; AA0790; AA0850; AA0860; AA0870; AA0900; AA0910; AA0920; AA0930; AA0950; AA0960; AA0970; AA1050; AA1070; AA1080; AA1090.

Il Collegio Sindacale ha attestato che, nel corso dell'anno 2016, l'Azienda non ha fatto ricorso ad anticipazioni di cassa: detta circostanza è stata, peraltro, evidenziata anche in sede di parifica al rendiconto della Regione Marche esercizio 2016 (delibera n. 81/2017/PARI del 12.10.2017). Il Tesoriere ha presentato il rendiconto all'Azienda.

1.4 VERIFICHE SULLE PARTECIPAZIONI

Ai sensi dell'ex art. 24 d.lgs n. 175 del 19.8.2016 modificato dall'art. 15, comma 1, lett. a) e b), d.lgs 16 giugno 2017 n. 100, l'Azienda ha trasmesso a questa Corte, con nota prot. 27995 del 5 ottobre 2017, la determina n. 566 del 28/09/2017 di ricognizione straordinaria delle partecipazioni societarie. Con tale determina la Direzione Generale ha deciso di mantenere la partecipazione nelle società Cooperativa Sociale Meridiana di Macerata e Consorzio Metis di Pisa, in quanto gli scopi societari sono stati ritenuti sinergici con le finalità istituzionali dell'Azienda stessa. L'Azienda ha dato atto che la Società Montefeltro Salute di Sassocorvaro è stata posta in liquidazione dall'11 gennaio 2016 e quindi al termine della procedura la società sarà estinta.

Il Collegio Sindacale ha confermato, inoltre, che tali informazioni sugli organismi partecipati sono congruenti con quelle inserite dagli enti nella banca dati del dipartimento del Tesoro.

10 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

Denominazione Forma giuridica Natura della partecipazione	Principali servizi	Importo della partecipazione in società di capitali o della quota di fondo di dotazione o contributo annuale in altri organismi (valori in euro)	Quota di partecipazione %	Patrimonio netto dell'organismo partecipato (valori in migliaia di euro)	Risultato d'esercizio o risultato di amministrazione (valori in euro)	Perdite registrate per tre o più esercizi ovvero utilizzo di riserve disponibili per il ripianamento di perdite anche infrannuali (si/no)	Criterio di valutazione utilizzato (costo o patrimonio netto)
Consorzio METIS Partecipazione totalmente pubblica	Consorzio costituito da diverse aziende sanitarie per gestione delle tecnologie sanitarie, la formazione in campo sanitario e lo sviluppo di applicativi software per il settore sanitario	9.038,00	9,09%	840.006	120.321	NO	Costo
Montefeltro Salute Società a responsabilità mista in liquidazione	Sperimentazione gestionale ai sensi dell'art. 9 bis d.lgs. n. 502/92 offerta servizi sanitari	15.500,00	31,00%	368.465	2.227*	NO	Costo
Meridiana Società cooperativa sociale mista	Promozione umana ed inserimento lavorativo e sociale di soggetti svantaggiati in collaborazione ASL MC (socio fondatore)	52,00	0,34%	524.008	221.454	NO	Costo

*L'Azienda ha specificato che i valori indicati nella tab. 12 della Nota integrativa al Bilancio 2016 si riferiscono all'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2015.

1.5 GESTIONE ATTIVA DEL DEBITO

Dalle verifiche effettuate, l'Organo di revisione ha riferito che non sono state effettuate operazioni di gestione attiva del debito.

1.6 VERIFICHE SUL SISTEMA INFORMATIVO E STRUTTURA DEI SISTEMI DI CONTROLLO INTERNO

Il Collegio Sindacale ha accertato che il sistema contabile (inventari dei cespiti, inventari di magazzino, riconciliazioni crediti e debiti ecc.) fornisce la ragionevole sicurezza che il bilancio o parte di esso non sia inficiato da errori significativi.

L'Organo di controllo ha attestato che presso l'Ente sono operative diverse strutture di controllo interno: Nucleo Controllo atti, Nucleo di valutazione, Controllo di gestione.

Sono, altresì, operativi il sistema budgetario e quello di contabilità analitica del quale l'Azienda attesta l'affidabilità e la possibilità di effettuare le valutazioni cui è finalizzato.

L'Ente ha gestioni contabili diverse da quella ordinaria (es. liquidatoria, stralcio, ecc.) e le relative componenti non trovano collocazione in bilancio.

1.7 VERIFICHE SULLA CIRCOLARIZZAZIONE DEI CREDITI E DEBITI ED INFLUENZA SUL BILANCIO

L'Organo di revisione ha attestato che l'Azienda ha provveduto a circolarizzare i principali rapporti di credito e debito, con la Regione e le altre Aziende del Sistema Sanitario Nazionale, e quelli verso i fornitori.

La Regione Marche, con d.g.r. n. 421 del 28/04/2017, nell'ambito delle disposizioni per la redazione del bilancio di esercizio 2016 degli enti del SSR, ha riportato le posizioni debitorie e/o creditorie della Regione nei confronti dell'ASUR maturate fino al 31/12/2016 che risultano riconciliate ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 18/01/2011 e del decreto legislativo n. 118 del 23/06/2011.

La posizione debitoria della Regione al 31/12/2016 per quota FSR è più bassa rispetto a quella creditoria dell'ASUR, per complessivi euro 3.376.249 a causa dei contributi pagati a fine anno dalla Regione e incassati da ASUR nel 2017.

La posizione debitorie della Regione per "altri crediti correnti" e per investimenti" sono rispettivamente inferiori ai crediti di ASUR di euro 1.233.376 e 3877.999 relativi a impegni regionali riguardanti capitoli fuori perimetro sanità.

Le posizioni creditorie della Regione sono inferiori ai debiti di ASUR di euro 135.809 relativi ad accertamenti regionali riguardanti capitoli fuori perimetro sanità.

Posizioni debitorie e/o creditorie al 31/12/2016:

ASUR			Totale
	ABA390	ASUR B.II.2.a3) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per quota FSR di cui:	363.262.278
<i>al</i>		riparto LEA	203.177.416
<i>a2</i>		quote finalizzate al Fondo indistinto	23.038.479
<i>a3</i>		quote vincolate del Fondo Sanitario	119.871.946
<i>a4</i>		Payback	17.174.436
<i>b</i>	PDA160	REGIONE - D.V.1.a) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione per quota FSR	-359.886.029
<i>c=a+b</i>		REGIONE - Saldo quota FSR	3.376.249
<i>d</i>	ABA430	ASUR - B.II.2.a.7) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA	232.708
<i>e</i>	PDA170	REGIONE - D.V.1.b) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA	-232.708
<i>f</i>	ABA440	ASUR - B.II.2.a.8) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente extra LEA	914.607
<i>g</i>	PDA180	REGIONE - D.V.1.c) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente extra LEA	-14.607
<i>h</i>	ABA450	ASUR - B.II.2.a.9) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - altro	433.376
<i>i</i>	PDA210	REGIONE - D.V.1.f) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per altre prestazioni	-100.000
<i>l</i>	ABA460	ASUR - B.II.2.a.10) Crediti v/Regione o provincia autonoma per ricerca	83.892
<i>m</i>	PDA210	REGIONE - D.V.1.f) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per altre prestazioni	-83.892
<i>n=d+e+f+g +h+i+l+m</i>		REGIONE - Saldo altri crediti correnti	1.233.376
<i>o</i>	ABA480	ASUR - B.II.2.b) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per versamenti a patrimonio netto	45.877.470
<i>p</i>	PDA230	REGIONE - D.V.3) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione per versamenti c/patrimonio netto	-41.999.471
<i>q=o+p</i>		REGIONE - Saldo in conto capitale	3.877.999
<i>r</i>	PDA120	ASUR - D.III.5) Altri debiti v/Regione o Provincia Autonoma	-352.430
<i>s</i>	ABA580	REGIONE - B.II.4.a.3) Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per altre prestazioni	216.621
<i>t=r+s</i>		REGIONE - Saldo altri debiti	-135.809

Fonte: D.g.r. n. 421 del 28.04.2017 della Regione Marche

1.8 RIDUZIONE DEGLI APPARATI AMMINISTRATIVI

L'Organo di revisione ha attestato che l'Istituto si è adeguato alle disposizioni emanate dalla Regione per adempiere a quanto disposto dall'art. 6, comma 20¹ del d.l. n. 78 del 2010.

Si è chiesto all'Organo di revisione e all'Ente di fornire notizie in merito alle misure adottate per ottemperare a quanto previsto dalla Regione in attuazione dell'art. 6 del d.l. 78/2010 e successivi interventi legislativi integrativi.

L'Azienda, con nota prot. 00100/05/04/2018/ASUR/DG/P del 5 aprile 2018 ha ribadito che l'art. 6, comma 20 del d.l. n. 78/2010 prevede che: “le disposizioni del presente articolo non si applicano in via diretta alle Regioni, alle Province autonome e agli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, per i quali costituiscono disposizioni di principio ai fini del coordinamento della finanza pubblica”.

La Regione Marche, in materia, ha adottato la Delibera di Giunta n. 977 in data 7/8/2014 recependo solamente i limiti relativi a studi e consulenze, missioni e formazione.

Per quanto riguarda il predetto principio di coordinamento di finanza pubblica, al quale le Regioni devono conformarsi in assenza della predetta precettività per il SSN delle specifiche norme valide per le restanti Amministrazioni, il combinato disposto dell'art. 2, comma 73 della l. n. 191/2009 e dell'art. 15, comma 21 del d.l. 95/2012 prevede che le Regioni procedano alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi previsto nell'ambito dell'apposito Tavolo Tecnico permanente, e che la Regione è considerata adempiente accertato l'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti. In caso contrario la Regione è considerata adempiente solo ove abbia comunque assicurato l'obiettivo economico.

L'Azienda ha inviato pertanto i dati relativi a quanto recepito con Delibera di Giunta n. 977/2014:

¹ Il comma 20 recita “Le disposizioni del presente articolo non si applicano in via diretta alle regioni, alle province autonome e agli enti del Servizio sanitario nazionale, per i quali costituiscono disposizioni di principio ai fini del coordinamento della finanza pubblica. A decorrere dal 2011, una quota pari al 10 per cento dei trasferimenti erariali di cui all'art. 7 della legge 15 marzo 1997, n. 59, a favore delle regioni a statuto ordinario è accantonata per essere successivamente svincolata e destinata alle regioni a statuto ordinario che hanno attuato quanto stabilito all'art. 3 del decreto-legge 25 gennaio 2010, n. 2, convertito con legge 26 marzo 2010, n. 42 e che aderiscono volontariamente alle regole previste dal presente articolo. Con decreto di natura non regolamentare del Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato Regioni, sono stabiliti modalità, tempi e criteri per l'attuazione del presente comma.”

Tipologia spesa	Periodo di riferimento	Impegni				
		Parametro di riferimento (importo)	Percentuale riduzione disposta	Limite di spesa	Rendiconto 2016	Differenza tra limiti di spesa e impegni 2015
Studi e consulenze	Rendiconto 2009	1.349.600,00	80%	269.920,00	256.766,00	-13.154,00
Missioni	Rendiconto 2009	954.032,00	50%	477.016,00	400.814,00	-73.002,00
Formazione	Rendiconto 2009	298.998,00	50%	149.499,00	91.179,00	-58.320,00
TOTALE		2.602.630,00		896.435,00	748.759,00	-147.676

Fonte: Nota prot. n. 10100 del 05/04/2018 dell'ASUR Marche

1.9 RISCONTRI SULLA OMOGENEITA' E CORRISPONDENZA DEI DATI CONTABILI

Il Collegio Sindacale ha attestato che l'Azienda ha allegato i prospetti dei dati SIOPE al bilancio d'esercizio, compresi quelli relativi alle disponibilità liquide, così come richiesto dal comma 11, dell'art. 77-quater, del d. l. n. 112 del 2008 e dal d.m. attuativo del 23 dicembre 2009.

L'Organo di revisione ha attestato che non esiste discordanza tra i prospetti dei dati SIOPE con le scritture contabili dell'ente e tesoriere:

CODICE MOD SP	DISPONIBILITA' LIQUIDE	Valore iniziale	MOVIMENTI DELL'ESERCIZIO		Valore finale
			Incrementi	Decrementi	
ABA760	Cassa	800.130		-161.181	638.949
ABA770	Istituto Tesoriere	111.351.387	111.407.934		222.759.321
ABA780	Tesoreria Unica				
ABA790	Conto Corrente postale	2.082.255		-887.405	1.194.850

Dall'analisi dei dati è stato verificato che la consistenza finale dell'aggregato patrimoniale "Disponibilità liquide" sopra riportato trova corrispondenza con i dati di bilancio dell'Azienda.

STATO PATRIMONIALE:

Cassa	639
Istituto Tesoriere	222.759
Conto corrente postale	1.195

1.10 AGENTI CONTABILI

Prendendo le mosse dall'orientamento maturato in seno alla magistratura contabile circa la sussistenza dell'obbligo di rendere il conto a carico di tutti gli agenti contabili, ossia di chi ha avuto maneggio di denaro pubblico, e dunque ha avuto in carico risorse finanziarie provenienti da bilanci pubblici, sono stati chiesti chiarimenti in merito all'attuazione di tali obblighi da parte delle Aziende sanitarie e ad eventuali direttive in merito rivolte dalla Regione alle aziende.

In merito, la Giunta della Regione Marche, con d.g.r. n. 213 del 13/03/2017 ha approvato lo schema di regolamento per la disciplina delle operazioni degli agenti contabili degli enti del SSR. La delibera ha previsto che gli enti del SSR entro 30 giorni approvino il regolamento aziendale e, entro 30 giorni dall'approvazione di quest'ultimo, nominino gli agenti contabili.

L'Azienda, ha adottato il Regolamento per la disciplina degli agenti contabili e per la resa del conto giudiziale con determina n. 237/DG del 10/04/2017, recependo quanto disposto dalla Giunta Regionale delle Marche con delibera n. 213 del 13/03/2017. Sono stati nominati formalmente gli agenti contabili con determina n. 281/DG del 10/05/2017:

- agenti contabili per “maneggio di denaro”:
 - esterno Nuova Banca Marche quale tesoriere dell'Azienda;
 - agenti contabili “casse prestazioni” e agenti contabili “casse economali” suddivisi per Aree Vaste;
 - agenti contabili per “debito di materia” suddivisi per Aree Vaste;
- il Direttore Generale, quale rappresentante dell'Azienda, agente contabile in quanto consegnatario di azioni e partecipazioni dell'ente.

1.11 REDAZIONE DEL BILANCIO D'ESERCIZIO SECONDO IL D.LGS. 118/2011

Il Collegio Sindacale ha attestato che l'Azienda ha provveduto alla redazione del bilancio d'esercizio 2016 con lo schema definito con d.m. 20/3/2014²; la Nota Integrativa è stata integralmente compilata e contiene i modelli CE e SP per l'esercizio 2016 e per l'esercizio precedente.

² Art. 1 c. 1. Gli schemi dello Stato Patrimoniale, del Conto Economico e della Nota Integrativa di cui agli articoli 26, comma 3 e 32, comma 6 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, sono modificati rispettivamente secondo gli schemi di cui agli allegati 1, 2 e 3 al presente decreto.

E' stato predisposto il rendiconto finanziario come statuito dal d.lgs. n. 118/2011 (art. 26, c. 1).

Il bilancio d'esercizio è stato corredato da una relazione sulla gestione sottoscritta dal Direttore Generale, redatta secondo un apposito schema. La relazione sulla gestione, ai sensi dell'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 118/2011, contiene un'analisi dei costi sostenuti dall'Azienda per l'erogazione dei servizi sanitari, distinti per ciascun livello essenziale di assistenza.

L'Organo di revisione ha attestato che ciascuna voce del piano dei conti dell'azienda è univocamente riconducibile ad una sola voce dei modelli di rilevazione SP o CE, come disposto dall'art. 27 del d.lgs. n. 118/2011. Il Collegio ha rilevato che esistono alcune aree migliorabili, di cui si è già detto (cfr. par. 1. 6).

Ha, inoltre, riferito che il bilancio è stato redatto in ossequio agli articoli da 2423 a 2428 del codice civile, fatto salvo quanto diversamente disposto dal d.lgs. 118/2011 e dai provvedimenti attuativi.

Ha specificato che il bilancio preventivo 2016 è stato predisposto in ossequio alle disposizioni di cui all'art. 25 del d.lgs. 118/2011³.

Di contro, il bilancio di previsione 2017 non è stato predisposto secondo quanto stabilito dal suddetto art. 25 del d.lgs. 118/2011, in quanto l'Azienda ha operato in base al budget provvisorio assegnato con d.g.r.m. 1640/2016, atteso che la Regione Marche ha emanato direttive in merito alla predisposizione del bilancio preventivo 2017, solo con d.g.r. 1616 del 28.12.2017.

³Il d.lgs. 118/2011 (art. 25) richiede la predisposizione di un "bilancio preventivo economico annuale" con le seguenti caratteristiche:

- È redatto "in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della Regione" (c. 1).
- "Include un conto economico preventivo e un piano dei flussi di cassa prospettici, redatti secondo gli schemi di conto economico e di rendiconto finanziario previsti dall'articolo 26. Al conto economico preventivo è allegato il conto economico dettagliato, secondo [il modello ministeriale] CE" (c. 2).
- "È corredato da una nota illustrativa, dal piano degli investimenti e da una relazione redatta dal direttore generale [per le aziende] e dal responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la Regione per [la GSA]. La nota illustrativa esplicita i criteri impiegati nell'elaborazione del bilancio preventivo economico annuale; la relazione del direttore generale o del responsabile della gestione sanitaria accentrata evidenzia i collegamenti con gli altri atti di programmazione aziendali e regionali; il piano degli investimenti definisce gli investimenti da effettuare nel triennio e le relative modalità di finanziamento" (c. 3).
- "Deve essere corredato dalla relazione del Collegio Sindacale" (c. 3).

2. CONTO ECONOMICO

2.1 VERIFICHE SULLA CORRISPONDENZA DEI DATI CONTABILI

I prospetti del conto economico e dello stato patrimoniale (inseriti rispettivamente nelle parti II e III del questionario) riproducono integralmente i modelli di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale degli enti del servizio sanitario nazionale, adottati dal Ministero della Salute per la rilevazione dei dati nel Sistema Informativo della Sanità (NSIS), come modificati dal d.m. 15 giugno 2012.

Il Collegio Sindacale ha attestato che gli importi risultanti dalle scritture contabili dell'ente e riclassificati secondo il modello CE ministeriale corrispondono a quelli della quinta comunicazione al Nuovo Sistema Informativo della Sanità (NSIS).

Gli importi risultanti dalle scritture contabili dell'ente e riclassificati secondo il modello CE ministeriale concordano con quelli riportati nel modello CE allegato alla Nota Integrativa.

2.2 ANALISI DEL VALORE DELLA PRODUZIONE

Il Collegio Sindacale ha attestato che l'importo dei contributi in conto esercizio, a destinazione indistinta e vincolata, iscritti nel valore della produzione corrispondono a quanto assegnato all'ente dalla Regione, con proprio atto deliberativo.

L'Organo di revisione ha dichiarato che il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non tariffate non superiore al tetto del 30 per cento del limite di remunerazione assegnato, ai sensi dell'art. 8-sexies, del d.lgs n. 502/1992, inserito dall'art. 15, comma 13, lett. g, del d.l. 95/2012 "NON RICORRE".

In sede istruttoria, è stato richiesto, alla Regione Marche di relazionare in merito alle modalità osservate per la remunerazione delle funzioni non tariffate.

La Regione Marche con nota prot. 0379073 del 5 aprile 2018 ha precisato che in forza dell'articolo 26, comma 1 della l.r. n. 13/2003⁴, i contributi della regione all'ASUR sono calcolati a partire dalla

⁴ il finanziamento del servizio sanitario regionale è ripartito tra le diverse aree vaste, in base a criteri stabiliti dal Consiglio regionale, tenendo conto della popolazione residente e con le opportune ponderazioni riferite alle diverse categorie di bisogni, valutando, altresì, le specifiche attività assistenziali aventi valenza per più aree vaste, tenendo conto altresì degli indici di dispersione e di anzianità della popolazione, nonché delle zone disagiate per la particolare distanza dai capoluoghi di provincia e di regione.

quota capitaria, come stabilito dalla legge e nel dettaglio anche con atti del Consiglio regionale (DACR 277/1999 ed antecedenti).

L'Ente regionale ha specificato che la quota capitaria è quindi la modalità primaria di finanziamento della Regione all'ASUR per la erogazione dei LEA ai cittadini marchigiani e deve consentire all'ASUR di sostenere l'onere dei LEA (e quindi anche delle prestazioni di cui all'articolo 8-sexies, comma 1 - assistenza ospedaliera e ambulatoriale) rese ai cittadini marchigiani da presidi insistenti sia nel territorio marchigiano, che nel territorio di altre regioni, da presidi gestiti sia direttamente dall'ASUR, che gestiti da aziende ospedaliere, o da IRCS, o da aziende private accreditate.

In riferimento al vincolo del finanziamento delle funzioni delle strutture che erogano prestazioni ospedaliere e ambulatoriali ex art. 8 sexies del d.l.gs n. 502/1992 e s.m.i., la Regione ha specificato che il Ministero della salute, con proprio decreto del 21 giugno 2016, ha emanato le direttive per le modalità di verifica del rispetto del suddetto limite per le sole aziende ospedaliere, ospedaliere universitarie e istituti di ricerca, che vengono finanziate sulla base della remunerazione delle prestazioni erogate.

Secondo quanto attestato dal Collegio Sindacale, rispetto al valore del finanziamento sanitario di competenza dell'esercizio 2016 attribuito all'ente con delibera regionale, la quota trasferita per cassa dalla Regione entro il 31 dicembre risulta essere pari al 94,65 per cento:

Finanziamento sanitario di competenza	2.102.463.227
Quota trasferita entro il 31/12	1.989.973.388
%	94,65

(importi in euro)

2.3 VERIFICA DEL CICLO DI PROGRAMMAZIONE CONTABILE

La Regione Marche, con d.g.r. n. 1224 del 30/12/2015, ha autorizzato gli enti del SSR alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2016.

La programmazione regionale definitiva per l'anno 2016 è stata adottata con d.g.r. n. 1639 del 27/12/2016.

Con determina del Direttore Generale n. 821 del 29/12/2016 è stato adottato il bilancio economico preventivo per l'anno 2016 e pluriennale 2016-2018 dell'ASUR Marche, approvato dalla Regione Marche con d.g.r. n. 92 del 06/02/2017.

Con determina del Direttore Generale n. 256 del 02/05/2017 è stato adottato il bilancio di esercizio per l'anno 2016 dell'Azienda, approvato dalla Regione Marche con d.g.r. n. 659 del 20/06/2017.

In sede istruttoria, è stato chiesto, alla Regione Marche di relazionare in merito alla tardiva approvazione dei documenti di programmazione.

La Regione Marche, con nota prot. n. 0379073 del 5 aprile 2018, ha precisato che, nelle more dell'Intesa Stato Regioni sul riparto delle risorse del FSN, la Giunta regionale con d.g.r. n. 1224 del 30/12/2015 ha autorizzato gli Enti del SSR alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per lo svolgimento delle sole attività istituzionali. L'assenza di un bilancio preventivo, adottato nel mese di dicembre 2016, non ha significato la mancanza di una programmazione sanitaria avvenuta nell'ambito delle deliberazioni di autorizzazione della gestione provvisoria e di assegnazione alle direzioni generali di obiettivi sanitari (d.g.r.m. n. 1106/2016). Trimestralmente, gli enti del SSR hanno trasmesso alla Regione i dati economici di contabilità analitica al fine delle verifiche periodiche di rispetto di detti vincoli e del mantenimento dell'equilibrio economico complessivo (garantito anche in presenza degli eventi sismici che hanno colpito una parte rilevante del territorio regionale).

La Sezione nel rilevare la tardività con cui è stata approvata la programmazione regionale ed il bilancio preventivo economico 2016, nel raccomandare una maggiore tempestività nell'adozione degli strumenti in parola, prende, comunque, atto del significativo scostamento temporale del riparto del FSN e di ciò che ne consegue in termini di compiuta definizione delle risorse disponibili.

2.4 VERIFICHE SUL SISTEMA DEI CONTROLLI SULL'ATTIVITA' INTRAMOENIA

Il Collegio Sindacale ha attestato di aver effettuato puntuali verifiche circa la predisposizione, da parte dell'Azienda, di adeguata regolamentazione aziendale per le prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia, ai sensi dell'art. 5, c. 1 e 2, del d.p.c.m. 27 marzo 2000, e sulla sua corretta applicazione.

La Regione Marche con d.g.r. n. 106 del 23/02/2015⁵ ha adottato linee di indirizzo in merito.

⁵D.g.r.m. n. 106/2015, avente ad oggetto: "L.R. n. 13/2003 art. 3 comma 2 lett. a) - Approvazione linee d'indirizzo agli enti del SSR in materia di libera professione intramuraria del personale della dirigenza medica veterinaria e sanitaria e per l'adozione dei piani 21 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

L'Organo di revisione ha attestato che per la modalità di calcolo e rilevazione dei costi dell'attività intramoenia non si parla di "contabilità separata" bensì di una contabilizzazione separata dei relativi costi e ricavi.

È in tale senso che l'Azienda ha operato, raggruppando le voci in base alla loro natura contabile ed economica in specifici conti di ricavo e di costo, per registrare separatamente le operazioni relative alle prestazioni libero professionali.

I costi per la produzione intramoenia, quindi, vengono calcolati sommando i "costi diretti dei professionisti", rilevabili negli appositi conti economici, alla quota delle "spese generali" (quota spese di luce, acqua, gas,) quantificate applicando la percentuale di composizione dei ricavi per attività intramoenia sul totale dei ricavi aziendali, al totale dei costi definiti come "spese generali" e cioè a quei costi che sono afferenti sia all'attività istituzionale, sia all'attività intramoenia.

Si riporta di seguito la tabella del questionario mutuata sul modello della nota integrativa approvato con d.m. Salute 20 marzo 2013 per la verifica della copertura di tutti i costi con i ricavi per le prestazioni sanitarie erogate dall'azienda in regime di intramoenia:

PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE IN REGIME DI INTRAMOENIA		VALORE CE AL 31/12/2016	VALORE CE AL 31/12/2015	VARIAZIONI IMPORTO	VARIAZIONE %
AA0680	A.4.D.1) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera	247.113	170.686	76.427	44,78%
AA0690	A.4.D.2) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica	20.669.577	21.571.548	-901.971	-4,18%
AA0700	A.4.D.3) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area sanità pubblica	82.383	37.514	44.869	119,61%
AA0710	A.4.D.4) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58)	88.007	152.914	-64.907	-42,45%
AA0720	A.4.D.5) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	22.590	33.865	-11.275	-33,29%
AA0730	A.4.D.6) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro	0	0	0	
AA0740	A.4.D.7) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	0	0	0	
	TOTALE RICAVI INTRAMOENIA	21.109.670	21.966.527	-856.857	-3,90%
BA1210	B.2.A.13.1) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area ospedaliera	149.124	119.533	29.591	24,76%
BA1220	B.2.A.13.2) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area specialistica	15.953.825	17.393.370	-1.439.545	-8,28%
BA1230	B.2.A.13.3) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area sanità pubblica	30.407	31.412	-1.005	-3,20%

aziendali dei volumi di attività istituzionale e di attività libero professionale intramuraria. Revoca deliberazioni n. 1812/2000 e n. 972/2008".

BA1240	B.2.A.13.4) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58)	122.885	165.285	-42.400	-25,65%
BA1250	B.2.A.13.5) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58) (A. sanit. pubbliche della Regione)	0	0		
BA1260	B.2.A.13.6) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia – Altro	0	0		
BA1270	B.2.A.13.7) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	0		0	
	TOTALE QUOTE RETROCESSE AL PERSONALE (ESCLUSO IRAP)	16.256.241	17.709.600	-1.453.359	8,21%
	Indennità di esclusività medica, per la quota imputabile all'attività di libera professione				
	IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	1.248.349	1.208.258	40.091	3,32%
	costi diretti aziendali	140.357	156.734	-16.377	-10,45%
	costi generali aziendali	2.137.520	2.305.086	-167.566	-7,27%
	Fondo di perequazione	659.992	701.614	-41.622	-5,93%
	TOTALE ALTRI COSTI INTRAMOENIA	4.186.218	4.371.692	-185.474	-4,24%

L'Azienda, nella nota integrativa al bilancio es. 2016, tab. 54, in merito alla contabilizzazione dell'indennità di esclusività ha ribadito quando già scritto per il 2015, cioè che nelle tariffe delle attività libero-professionali l'indennità di esclusività non è considerata quale costo da coprire, essendo una voce contrattuale non correlata all'attività libero-professionale.

Parimenti la Regione Marche, con nota prot. n. 379073 del 5 aprile 2018, ha rilevato che tale indennità spetta contrattualmente ai dirigenti sanitari che optano per il rapporto di esclusività con l'azienda.

Ha argomentato, a tal riguardo, che il predetto rapporto di esclusività prevede che il dirigente esercente attività libero-professionale all'interno dell'azienda, può essere ammesso a partecipare a programmi, progetti ecc. afferenti la retribuzione di risultato e possa assumere incarichi occasionali aggiuntivi.

Ha, altresì, precisato che l'esercizio della libera professione intramuraria è una facoltà e non un obbligo e che l'indennità è erogata indipendentemente dal suo esercizio o meno atteso che l'obbligo di pagamento decorre dalla sottoscrizione del contratto individuale che contempla tale opzione.

In ragione di ciò ed avuto riguardo alla circostanza che l'indennità di esclusività, non è correlata esclusivamente all'esercizio della libera professione, ha ribadito come la stessa non possa essere contemplata tra le voci di costo da coprire mediante le tariffe delle attività libero-professionali.

Per il dettaglio delle caratteristiche dell'indennità è stato richiamato l'art. 5 del CCNL Dirigenza medica veterinaria 8/6/2000 precisando che, alla luce di quanto rappresentato, la Regione Marche
23 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

non sono state impartite nuove direttive agli enti per la contabilizzazione dell'indennità di esclusività.

La Sezione, già in sede di controllo del questionario sul bilancio 2013 dell'Istituto con del. n. 132/2015/PRSS del 18.05.2015, e in sede di parifica del rendiconto esercizio 2014 della Regione Marche del. n. 183/2015/PARI del 17.11.2015, ha osservato che una corretta contabilizzazione dei costi dell'intramoenia dovrebbe comprendere anche l'indennità di esclusività medica⁶ per la quota parte riconducibile all'attività stessa, in quanto l'indennità in esame costituisce un costo indiretto che dovrebbe essere ripartito tenuto conto dell'attività privata da parte del personale.

Si osserva inoltre che il costo potrebbe anche essere calcolato a livello aggregato come costo generale del personale.

2.5 ATTUAZIONE ART. 1 DELLA LEGGE 3 AGOSTO 2007 N. 120 – ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

L'articolo 1, della legge 3 agosto 2007, n. 120, come modificato dall'articolo 2 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, stabilisce regole precise per garantire l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria.

La Regione Marche, con d.g.r. n. 106 del 23/02/2015, ha approvato le linee di indirizzo agli enti del SSR in materia di libera professione intramuraria del personale della dirigenza medica e veterinaria e sanitaria e per l'adozione dei piani aziendali dei volumi di attività istituzionale e di attività libero professionale intramuraria ai sensi della legge n. 120/2007, art. 1, commi 4, 5, 6.

Il Collegio Sindacale ha riferito che nel 2016, in ottemperanza del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, la Regione non ha autorizzato l'Azienda allo svolgimento in via residuale di tali attività presso studi professionali privati collegati in rete.

L'Organo di revisione ha specificato che nei costi per l'attività intramoenia è stata considerata l'ulteriore quota, oltre a quella già prevista dalla vigente disciplina contrattuale, pari al 5 per cento del compenso del libero professionista per essere vincolata ad interventi di riduzione delle liste d'attesa, ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. e), del d.l. 158/2012.

⁶ Art. 5 del CCNL della Dirigenza medica - veterinaria 08.06.2000.

24 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

2.6 ACQUISTO DI PRESTAZIONI DA OPERATORI PRIVATI ACCREDITATI

La legge 27 dicembre 1997 n. 449, art. 32, comma 8, stabilisce che la Regione, in attuazione della programmazione sanitaria, è tenuta ad adottare una determinazione, di valenza autoritativa e vincolante, contenente il limite massimo annuale di spesa sostenibile con le risorse del fondo sanitario per l'acquisto di prestazioni sanitarie dalle strutture private e dai professionisti privati accreditati.

La legge regionale 20 ottobre 1998, n. 34 "Piano Sanitario Regionale 1998/2000" prevede al punto 2.3.1.1.3 che: *"la procedura contrattuale con le istituzioni private è condotta da una sola AUSL, in genere quella su cui insiste territorialmente e che usufruisce maggiormente delle attività della stessa istituzione privata, in nome anche delle altre AUSL regionali. Le Aziende USL definiscono tra loro i rapporti economici per la fruizione delle prestazioni dell'istituzione privata per tutti i cittadini residenti nelle Marche. La Regione, con appositi atti, predispone annualmente:*

- a) *I tetti massimi (quantitativi e qualitativi) della contrattazione;*
- b) *Le regole in caso di superamento del tetto delle prestazioni negoziate".*

Il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, all'art. 8-bis, comma 2, stabilisce che i cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali, e, al comma 3, che l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale è subordinato alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies⁷.

⁷ D.lgs. n. 229/1999 - Art. 8-quinquies "Accordi contrattuali"

1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

- a) Individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;
 - b) Indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;
 - c) Determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità ed alla rete dei servizi di emergenza;
 - d) I criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.
2. In attuazione di quanto previsto dal comma 1, la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano:
- a) Gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
 - b) Il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;

25 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

Il d.p.c.m. 29 novembre 2001, entrato in vigore il 23 febbraio 2002, ha definito i Livelli Essenziali di Assistenza⁸ e ha stabilito il grado di copertura dei bisogni sanitari che il Servizio Sanitario Nazionale deve offrire ai propri cittadini.

La legge regionale n. 20 del 16 marzo 2000 “Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all’esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private”, all’art. 2, comma 3, ha stabilito che: *“per accordo contrattuale si intende l’atto con il quale la Regione e le Aziende USL definiscono, con i soggetti accreditati pubblici e privati, la tipologia e la quantità delle prestazioni erogabili agli utenti del servizio sanitario regionale, nonché la relativa remunerazione a carico del servizio sanitario medesimo nell’ambito di livelli di spesa determinati in corrispondenza delle scelte della programmazione regionale”*.

La stessa legge, all’art. 23⁹, ha stabilito che *“i soggetti accreditati possono accedere, anche tramite rappresentanze di categoria, alle procedure negoziali per la definizione dei piani delle prestazioni di cui all’articolo 2, comma 8, della legge 28 dicembre 1995, n. 549”*.

-
- c) I requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
 - d) Il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell’accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);
 - e) Il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall’articolo 8-octies.

⁸ I Livelli essenziali di assistenza (LEA), vale a dire le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale, sono stati definiti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, entrato in vigore il 23 febbraio 2002.

I LEA sono organizzati in tre grandi aree:

- l’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell’inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);
- l’assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all’assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);
- l’assistenza ospedaliera, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, e così via.

Le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello “essenziale” garantito a tutti i cittadini, ma le regioni potranno utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA.

Le principali fonti normative sui Livelli essenziali di assistenza (Lea) sono rappresentate dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, aggiornato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, e dalla legge 16 novembre 2001, n. 405.

⁹ Articolo 23, della legge regionale n. 20 del 16 marzo 2000 - Accordi contrattuali -

1. I soggetti accreditati possono accedere, anche tramite rappresentanze di categoria, alle procedure negoziali per la definizione dei piani delle prestazioni di cui all’articolo 2, comma 8, della legge 28 dicembre 1995, n. 549.

2. La Giunta regionale determina l’ambito di applicazione degli accordi contrattuali, di cui all’articolo 8 chiunque, comma 1, del decreto legislativo, e in particolare:

26 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

La legge regionale 20 giugno 2003, n. 13, così come novellata dalla legge regionale n. 17 del 1 agosto 2011 “Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale”, ha affidato alla Regione la definizione, ai sensi dell’art. 23, della citata l.r. n. 20/2000, degli accordi quadro con le organizzazioni di categoria, relativi alla conclusione dei contratti di cui all’art. 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dall’art. 8-quinquies del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

Tra le prestazioni regolamentate da accordo regionale, si distinguono le seguenti tipologie:

- 1) prestazioni di ricovero;
- 2) prestazioni riabilitative (residenziali, semiresidenziali ed ambulatoriali);
- 3) prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- 4) prestazioni termali.

Nel rispetto dei limiti fissati dalla Giunta regionale, la definizione puntuale delle prestazioni oggetto di accordo è negoziata dalle singole strutture con l’Azienda sanitaria, entro trenta giorni dal recepimento dell’accordo sottoscritto a livello regionale o, in mancanza, del relativo atto di indirizzo. La mancata sottoscrizione di tali ulteriori accordi determina la sospensione dei pagamenti a carico del servizio sanitario regionale nei confronti delle strutture inadempienti.

Fino alla stipulazione dei nuovi accordi, continuano a valere gli ultimi accordi stipulati.

La successiva legge regionale n. 30 settembre 2016, n. 21, all’art. 20 “Definizione degli accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie”, ha stabilito che la Regione e gli enti del SSR definiscono accordi con le strutture pubbliche e stipulano contratti con i soggetti privati accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale. In particolare, la Regione può stipulare accordi a livello regionale con le organizzazioni rappresentative dei soggetti

-
- a) individua le responsabilità riservate alla Regione e quelle attribuite alle Aziende unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;
 - b) detta indirizzi per formulare i programmi di attività delle strutture interessate, con l’indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal piano sanitario nazionale;
 - c) definisce le modalità di integrazione tra le strutture pubbliche e private, con particolare riferimento all’utilizzo di personale dipendente delle Aziende del servizio sanitario regionale da parte delle strutture private, nell’ambito di specifiche convenzioni tra queste ultime e le Aziende;
 - d) determina il piano delle attività relative alle alte specialità e ai servizi di emergenza;
 - e) fissa i criteri per determinare la remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura e compatibilmente con i vincoli di programmazione economico-finanziaria derivanti dagli accordi con lo Stato.

accreditati e gli enti del SSR stipulano gli accordi con i singoli soggetti privati accreditati per la fornitura di prestazioni.

La qualità di soggetto accreditato non costituisce obbligo per gli enti del SSR a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli appositi accordi contrattuali di cui agli articoli 8 quinquies e 8 sexies del d.lgs. n. 502/1992. Gli accordi contrattuali sono stipulati dagli enti del SSR nel rispetto dei vincoli determinati dai tetti di spesa stabiliti dalla Regione e degli indirizzi fissati nell'ambito della programmazione regionale.

La Giunta regionale determina l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e in particolare:

- a) individua le responsabilità riservate alla Regione e quelle attribuite agli enti del SSR nella definizione degli accordi medesimi e nella verifica del loro rispetto;
- b) detta indirizzi agli enti del SSR per formulare i programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della
- c) programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;
- d) definisce le modalità di integrazione tra le strutture pubbliche e private, con particolare riferimento
- e) all'utilizzo di personale dipendente degli enti del SSR da parte delle strutture private nell'ambito di specifiche convenzioni tra i soggetti interessati;
- f) determina il piano delle attività relative alle alte specialità e ai servizi di emergenza.

Nel rispetto dei limiti fissati dalla Giunta regionale, la definizione puntuale delle prestazioni oggetto di accordo contrattuale è negoziata dalle singole strutture con gli enti del SSR, nell'esercizio delle funzioni di committenza loro proprie. La mancata sottoscrizione degli accordi relativamente alle prestazioni oggetto di committenza determina la riduzione contestuale del relativo corrispettivo economico.

Fino alla stipulazione dei nuovi accordi continuano a valere gli ultimi accordi stipulati, compatibilmente con i vincoli di programmazione economico-finanziaria derivanti dalla normativa statale e dagli accordi con lo Stato e nel rispetto di quanto previsto al comma precedente.

In materia di razionalizzazione della spesa sanitaria, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, è stato disposto quanto segue:

- a decorrere dall'anno 2014, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza ospedaliera, una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla Regione, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, del 2 per cento, ai sensi dell'articolo 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135;
- per l'anno 2015, la ridefinizione dei tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, da parte delle regioni o degli enti del servizio sanitario nazionale, in modo da ridurre la spesa di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014, ai sensi dell'art. 9-quater, co. 7, del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2015, n. 125;
- per l'anno 2016, la legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), ha disposto che *“in considerazione del processo di riorganizzazione del settore ospedaliero privato accreditato, in attuazione di quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la Salute [...], e negli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute [...], in deroga ai limiti previsti dal primo periodo. Al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adottare misure alternative, volte, 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 di cui al primo periodo, nonché gli obiettivi previsti dall'articolo 9-quater, comma 7, del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125; possono contribuire al raggiungimento del predetto obiettivo finanziario anche misure alternative a valere su altre aree della spesa sanitaria [...]”*.

Evidenti conseguenze di questi provvedimenti sono state:

- un'immediata restrizione della possibilità per i cittadini di potersi curare liberamente su tutto il territorio nazionale e, conseguentemente, di poter consapevolmente scegliere le strutture più adeguate e da loro considerate di eccellenza;

- un effetto negativo sulle attività economiche incluse negli indotti dei territori interessati.

Per far fronte a questa situazione, il Ministro della Salute, con nota prot. n. 00060900-P-16-16/06/2016, diretta ai Presidenti e agli Assessori alla sanità delle regioni e Province autonome, ed ai Commissari e sub Commissari ad acta delle regioni in piano di rientro, ha ritenuto intervenire puntualizzando la corretta interpretazione delle modifiche introdotte dalla legge di stabilità 2016 e la necessità di favorire la mobilità interregionale per le prestazioni di alta specialità.

Il Ministro ha sottolineato, innanzi tutto, la funzione delle disposizioni della legge di stabilità 2016 (articolo 1, commi 574 e ss.), ossia la tutela del “[...] diritto di libera scelta del luogo di cura, in particolar modo per le prestazioni di alta specialità, e quindi a promuovere l'erogazione di prestazioni qualificate anche per i pazienti che si recano in regioni diverse da quelle di appartenenza”. Coerentemente con questo obiettivo, l'integrazione legislativa, correttamente interpretata, ammetterebbe l'introduzione di “[...] elementi di flessibilità per la definizione di contratti con le strutture accreditate private [e quindi] l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità [...] a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza, [anche] in deroga ai limiti di spesa di cui all'articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, purché sia comunque garantito l'equilibrio economico complessivo del servizio sanitario regionale. Le richiamate disposizioni sono volte a garantire lo stesso livello e qualità di servizio al cittadino (sia in termini di tempi di attesa, sia di remunerazione alla struttura di erogazione) indipendentemente dalla regione di provenienza”.

La misura di contenimento della spesa, di cui all'articolo 15, comma 14, del d.l. 95/2012, è aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente già adottate dalle singole regioni e trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordi, facendo riferimento, in tale ultimo caso, agli atti di programmazione regionale della spesa sanitaria.

Pertanto, per il controllo di tale componente di spesa, è di fondamentale importanza la tempestiva programmazione dei fabbisogni assistenziali da parte delle Regioni, la stipula dei rispettivi contratti che definiscono, ad inizio d'anno, i budget per ciascun operatore privato accreditato e i controlli sulla appropriatezza delle prestazioni rese.

2.6.1 Verifica sulla tempistica della programmazione regionale

La Sezione ha verificato che, nelle more della definizione del riparto del Fondo sanitario nazionale relativo al 2016, la Giunta regionale ha assegnato gli obiettivi di budget annuali ai Direttori generali con d.g.r.m. n. 1224 del 30/12/2015, d.g.r.m. n. 1639 del 27/12/2016 e d.g.r.m. n. 421 del 28/04/2017.

In particolare:

- con d.g.r.m. n. 1224 del 30/12/2015, nelle more della definitiva assegnazione delle risorse, ha autorizzato gli enti del SSR ed il DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2016 per lo svolgimento delle sole attività istituzionali, nei limiti dei costi gestionali per l'anno 2016, al netto degli scambi infragruppo, definiti secondo i criteri sotto riportati e la cui copertura deve essere garantita con lo stesso livello di entrate proprie di cui alla delibera di assegnazione del budget 2015 (d.g.r.m. n. 1223 del 30/12/2015):
 - i costi gestionali sono stati prudenzialmente ridotti dello 0,5 per cento rispetto al budget autorizzato per l'anno 2015;
 - la mobilità passiva extraregionale e i costi relativi alle quote vincolate sono state definite pari a quelle previste nel budget 2015;
 - i costi da destinare agli investimenti ai sensi del d.lgs 118/2011 sono stati autorizzati per un valore complessivo di euro 43.000.000.

Pertanto, il totale dei costi autorizzati per l'anno 2016 è stato pari ad euro 2.966.439.352, comprensivo della spesa da destinare agli investimenti, di cui euro 2.294.781.355 all'ASUR, euro 383.954.834 all'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona ed al DIRMT, euro 219.919.316 all'Azienda Ospedaliera Marche Nord ed euro 67.783.847 all'INRCA.

- con d.g.r.m. n. 1639 del 27/12/2016 sono state assegnate le risorse per l'anno 2016 (budget 2016) agli enti del SSR e al DIRMT e sono state approvate le disposizioni per la redazione del bilancio preventivo economico 2016 e del bilancio pluriennale di previsione 2016-2018 degli enti del SSR. Per la definizione del budget la Regione ha considerato i preconsuntivi elaborati dagli enti del SSR sulla base del III report di contabilità analitica, le previsioni di incremento dei costi derivanti da atti di indirizzo regionale approvati dalla Giunta regionale nell'ultimo trimestre del 2016, nonché l'impatto degli eventi sismici sui costi del SSR.

Le entrate proprie ed il totale dei costi degli enti del SSR per l'anno 2016 sono stati definiti negli incontri per la negoziazione del budget (16/12/2016).

Inoltre, l'importo previsto di ricavo da Pay-back è pari alla stima della quota incassata nel corso dell'anno per le altre voci di Pay-back, non avendo informazioni sullo stato del ricorso al TAR nei confronti di AIFA delle ditte farmaceutiche per il ripiano dello sfondamento del tetto della spesa farmaceutica.

I dati di mobilità interregionale sono stati infine aggiornati sulla base di quanto riportato nelle tabelle dell'Intesa n. 63/CSR/2016 di riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2016.

Negoziazione budget enti del SSR anno 2016

NEGOZIAZIONE CON GLI ENTI DEL SSR ANNO 2016		CE PREVENTIVO 2016 (DGR 1224/15)	BILANCIO DI PREVISIONE 2016
FSR indistinto agli enti del SSR di cui:		2.643.194.920	2.690.083.236
a4.1	da destinare agli investimenti ai sensi del D.Lgvo 118/2011	43.000.000	38.141.742
a4.2a	da destinare alla spesa corrente	2.448.680.529	2.499.691.925
a4.2b	da destinare al F.do di riequilibrio	142.973.775	143.982.575
a4.2c	da destinare a spesa corrente con vincolo di destinazione regionale	8.540.616	8.266.994
b Mobilità attiva extraregionale		120.964.777	112.689.874
c Fondo Sanitario Regionale vincolato di cui:		40.696.068	44.293.869
c1	Obiettivi di carattere prioritario	25.456.694	26.713.373
c1.1	Farmaci innovativi	8.888.684	11.025.817
c2	Medicina Penitenziaria	2.559.222	2.508.015
c3	Quote vincolate a copertura costi (esclusività, assistenza stranieri)	1.533.799	1.435.283
c4	Altre quote vincolate (borse di studio MMG, assistenza detenuti tossic., OPG e screening neonatale)	2.257.670	2.611.381
d Ulteriori trasferimenti agli enti del SSR di cui:		26.507.412	10.569.529
d1	Pay Back	26.507.412	10.375.529
d2	Risorse regionali aggiuntive	-	194.000
e=(a4+b+c+d) TOTALE TRASFERIMENTI DA REGIONE AGLI ENTI DEL SSR		2.831.363.177	2.857.636.508
f ENTRATE PROPRIE DEGLI ENTI DEL SSR DI CUI:		135.076.177	144.454.678
f1	Ricavi propri	118.022.583	115.271.316
f2	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione	1.716.946	4.517.016
f3	Ricavi straordinari	15.336.648	24.666.347
g=e+f TOTALE RISORSE DISPONIBILI PER GLI ENTI DEL SSR		2.966.439.353	3.002.091.187
h TOTALE COSTI		2.966.439.353	3.002.091.187
h1	Gestionali (al netto della mobilità passiva extraregionale)	2.769.260.782	2.805.612.594
h2	Mobilità passiva extraregionale	147.710.756	142.560.611
h3	Costi relativi alle quote vincolate (riferimento voci a2.2c e c4)	6.467.814	10.876.240

h4	Costi da destinare agli investimenti ai sensi del d.lgs 118/2011	43.000.000	43.041.742
j = (g-h)	Avanzo/disavanzo programmato	0	0

Fonte: D.g.r.m. n. 1639 del 27/12/2016

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

Il totale dei costi autorizzati agli enti del SSR ed al DIRMT risulta quindi pari ad euro 3.002.091.187, come di seguito riportato, di cui euro 2.322.742.785 all'ASUR, euro 381.742.357 all'AOU Ospedali Riuniti di Ancona ed al DIRMT, euro 230.013.013 all'AO Ospedali Riuniti Marche Nord ed euro 67.593.032 all'INRCA.

Le risorse necessarie a garantire il mantenimento dell'equilibrio economico degli enti del SSR sono costituite da euro 2.857.636.508 euro di trasferimenti regionali (voce e) e da euro 144.454.678 di entrate proprie (voce f), come evidenziato nella sotto riportata tabella, di cui:

- Risorse del Fondo sanitario indistinto pari ad euro 2.690.083.236 (voce a4 della tabella);
- Mobilità attiva extraregionale pari ad euro 112.689.874 (voce b della tabella);
- Risorse del Fondo sanitario vincolato pari ad euro 44.293.869 (voce c della tabella);
- Risorse da Pay-back per euro 10.375.529 (voce d1 della tabella);
- Ulteriori risorse regionali per euro 194.000,00 (voce d3 della tabella).

PROGRAMMAZIONE REGIONALE		Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
a1	Fondo Sanitario Regionale indistinto FSR indistinto a soggetti diversi dagli enti del SSR	2.766.961.617	2.809.862.723	2.835.762.723
a2	FSR GSA ai sensi dell'art. 29 del d.lgs. 118/2011	34.072.373	30.323.013	25.055.905
a4	FSR indistinto agli enti del SSR di cui:	2.690.083.236	2.736.733.703	2.767.900.811
<i>a4.1</i>	<i>da destinare agli investimenti ai sensi del d.lgs. 118/2011</i>	<i>38.141.742</i>	<i>47.400.000</i>	<i>45.000.000</i>
<i>a4.2</i>	<i>da destinare alla spesa corrente degli enti del SSR</i>	<i>2.643.674.500</i>	<i>2.680.786.708</i>	<i>2.714.353.816</i>
<i>a4.3</i>	<i>da destinare a spesa corrente con vincolo di destinazione regionale</i>	<i>8.266.994</i>	<i>8.546.995</i>	<i>8.546.995</i>
b	Mobilità attiva extraregionale	112.689.874	98.455.253	98.643.585
c	Fondo Sanitario Regionale vincolato di cui:	44.293.869	44.293.869	44.293.869
<i>c1</i>	<i>Obiettivi di carattere prioritario</i>	<i>26.713.373</i>	<i>26.713.373</i>	<i>26.713.373</i>
<i>c1.1</i>	<i>Farmaci innovativi</i>	<i>11.025.817</i>	<i>11.025.817</i>	<i>11.025.817</i>
<i>c2</i>	<i>Medicina Penitenziaria</i>	<i>2.508.015</i>	<i>2.508.015</i>	<i>2.508.015</i>
<i>c3</i>	<i>Quote vincolate o copertura costi (esclusività, assistenza stranieri)</i>	<i>1.435.283</i>	<i>1.435.283</i>	<i>1.435.283</i>
<i>c4</i>	<i>Altre quote vincolate (borse di studio MMG, assistenza detenuti tossic., OPG e screening neonatale)</i>	<i>2.611.381</i>	<i>2.611.381</i>	<i>2.611.381</i>
d	Ulteriori trasferimenti agli enti del SSR di cui:	10.569.529	10.569.529	10.569.529
<i>d1</i>	<i>Pay Back</i>	<i>10.375.529</i>	<i>10.375.529</i>	<i>10.375.529</i>
<i>d3</i>	<i>Risorse regionali aggiuntive</i>	<i>194.000</i>	<i>194.000</i>	<i>194.000</i>
e= (a4+b+c+d)	TOTALE TRASFERIMENTI DA REGIONE AGLI ENTI DEL SSR	2.857.636.508	2.890.052.354	2.921.407.794
f	ENTRATE PROPRIE DEGLI ENTI DEL SSR di cui:	144.454.678	144.035.111	144.035.111
<i>f1</i>	<i>Ricavi propri</i>	<i>115.271.316</i>	<i>114.867.629</i>	<i>114.867.629</i>
<i>f2</i>	<i>Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione</i>	<i>4.517.016</i>	<i>4.913.135</i>	<i>4.913.135</i>
<i>f3</i>	<i>Ricavi straordinari</i>	<i>24.666.347</i>	<i>24.254.347</i>	<i>24.254.347</i>
g= (e+f)	TOTALE RISORSE DISPONIBILI PER GLI ENTI DEL SSR	3.002.091.187	3.034.087.464	3.065.442.904
h	TOTALE COSTI PER GLI ENTI DEL SSR di cui	-3.002.091.187	-3.034.087.465	-3.065.442.904
<i>h1</i>	<i>Costi gestionali (al netto della mobilità passiva extraregionale)</i>	<i>-2.805.610.459</i>	<i>-2.805.610.459</i>	<i>-2.839.277.784</i>
<i>h2</i>	<i>Mobilità passiva extraregionale</i>	<i>-142.560.611</i>	<i>-169.918.630</i>	<i>-170.006.744</i>
<i>h3</i>	<i>Costi relativi alle altre quote vincolate (voci a4.3 e c4)</i>	<i>-10.878.375</i>	<i>-11.158.376</i>	<i>-11.158.376</i>
<i>h4</i>	<i>Costi da destinare agli investimenti ai sensi del d.lgs. 118/2011 (riferimento voce a2.1)</i>	<i>-43.041.742</i>	<i>-47.400.000</i>	<i>-45.000.000</i>
i=(g+h)	RISULTATO DI GESTIONE	0	0	0

Fonte: Regione Marche - D.g.r. n. 1639 del 27/12/2016

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

- con determina del Direttore Generale dell'ASUR n. 821 del 29/12/2016 è stato adottato il bilancio di Previsione 2016, coerente con la d.g.r.m. n. 1639 del 27/12/2016 citata, ed approvato con d.g.r.m. n. 92 del 06/02/2017;

- con d.g.r.m. n. 421 del 28/04/2017, nell'ambito dell'approvazione delle disposizioni per la redazione del bilancio d'esercizio 2016 degli enti del SSR, ai sensi dell'art. 14 della l.r. n. 47 del 19/11/1996 e s.m.i. ed ai sensi degli art. 26 e 29 del decreto legislativo n. 118 del 23/06/2011 e s.m.i., è stata disposta l'assegnazione definitiva delle risorse agli enti del SSR e, conseguentemente, sono stati rimodulati, con i decreti n. 145/BRT del 20/06/2017 e n. 166/BRT del 12/07/2017, gli impegni 2016 assunti a valere sulle risorse del Fondo sanitario indistinto.

Nella medesima deliberazione è stato precisato che, i dati relativi al riparto tra gli enti del SSR del Fondo sanitario indistinto, destinato al finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza per l'anno 2016, in coerenza con la d.g.r.m. n. 1639/2016 ed ai sensi dell'art. 29, comma 1, lett. i), del d.lgs. 118/2011, sono stati trasmessi dall'Agenzia Regionale Sanitaria, con nota prot. n. 4070 del 20 aprile 2017, mentre, i contributi per fondo di riequilibrio tengono conto dei dati di pre chiusura degli enti del SSR e degli importi assegnati in base alla programmazione di cui alla d.g.r.m. n. 1639/2016.

La delibera citata ha anche previsto che le somme non assegnate agli enti del SSR siano attribuite alla GSA, ai sensi dell'art. 29, comma 1, lett. i), del decreto legislativo n. 118/2011. Tali somme, rappresentano residui ai sensi dell'articolo 30 della legge regionale n. 37 del 30/12/2014.

Inoltre, nell'Allegato A della citata d.g.r.m. n. 421/2017, la Regione Marche ha stabilito l'importo del contributo in conto esercizio assegnato all'ASUR derivante dal riparto del fondo sanitario indistinto per l'anno 2016, pari ad un importo di 2.030.708.438,07 euro, ed i valori dei dati di mobilità sanitaria, così come suddivisi nei prospetti di cui alla nota ARS prot. 4070 del 20 aprile 2017 trasmessi dalla Regione Marche.

Si riporta qui di seguito la tabella inserita nella Relazione sulla gestione, allegata al rendiconto generale della Regione Marche per l'anno 2016 (Allegato A1 alla d.g.r.m. n. 428 del 28/04/2017), che confronta l'assegnazione agli enti del SSR del Fondo Sanitario Regionale Indistinto 2016 rispetto a quanto previsto in sede di budget.

Fondo sanitario regionale 2016

	BILANCIO PREVISIONE 2016 SSR	BILANCIO DI ESERCIZIO 2016 SSR
Fondo Sanitario Regionale Indistinto	2.766.961.617	2.766.961.617
FSR indistinto a soggetti diversi dagli enti del SSR	42.806.008	41.665.431
FSR GSA ai sensi dell'art. 29 del d.lgs 118/2011	34.072.373	25.924.544
Conguaglio mobilità internazionale da restituire		
FSR indistinto agli enti del SSR di cui:	2.690.083.236	2.699.371.642
<i>da destinare agli investimenti ai sensi del d.lgs 118/2011</i>	38.141.742	36.930.139
<i>da destinare alla spesa corrente degli enti del SSR</i>	2.643.674.500	2.654.174.547
<i>da destinare a spesa corrente con vincolo di destinazione regionale</i>	8.266.994	8.266.955

Fonte: Relazione sulla gestione, allegata al rendiconto generale della Regione Marche per l'anno 2016 (Allegato A1 alla d.g.r. n. 428 del 28/04/2017).

Come riportato nella citata Relazione sulla gestione esercizio 2016 della Regione Marche, l'incremento delle risorse assegnate di 10,5 mln di euro compensa la mancata assegnazione del contributo per Pay-back (previsto nel bilancio di previsione pari a euro 10,3 mln di euro).

Le risorse assegnate assicurano un risultato d'esercizio 2016 positivo per tutti gli enti del SSR che adottano i propri bilanci d'esercizio entro il 30/04/2017.

La Regione Marche, come risulta dal verbale della riunione con il Tavolo di verifica degli adempimenti, di cui all'art. 12 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, tenutasi in data 18 luglio 2017, relativo all'analisi del Conto Consuntivo 2016 (Allegato 1), accluso alla nota della Regione prot. n. 831632 del 30 agosto 2017, ha rappresentato che, dopo il completamento delle registrazioni contabili relative alle somme da attribuire alla GSA, le risorse del Fondo sanitario indistinto sarebbero state suddivise come di seguito riportato:

- 142,561 mln di euro impegnate per spese di mobilità passiva extraregionale;
- 2.669,501 mln di euro assegnate ed impegnate agli enti del SSR;
- 65,590 mln di euro ad altri soggetti per la spesa direttamente gestita dalla GSA;
- 25,694 mln di euro allocate a provento della GSA in quanto somma non assegnata agli enti del SSR o ad altri soggetti.

L'ASUR ha adottato il proprio bilancio d'esercizio dell'anno 2016 con determina del Direttore Generale n. 256 del 07/05/2017, chiudendo con un risultato economico positivo, per un importo di euro 165.522,00.

2.6.2 Verifica circa la stipula dei contratti per la definizione del budget per ciascun operatore privato accreditato

L'erogazione di servizi sanitari da parte degli operatori privati accreditati deve essere preceduta dalla stipula di contratti che determinano il budget e i volumi massimi di prestazioni erogabili da ciascuna struttura privata accreditata.

Occorre ricordare che rispetto agli accordi regionali, sempre con l'autorizzazione della Regione, l'ASUR può stipulare *accordi integrativi* al fine di perseguire specifici obiettivi assistenziali e contenere i tempi di attesa, nonché procedere al trasferimento dei tetti nell'ambito delle varie tipologie di prestazioni erogate, laddove specificato negli accordi regionali e nei successivi accordi contrattuali.

La Sezione ha rilevato che, ai fini dell'accreditamento delle strutture private, il punto 2.5 dell'Allegato 1 al d.m. Sanità 2 aprile 2015, n. 70, concernente il Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 04/06/2015 ed in vigore dal 19/06/2015, con formulazione identica a quella già contenuta nell'Intesa Stato-regioni sul medesimo regolamento, rep. atti n. 98/CSR del 05/08/2014, come rettificata con l'Intesa rep. atti n. 198/CSR del 15/01/2015, e recepita dalla Regione Marche con d.g.r. n. 541 del 15/07/2015, ha previsto che:

- *“a partire dal 1° gennaio 2015, entri in vigore e sia operativa una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali, non inferiore a 60 p.l. per acuti, ad esclusione delle strutture monospecialistiche che...”;*
- *“al fine di realizzare l'efficientamento della rete ospedaliera, per le strutture accreditate già esistenti alla data del 1° gennaio 2014, che non raggiungono la soglia dei 60 posti accreditati per acuti, anche se dislocate in siti diversi all'interno della stessa Regione sono favoriti i processi di riconversione e/o fusione attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico ai fini dell'accreditamento da realizzarsi entro il 30 settembre 2016, al fine di consentirne la piena operatività dal 1° gennaio 2017”.*

- *“in questi casi, con riferimento al nuovo soggetto giuridico ai fini dell’accreditamento la soglia dei p.l. complessivi non può essere inferiore a 80 p.l. per acuti e le preesistenti strutture sanitarie che lo compongono devono assicurare attività affini e complementari”.*
- *“di norma, il processo di fusione delle suddette strutture deve privilegiare l’aggregazione delle stesse in un’unica sede e, preliminarmente, ciascuna struttura oggetto di aggregazione deve possedere una dotazione di posti letto per acuti autorizzati e accreditati non inferiore a 40 posti letto per acuti. Conseguentemente, dall’ 1 luglio 2015 non possono essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti”;*
- *dal 1 gennaio 2017 non possono essere sottoscritti contratti con le strutture accreditate con posti letto ricompresi tra 40 e 60 posti letto per acuti che non sono state interessate dalle aggregazioni di cui al precedente periodo”.*

In particolare, la Sezione ha verificato quanto segue:

- con d.g.r.m. n. 288 del 09/04/2015 sono state emanate linee di indirizzo per la riorganizzazione delle Case di cura multispecialistiche private accreditate, nell’ambito del processo di riorganizzazione del SSR;
- con d.g.r.m. n. 559 del 15/07/2015, è stato approvato lo schema di Accordo sulla riorganizzazione, ai sensi del d.m. n. 70/2015, con le Case di cura multispecialistiche private accreditate nella Regione Marche aderenti ad AIOP, con il quale le singole strutture hanno scelto di utilizzare la forma giuridica organizzatoria della c.d. “Rete d’Impresa”, denominata “Casa di Cura delle Marche”, alla quale aderiscono 3 sub reti di Area Vasta: Rete Impresa “Casa di Cura AV2” (Villa Igea e Villa Serena), Rete impresa “Casa di Cura AV3” (Villa dei Pini e Casa di Cura Marchetti) e Rete Impresa “Casa di Cura Area Vasta 4/5” (Case di Cura Villa Verde, Villa San Marco, Villa Anna e Stella Maris). Tale riorganizzazione ha previsto la riconversione delle strutture “Villa Serena” e “Casa di Cura Marchetti” da strutture per acuti a strutture per post acuti/riabilitazione e residenzialità. Le parti, tra l’altro, hanno concordato che, qualora gli impegni assunti non venissero assolti nei precisi contenuti e termini previsti dall’Accordo stesso, *“i posti letto accreditabili per le singole strutture non potranno comunque essere superiori a quelli già*

previsti nella d.g.r.m. n. 735/2013¹⁰, con ogni conseguente determinazione anche in ordine a provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento, nonché a convenzioni in essere”;

- con d.g.r.m. n. 755 del 21/09/2015 è stato prorogato al 30/09/2015 in accoglimento della richiesta presentata dall’Associazione AIOP, il termine previsto al punto 5 dell’Accordo sulla riorganizzazione delle Case di Cure private accreditate multispecialistiche, approvato con d.g.r.m. 559/2015, per la trasmissione del contratto costitutivo della Rete d’Impresa “Case di Cura delle Marche”;
- con d.g.r.m. n. 1109 del 15/12/2015, è stata approvata e recepita l’Intesa per gli aspetti applicativi e gestionali, relativi all’anno 2014, dell’Accordo già approvato con d.g.r.m. n. 280/2014 ed il nuovo Accordo per l’anno 2015, siglati dal dirigente del Servizio Sanità con l’Associazione AIOP e con le singole Case di Cura private multispecialistiche accreditate della Regione Marche, aderenti e non alla stessa Associazione. Con la medesima deliberazione è stato prorogato al 15/03/2016, in accordo con tutti i sottoscrittori, il termine già previsto per il 31/12/2015 al punto 6 dell’Accordo sulla riorganizzazione delle Case di cura private accreditate multispecialistiche aderenti ad AIOP, approvato con d.g.r.m. n. 559 del 15/07/2015, per il completamento delle procedure di autorizzazione e di accreditamento coerenti con il nuovo assetto deliberato dalla Giunta regionale (d.g.r.m. n. 908/2015, rettificata con d.g.r.m. n. 940/2015). Inoltre, a seguito dell’aggiudicazione alla Casa di Cura “Abano Terme” della struttura “Salus Srl” di Jesi, in fallimento, è stato preso atto della volontà espressa dalla stessa Casa di Cura “Abano Terme” di procedere alla definizione dell’acquisizione attraverso la controllata Casa di Cura “Villa Igea”, per addivenire alla costituzione di un unico soggetto giuridico fra entrambe le suddette strutture operanti nell’ambito dell’Area Vasta n. 2. Al fine di preservare i livelli occupazionali nei limiti previsti dal disciplinare di vendita, le procedure di autorizzazione/accreditamento già intraprese da entrambe le strutture sono state sospese fino alla data di notificata alla Regione Marche dell’effettiva acquisizione e, comunque, non oltre il 31/12/2015. Pertanto, per quanto riguarda il completamento del percorso di autorizzazione accreditamento del nuovo soggetto giuridico, è stato fissato il termine del 15/03/2016 per le

¹⁰ Cfr. d.g.r.m. n. 735 del 20/05/2013: “Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della d.g.r. n. 1696/2012.

modifiche/trasformazioni della sede di Ancona (già Villa Igea), mentre per la sede di Jesi (già Salus Srl) il termine è stato posticipato al 30/09/2016 per la sola parte della struttura interessata alla ristrutturazione finalizzata alla collocazione dei posti letto di RSA;

- con d.g.r.m. n. 294 del 31/03/2016, è stato modificato l'Allegato A alla d.g.r.m. n. 908 del 19/10/2015, così come rettificato ed integralmente sostituito con d.g.r.m. n. 940 del 26.10.2015, limitatamente alla distribuzione dei posti letto previsti nella Tabella "Riordino posti letto Case di cura multispecialistiche" tra le Case di Cura "Villa Serena" e "Villa Igea", entrambe di proprietà della "Labor SpA".

	DGR 940/2015			
	pl ACUTI	pl LPA (cod HSP 60)/ RIAB (cod HSP 56)	pl CI	pl RSA
cdc villa serena	0	60	20	20
cdc villa igea	70	24	0	0
totale	70	84	20	20

	MODIFICA DGR 940/2015			
	pl ACUTI	LPA (cod HSP 60)/ RIAB (cod HSP 56)	pl CI	pl RSA
cdc villa serena	0	74	0	20
cdc villa igea	70	10	20	0
totale	70	84	20	20

Legenda:

LPA: Lungodegenza Post-acuzie

RIAB: Lungodegenza – Riabilitazione

CI: Cure Intermedie

RSA: Residenza sanitaria assistenziale

Fonte: Regione Marche – D.g.r.m. n. 294 del 31/03/2016

- con decreto n. 278/ACR del 20/07/2016 della PF Accreditamenti è stata autorizzata la trasformazione della tipologia dei posti letto, in attuazione delle dd.gg.rr. n. 908/2015, n. 940/2015 e n. 294/2016, della struttura sanitaria denominata "Casa di Cura Privata Villa Serena" di Jesi (AN), per una dotazione complessiva di n. 94 posti letto, fermo restando le attività ambulatoriali già autorizzate, così suddivisi:
 - n. 24 posti letto di lungodegenza (Cod. 60);
 - n. 50 posti letto di riabilitazione (Cod. 56)
 - n. 20 posti letto di RSA
- con d.g.r.m. n. 1071 del 12/09/2016 è stata approvata e recepita l'Intesa con l'allora Associazione AIOP e singole Case di Cura sugli aspetti attuativi e gestionali dell'accordo per l'anno 2015 riguardanti le modalità di ripartizione ed assegnazione agli erogatori privati accreditati delle somme relative ai progetti di contrasto alla mobilità passiva e delle somme riconoscibili per la

mobilità attiva anno 2015.

La Sezione ha, altresì, verificato che la Regione Marche ha stipulato i seguenti Accordi con le Strutture private accreditate:

- con d.g.r.m. n. 1438 del 23/11/2016 è stato approvato e recepito l'Accordo con Case di Cura private di riabilitazione accreditate (ARIS) per gli anni 2016-2017-2018, siglato dal dirigente del Servizio Sanità con l'Associazione ARIS, contenuto nell'Allegato "A".

L'accordo, si pone in continuità con quanto previsto negli ultimi accordi siglati negli anni precedenti, l'ultimo dei quali, per gli anni 2014-2015, è stato approvato con d.g.r.m. n. 1064/2014. Il precedente accordo ha stabilito il budget da attribuire alle strutture private di riabilitazione accreditate, successivamente aumentato di euro 480.000 dalla d.g.r.m. n. 281/2014.

A seguito del fabbisogno di cui alla d.g.r.m. n. 1331 del 25/11/2014¹¹, che ha previsto la creazione di nuovi posti letto di riabilitazione intensiva e/o estensiva extra-ospedaliera e, in relazione ai Centri di Ambulatoriali di riabilitazione, la Regione Marche, nelle more della ricognizione dell'offerta degli stessi, con particolare riferimento alla componente riabilitativa pediatrica (logopedia, ecc.), ha ritenuto opportuno ridurre la differenziale distribuzione territoriale dell'offerta riabilitativa in età evolutiva, con particolare riferimento alle Aree Vaste 1 e 5 che presentano forti liste di attesa e più evidente carenza di servizi per la parte relativa alle disabilità minori, ex art. 26, legge 23 dicembre 1978, n. 833¹². A tale scopo, la stessa Regione ha ritenuto prevedere in queste Aree Vaste un iniziale budget incrementale per prestazioni in età evolutiva e di inserire strutture riabilitative accreditate ai sensi della l.r. 20/2000, per l'erogazione di prestazioni riabilitative a favore dell'età evolutiva e già contrattualizzate dall'AV5, con un riallineamento del budget per la parte relativa alle disabilità dei minori, ex art. 26.

¹¹ Cfr. d.g.r.m. n. 1331 del 25/11/2014: "Accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale tra Regione Marche ed Enti Gestori - modifica della d.g.r. 1011/2013":

¹² Legge 23/12/1978, n. 833 - art. 26: "Prestazioni di riabilitazione".

Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale (13/b). Sono altresì garantite le prestazioni protesiche nei limiti e nelle forme stabilite con le modalità di cui al secondo comma dell'art. 3. Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono approvati un nomenclatore-tarifario delle protesi ed i criteri per la sua revisione periodica (13/c).

In particolare, i budget assegnati per il 2016 non hanno subito variazioni, come da allegati 1 e 2 della d.g.r.m. 1064/2014, ad eccezione di quanto di seguito esplicitato:

1. Santo Stefano di Ascoli:

- a. per la sede S. Stefano di Ascoli Piceno, già operativa per 21 p.l. di Riabilitazione Ospedaliera cod. 56, per l'attività degli ulteriori 13 p.l. (tot 34 p.l.), per il periodo ottobre-dicembre 2016, è stato previsto un aumento di budget di euro 298.333,00;
- b. per i 4 posti letto di Residenza Protetta, già ricompresi nell'atto di fabbisogno, da contrattualizzare direttamente dall'ASUR;

2. Comunità di Capodarco:

- a. Comunità Sant'Andrea: è stato concordato che i 10 posti di semiresidenziale della Comunità, autorizzati ed accreditati, e convenzionati direttamente fin dal 2010 dall'ASUR/Area Vasta 4, rientrino nel presente accordo con il relativo budget (come da nota prot. n. 0047109 dcl 06/10/2016 ASUR/AV4) e classificati come semiresidenziale alto livello. Pertanto, non è stato previsto un budget aggiuntivo ma lo stesso già disposto dall'ASUR viene reso visibile e ricompreso nella tabella allegata all'accordo (euro 357.000,00);
- b. Per la trasformazione di n. 30 p.l. da PRF3 - RD3 a PRF2 - RD 1.3, è stato previsto un aumento di budget di e 63.00000 per l'anno 2016;

3. Lega del Filo d'oro:

- a. per la struttura residenziale per disabili psicosensoriali è stato incrementato il budget di euro 90.000,00 per l'anno 2016;

4. Strutture riabilitative dedicate all'età evolutiva ed alla riabilitazione ambulatoriale:

- a. in considerazione della forte carenza di strutture riabilitative dedicate all'età evolutiva ed alla riabilitazione ambulatoriale complessa nell'Area Vasta 1, e in particolare nel Distretto di Pesaro, al fine di assicurare una idonea copertura dei livelli Essenziali di Assistenza anche in questo territorio, nelle more di una puntuale ricognizione del fabbisogno su scala regionale che è già stata avviata, per il periodo ottobre-dicembre 2016, è stato disposto di attribuire alle strutture firmatarie dell'Accordo, già titolari di accordi contrattuali con AV1, un budget incrementale di euro 80.000 (Istituto Santo Stefano 60.000 euro, Fondazione Don Gnocchi 20.000 euro), finalizzato ad incrementare prestazioni per il trattamento di disabilità neuropsichiatriche cognitive e sensoriali

dell'età evolutiva anche coinvolgendo, con accordi di collaborazione, strutture accreditate già operanti nel Distretto di Pesaro;

- b. Sport Life: è stato previsto un incremento del budget del 2015 di euro 25.000, per il periodo ottobre-dicembre 2016, AV4;
- c. ANFFAS Grottammare, centro autorizzato ed accreditato, e convenzionato direttamente dall'ASUR/Area Vasta 5, budget 2015 di euro 7.920,00 (DG ASUR/AV5 n. 364 del 20/06/2016);

5. S. Stefano - Residenza Dorica:

- a. E' stato recepito il budget già assegnato per il 2015 relativo ai 16 p.l. di RD1.2 di Residenza Dorica di cui alla DGR 1013/14;

6. ASP Paolo Ricci:

- a. Il budget storico delle prestazioni residenziali è stato abbattuto di euro 60.000. Viene incrementato del medesimo importo il budget per le attività ambulatoriali e semiresidenziali;
- b. Budget aggiuntivo 2016 ottobre-dicembre: incrementato di euro 914.333,00, di cui euro 298.333,00 per degenza ospedaliera, euro 450.000,00 per attività extra ospedaliera e euro 166.000,00 per attività ambulatoriale.

Come previsto dal precedente accordo di cui alla d.g.r.m. n. 1064/2014, nell'ambito del budget assegnato, nei limiti del 15 per cento, è stata prevista la possibilità di effettuare redistribuzioni di budget tra le attività anche di differente livello assistenziale, per ogni singola struttura. La redistribuzione, oltre che all'interno della singola struttura, potrà essere effettuata d'intesa con il direttore di Arca Vasta, tra strutture diverse anche facenti capo al medesimo gruppo societario, situate nella stessa Area Vasta. Nel caso di strutture situate in differenti Aree Vaste, è stata data facoltà all'ASUR di redistribuire il budget delle singole strutture sulla base dell'evoluzione della domanda territoriale di prestazioni in corso di esercizio (previa comunicazione da parte delle strutture all'ASUR ed alle Aree Vaste, entro il mese di settembre di ogni anno, dei volumi indicativi di attività e di budget previsti a consuntivo). Nell'ambito del Gruppo S. Stefano, la redistribuzione in oggetto è stata consentita anche per le sedi di Fossombrone e Serrapetrona della società Abitare il Tempo, per la Casa di Cura Villa Jolanda, acquisita nel corso del 2016, e per la struttura residenziale Anni Azzurri del Conero, sebbene non afferente all'accordo in questione.

**Tabella Budget 2016 Strutture Riabilitative residenziali ed Ambulatoriali della Regione Marche –
Adeguamento budget 2016**

		Budget 2015	Incrementi 2016	Budget 2016/2017
Strutture Riabilitative Ospedaliere				
	Istituto di Riabilitazione S.Stefano	19.227.470	298.333	19.525.803
	integrazione DGR 1165/2015*	480.000		
	Sub Totale Ospedaliere	19.707.470	298.333	19.525.803
Strutture Riabilitative Extra-ospedaliere				
	Istituto di Riabilitazione S.Stefano**	28.933.863		28.933.863
	Fabriano Buona Novella	369.838		369.838
	Falconara Fond. Don Gnocchi	4.727.187		1.227.187
	Lega del Filo D'Oro	2.226.472	90.000	2.316.472
	Villaggio delle Ginestre	1.243.798		1.243.798
	Paolo Ricci Civitanova	1.060.879	-60.000	1.000.879
	Comunità Capodarco	1.113.742	63.000	1.176.742
	Istituto Mancinelli	1.225.196		1.225.196
	Abitare il Tempo	4.024.463		4.024.463
	Sub Totale Degenze Extra-ospedaliere	44.925.438	93.000	41.148.970
Diurno Ambulatoriale*				
	Istituto di Riabilitazione S.Stefano	9.941.298	60.000	10.001.298
	Don Gnocchi - Don Gnocchi - Fano	411.192	20.000	431.192
	Don Gnocchi - Don Gnocchi Senigallia-Falconara	5.333.913		5.333.913
	La buona Novella - Fabriano	38.783		38.783
	Lega filo d'Oro - Osimo	554.553		554.553
	Villaggio ginestre - Recanati	638.075		638.075
	Paolo Ricci - Civitanova	1.356.139	60.000	1.416.139
	ANFFAS - Macerata	1.650.399		1.650.399
	ANFFAS - Grottammare	7.920	1.000	8.920
	Comunità Capodarco	1.225.323	357.000	1.582.323
	Centro Montessori	992.683		992.683
	Istituto Mancinelli	113.150		113.150
	Sport Life	681.736	25.000	706.736
	Sub Totale Diurno e Ambulatoriale	22.945.164	523.000	23.468.164
	Totale Generale	87.578.072	914.333	84.142.937

*Mobilità Passiva

**D.g.r. 1013/2014 integrazione Budget euro 347.818,92 per n. 62 p.l. RD1.2 Riab. Estensiva per Residenza Dorica

Fonte Regione Marche - D.g.r.m. n. 1438 del 23/11/2016

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

- con d.g.r.m. n. 1577 del 19/12/2016, come parzialmente rettificata con d.g.r.m. n. 971 del 29/08/2017, è stata approvato e recepito l'Accordo con le Strutture private aderenti all'Associazione Italiana delle Unità Autonome Private di Day Surgery accreditate della Regione Marche (AIUDAPDS) e Libera Associazione Imprese Sanitarie Ambulatoriali Nazionali (LAISAN), per gli anni 2016-2017-2018. Con tale accordo, la Regione Marche, in considerazione del permanere delle criticità sui tempi di attesa, della mobilità passiva, specie delle aree di confine con altre regioni che incide pesantemente nel bilancio regionale, e considerati i vincoli normativi del rispetto dell'approvvigionamento delle risorse umane nelle strutture ospedaliere pubbliche, ha ritenuto di dover trasferire numerose prestazioni medico-diagnostiche e chirurgiche dal regime ospedaliero alle strutture extra-ospedaliere in regime ambulatoriale o di day surgery.

In particolare, il budget anno 2016 è stato così determinato:

AIUDAPDS: considerata la tardività dell'inizio del progetto, è stato confermato il budget già stabilito con d.g.r.m. n. 1067/2015 di euro 150.775,00. Le prestazioni oggetto del budget storico sono state valorizzate agli importi tariffari presenti nell'accordo nella misura percentuale rilevata dalle attività svolte nell'anno precedente. Per quanto attiene la mobilità attiva, è stato confermato il limite previsto del tetto stabilito nel 2014-2015 con d.g.r.m. n. 1067 del 22/09/2014 di euro 706.665,96, incrementato di euro 220.000 (importo risultante da transazione sul reale fatturato riconosciuto e liquidato per l'anno 2013, così come previsto dall'accordo Stato-regioni n. 62/CSR del 14/04/2016). Per il progetto di recupero della mobilità passiva lo stesso è stato confermato solo per il 2016.

LAISAN: considerato il 2016 primo anno di budget regionale, è stata resa evidente l'attività già svolta per conto dell'ASUR per le prestazioni di medicina sportiva per il rilascio di certificazione di idoneità sportiva agonistica per minori, di euro 34.090,00 (Determina del Direttore della Area Vasta 5 n. 614/AV5 del 09/06/2016).

In merito al Progetto per l'Abbattimento delle liste d'Attesa, per l'anno 2016, è stato assegnato, per il tramite di ASUR, un budget per ognuna delle due sigle sindacali, per le prestazioni di seguito specificate in base alle aree di competenza delle strutture aderenti alla LAISAN e ad AIUDAPS, per le quali si sono impegnate ad applicare uno sconto tariffario dal 5 per cento al 20 per cento di seguito specificato per singola prestazione, sulle tariffe del nomenclatore tariffario (d.g.r.m. n. 1468/2014, d.g.r.m. n. 5/2015 e d.g.r.m. n. 193/2015). Tali prestazioni sono

45 Cortei dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

rivolte a cittadini residenti nella Regione Marche per abbattimento delle liste di attesa. Il budget assegnato è stato spalmato tra le prestazioni, come indicate nella sotto riportata tabella; tuttavia, è stata riconosciuta la compensazione tra le stesse delle specifiche prestazioni di seguito elencate, nella misura pari al 30 per cento.

Inoltre:

AIUDAPDS: Le prestazioni oggetto del progetto per l'abbattimento delle liste d'attesa sono state valorizzate per gli importi tariffari presenti nell'accordo nella misura percentuale rilevata dalle attività svolte nell'anno precedente in totale euro 199.225.00;

LAI SAN: per il periodo novembre-dicembre 2016, è stata messa a disposizione la cifra complessiva di euro 17.500.00 per le prestazioni di diagnostica.

**Tabella Budget 2016 - Associazione Italiana delle Unità Dedicare Autonome Private di Day Surgery -
AIUDAPDS**

Budget			Anno 2016
	A	Prestazioni di chirurgia ambulatoriale extraospedaliera con sconto del 20%	3.570,08
	B	Prestazioni di chirurgia ambulatoriale extraospedaliera con sconto del 5%	95.156,72
	C	Prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui alla diagnostica con scontistica del 10%	-
	D	Prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui alla diagnostica con scontistica del 20%	-
	E	Prestazioni di specialistica ambulatoriale specialistica e diagnostica senza scontistica	52.048,21
Sub Totale			150.775,00
Progetto per l'abbattimento delle liste d'attesa	A	Prestazioni di chirurgia ambulatoriale extraospedaliera con sconto del 20%	28.002,66
	B	Prestazioni di chirurgia ambulatoriale extraospedaliera con sconto del 5%	74.007,98
	C	Prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui alla diagnostica con scontistica del 10%	43.206,38
	D	Prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui alla diagnostica con scontistica del 20%	25.203,72
	E	Prestazioni di specialistica ambulatoriale specialistica e diagnostica senza scontistica	28.804,26
Sub Totale			199.225,00
Totale			350.000,00
Tetto mobilità attiva			926.665,96

Per quanto riguarda le compensazioni relative all'anno 2016, vale quanto concordato con il contratto 2014-2015 (d.g.r. 1067/14) in prorogatio per il 2016, al punto 2 di "Accordi contrattuali" a pag. 8.

Fonte Regione Marche - D.g.r.m. n. 1577 del 19/12/2016

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

Tabella Budget 2016 - Libera Associazione Imprese Sanitarie Ambulatoriali Nazionali - LAISAN

Budget			Anno 2016
		Prestazioni di Medicina Sportiva per il rilascio di certificazione di idoneità sportiva agonistica per minori -	34.090,00
Progetto per l'abbattimento delle liste d'attesa	A	Prestazioni di chirurgia ambulatoriale extraospedaliera con sconto del 20%	-
	B	Prestazioni di chirurgia ambulatoriale extraospedaliera con sconto del 5%	12.500,00
	C	Prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui alla diagnostica con scontistica del 10%	5.000,00
	D	Prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui alla diagnostica con scontistica del 20%	-
	E	Prestazioni di specialistica ambulatoriale specialistica e diagnostica senza scontistica	-
Sub Totale			17.500,00
Totale			51.590,00
Tetto mobilità attiva			-

Fonte Regione Marche - D.g.r.m. n. 1577 del 19/12/2016

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

- con d.g.r.m. n. 1636 del 27/12/2016, la Regione Marche, ha proceduto alla approvazione del nuovo Accordo per il triennio 2016/2018 con le Strutture multispecialistiche private accreditate, cosiddetta “Rete d’Impresa”, denominata “Casa di Cura delle Marche” (Sub reti Case di Cura della AV2; Case di Cura AV3 e Case di Cura AV4/5), siglato tra tutte le parti in data 23/12/2016, tenendo conto dei nuovi limiti e criteri introdotti dalla legge di stabilità 2016 (legge 28 dicembre 2015, n. 208).

Tale accordo si pone in continuità con quanto previsto negli accordi degli anni precedenti (d.g.r.m. 1064/2014 e d.g.r.m. n. 1109/2015), ed è coerente al programma di riorganizzazione della rete di offerta privata e delle singole strutture, sulla base di quanto disposto dal d.m.. n. 70/2015, e dalle dd.gg.rr. n. 559/2015 e n. 908/2015 (come rettificata con d.g.r.m. n. 940/2015).

L’accordo ha introdotto elementi di ulteriore dettaglio per far fronte a specifiche necessità di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, a fronte dei quali le singole strutture aderenti alla “Rete d’Impresa” si sono impegnate a garantire i livelli occupazionali preesistenti l’accordo, la cui validità è subordinata alla sussistenza del requisito di accreditamento della struttura medesima ed al fatto che i singoli accordi di fornitura debbano essere sottoscritti con ASUR nel rispetto della programmazione e degli indirizzi contenuti nel medesimo atto da ciascuna delle sub reti aderenti alla Rete di Impresa.

E' stato inoltre preso atto del percorso attivato ai fini della riorganizzazione e degli impegni assunti per la completa attuazione dello stesso, il quale ha previsto la riconversione in posti letto post acuzie di due strutture per acuti e residenziali, nonché progetti di rete su base di Area Vasta, con riordino di posti letto ed una ripartizione dei budget storici.

A supporto dei programmi di Riduzione dei Tempi di Attesa (RTA) e Recupero Mobilità Passiva (RMP), che la Regione ha già avviato con d.g.r.m. n. 279/2014, d.g.r.m. n. 280/2014 e d.g.r.m. n. 281/2014, con specifiche azioni di contrasto e contenimento della mobilità passiva, è stato richiesto alle strutture erogatrici private uno specifico impegno. Nell'ambito di un più consistente programma di riduzione delle liste di attesa e di contrasto alla mobilità passiva, la Regione ha ritenuto di dover definire con le strutture aderenti all'AIOP della rete d'impresa, denominata "Casa di Cura delle Marche", e con le strutture che effettuano assistenza ospedaliera in regime di ricovero (aderenti all'ARIS), un nuovo specifico contratto triennale di committenza finalizzato all'incremento di alcuni volumi di produzione su specifiche attività che prevedono ancora aspetti critici di offerta da parte del sistema regionale. Inoltre, sulla base dell'Accordo di Confine per la gestione della Mobilità Passiva (Accordo Stato-regioni n. 62/CSR del 14/04/2016 "Intesa sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2016), la Regione ha ritenuto di dover incrementare le attività assistenziali non di alta complessità, ove la risposta interna può trovare soddisfacimento mediante una maggior definizione della committenza nell'ambito del programmazione regionale,

Con tale accordo, le parti si sono impegnate a partecipare al Piano Regionale per il governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica, sottoposte a stretto monitoraggio con d.g.r.m. n. 808/2015¹³. Sempre nell'ottica del miglioramento dei tempi di attesa, sono stati attuati specifici progetti volti alla valorizzazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Per gli anni 2016, 2017 e 2018, è stato confermato il budget ordinario di cui alla d.g.r.m. n. 559 del 15/07/2015¹⁴. Inoltre, è stato concordato che le eventuali economie dovute a minore

¹³ Cfr. d.g.r.m. n. 808 del 29/09/2015: "Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per le prestazioni di Specialistica ambulatoriale e diagnostica sottoposte a monitoraggio dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA), per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2015-2016":

¹⁴ Cfr. d.g.r.m. n. 559 del 15/07/2015 "Case di cura private multispecialistiche accreditate nella Regione Marche aderenti ad AIOP. Approvazione schema di Accordo sulla riorganizzazione ai sensi del decreto Ministero della Sanità 2 aprile 2015, n. 70: "Regolamento 49 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

produzione

di una o più Case di Cura potranno essere distribuite, su proposta della Rete d'Impresa, tra le Case di Cura che avessero superato il budget di competenza.

In merito al riequilibrio del budget assegnato, come previsto dal precedente Accordo, di cui alla d.g.r.m. n. 1109/2015, è stata data la possibilità di effettuare redistribuzioni di budget tra le attività anche di differente livello assistenziale per ogni singola struttura nei limiti del 15 per cento, nonché, d'intesa con il direttore di Area Vasta, un'ulteriore possibilità di redistribuzione, oltre che dall'interno della singola struttura, tra strutture diverse anche facenti capo alla medesima rete di impresa situate nella stessa Area Vasta. Nel caso di strutture situate in differenti Aree Vaste, è stata data facoltà all'ASUR di redistribuire, in accordo con la Rete d'Impresa, il budget delle singole strutture sulla base dell'evoluzione della domanda territoriale di prestazioni in corso di esercizio. Infine, alle strutture riconvertite (Villa Serena e Casa di cura Marchetti) è stata data la possibilità di compensare tra loro nella medesima misura del 15 per cento le prestazioni residenziali/cure intermedie/Lungodegenza e Riabilitazione.

La mobilità attiva per l'anno 2016 è stata riconosciuta in euro 31.663.670, poiché è risultata inferiore rispetto al tetto degli anni precedenti.

Tabella Budget di spesa anno 2016 Attività Ordinaria Case di Cura multispecialistiche, già presente nella d.g.r.m. n. 559/2015

BUDGET REGIONALE 2016					
		DEGENZE	AMBULATORIALI	CURE INTERMEDIE	TOTALE 2016
RETE IMPRESA AV/2	Villa Igea	10.548.351,35	1.197.726,14	1.058.500,00	12.804.577,49
	Villa Igea (Progetto DCA)	270.000,00	-	-	270.000,00
	Villa Serena	4.363.991,10	777.562,92	-	5.141.554,02
	Totale Rete impresa AV/2	15.182.342,45	1.975.289,06	1.058.500,00	18.216.131,51
RETE IMPRESA AV/3	Sanitrix - Villa Pini	12.393.768,07	2.013.616,82	-	14.407.384,89
	Sanitrix - Villa Alba	-	511.378,18	-	511.378,18
	Casa di Cura Dr. Marchetti	1.517.670,00	674.718,03	1.058.500,00	3.250.888,03
	Totale Rete impresa AV/3	13.911.438,07	3.199.713,03	1.058.500,00	18.169.651,10
RETE IMPRESA AV/5	Villa Verde	4.296.504,05	547.118,53	-	4.843.622,58
	Villa Anna	4.389.750,55	953.332,00	-	5.343.082,55
	Villa San Marco	2.624.522,55	1.440.834,60	-	4.065.357,15
	Stella Maris/San Benedetto	2.600.000,00	620.000,00	-	3.220.000,00
	Totale Rete impresa AV/5	13.910.777,15	3.561.285,13	-	17.472.062,28
	Totale Generale	43.004.557,67	8.736.287,22	2.117.000,00	53.857.844,89

Fonte: Regione Marche - D.g.r.m. n. 1636 del 27/12/2016

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera” (15G00084) (GU n. 127 del 04/06/2015)

50 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

Tabella Budget Mobilità Attiva anno 2016

MOBILITA' ATTIVA 2016				
		DEGENZE	AMBULATORIALI	TOTALE 2016
RETE IMPRESA AV/2	Villa Igea	2.630.000,00	433.670,00	3.063.670,00
	Villa Serena	320.000,00	20.000,00	340.000,00
	Totale Rete impresa AV/2	2.950.000,00	453.670,00	3.403.670,00
RETE IMPRESA AV/3	Sanitrix - Villa Pini	7.270.000,00	50.000,00	7.320.000,00
	Casa di Cura Dr. Marchetti	50.000,00	-	50.000,00
	Totale Rete impresa AV/3	7.320.000,00	50.000,00	7.370.000,00
RETE IMPRESA AV/5	Villa Verde	3.010.000,00	270.000,00	3.280.000,00
	Villa Anna	9.250.000,00	1.340.000,00	10.590.000,00
	Villa San Marco	4.750.000,00	1.040.000,00	5.790.000,00
	Stella Maris/San Benedetto	1.140.000,00	90.000,00	1.230.000,00
	Totale Rete impresa AV/5	18.150.000,00	2.740.000,00	20.890.000,00
Totale Generale		28.420.000,00	3.243.670,00	31.663.670,00

Fonte: Regione Marche - D.g.r.m. n. 1636 del 27/12/2016

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

Tabella Budget Progetti Riduzione Tempi di Attesa e Recupero Mobilità Passiva anno 2016

BUDGET "PROGETTI" RTdA E RMP 2016				
		Anno 2015	Incrementi 2016	Budget anno 2016
RETE IMPRESA AV/2	Struttura Privata Accreditata			
	Villa Igea	1.380.966,00	1.606.534,00	2.987.500,00
	Villa Serena	-	-	-
Totale Rete impresa AV/2		1.380.966,00	1.606.534,00	2.987.500,00
RETE IMPRESA AV/3	Sanitrix - Villa Pini	1.106.017,00	1.546.483,00	2.652.500,00
	Casa di Cura Dr. Marchetti	-	-	-
	Totale Rete impresa AV/3	1.106.017,00	1.546.483,00	2.652.500,00
RETE IMPRESA AV/5	Villa Verde	641.417,00	343.583,00	985.000,00
	Villa Anna	229.532,00	- 149.532,00	80.000,00
	Villa San Marco	322.068,00	- 247.068,00	75.000,00
	Stella Maris/San Benedetto	-	-	-
	Totale Rete impresa AV/5	1.193.017,00	- 53.017,00	1.140.000,00
Totale AIOP (DGR 1071/2016)		3.680.000,00	3.100.000,00	6.780.000,00
ARIS		480.000,00	-	480.000,00
TOTALI AIOP-ARIS		4.160.000,00	3.100.000,00	7.260.000,00

Fonte: Regione Marche - D.g.r.m. n. 1636 del 27/12/2016

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

- con d.g.r.m. n. 184 del 07/03/2017 è stato approvato l'Accordo per gli anni 2016/2018 tra la Regione Marche e le Organizzazioni di categoria (ANISAP, FEDERLAB e SNABILP) rappresentative delle strutture di Laboratorio analisi private autorizzate e accreditate e con i singoli Laboratori analisi privati autorizzati e accreditati del SSR.

Con tale accordo, le parti hanno inteso superare la conflittualità presente da anni nel settore che ha portato ripetutamente i Laboratori ad adire le vie legali. L'obiettivo è stato quello di ristabilire un corretto rapporto collaborativo tra le parti. Pertanto, il nuovo accordo ha inteso rivedere la quota economica assegnata agli stessi, riequilibrando le singole situazioni per agevolare il processo, ormai indifferibile, di riorganizzazione del settore come stabilito dalla normativa nazionale.

L'accordo ha previsto la collaborazione tra pubblico e privato con la partecipazione delle strutture di laboratorio private accreditate al potenziamento dei servizi sul territorio, relativamente ai prelievi domiciliari e alla gestione dei punti prelievo pubblici. Inoltre, sono stati previsti dei gruppi di lavoro congiunti per affrontare il riordino e altre tematiche del settore.

I Laboratori e le Associazioni rappresentative che hanno aderito all'accordo si sono impegnate a chiudere tutte le controversie giudiziarie e non in atto, sia nei confronti della Regione Marche, di altri enti del SSR e di altre strutture di laboratorio, nonché a non promuovere alcuna controversia, sia giudiziaria che amministrativa, che attenesse direttamente e/o indirettamente le materie oggetto dell'accordo medesimo. A tale proposito, a totale chiusura di ogni eventuale richiesta sul periodo pregresso, è stato concordato di assegnare una somma complessiva una tantum fissa ed insuperabile, di 1 milione di euro, da ripartire tra le strutture private di Laboratorio analisi accreditate e con rapporto contrattuale con il SSR, sulla base della quota percentuale con la quale le stesse concorrono alla determinazione della produzione eccedente il budget nel periodo 2011/2015. La somma, erogata per il tramite dell'ASUR, è subordinata alla rinuncia ad ogni pretesa economica e al ritiro da parte di ogni singolo Laboratorio accreditato e con rapporto contrattuale con il SSR di tutte le controversie giudiziarie in essere alla data della sottoscrizione dell'accordo, a spese compensate tra le parti.

Inoltre, poiché l'ultimo accordo regionale del settore risale al 2011, come approvato con d.g.r.m. n. 1650 del 07/12/2011, successivamente modificato con d.g.r.m. n. 1708 del 19/12/2011, le parti hanno concordato di rimodulare, con decorrenza dal 01/01/2016, i budget delle strutture di Laboratorio analisi accreditati e con rapporto convenzionale con il SSR, riconsiderando, come punto di partenza, il valore del budget "storico", rideterminato in euro 7.229.387,84, a seguito di approfondimenti effettuati. Al fine di perequare tale situazione, è stato individuato un primo criterio "strutturale" che ha considerato il 70 per cento quale soglia minima del rapporto tra budget e produzione al netto del ticket. L'applicazione di tale criterio, per l'anno 2016,

considerato sulla base dei dati 2015, ha riguardato n. 20 laboratori analisi. A seguito di tale prima perequazione, è stato riconosciuto un incremento del budget fino al raggiungimento di detta percentuale per un importo complessivo di euro 884.665,01. Le parti hanno poi concordato di introdurre un secondo criterio perequativo che ha preso in considerazione lo scostamento tra il totale del budget, come sopra rideterminato, e la produzione totale al netto del ticket. La somma che è stata destinata a questo ulteriore criterio perequativo ammonta a euro 825.334,99, con l'obiettivo che nessun laboratorio si ponesse al di sotto dell'80 per cento del rapporto tra budget e produzione al netto del ticket, individuato quale soglia minima. Questa somma è stata distribuita secondo le quote percentuali individuate. La somma che è stata destinata alla rimodulazione dei budget, come sopra illustrata, ammonta complessivamente a 1.964.443,76 euro, come risulta nella Tabella sotto riportata. Inoltre, le strutture di laboratorio accreditate e con rapporto contrattuale con il SSR, che hanno presentato un rapporto tra budget e produzione al netto del ticket pari o superiore al 100 per cento, non hanno subito decurtazioni, mentre l'applicazione del criterio strutturale e del secondo criterio perequativo sull'ulteriore produzione ha previsto, comunque, che nessuna struttura potesse superare il 100 per cento del rapporto tra budget e produzione al netto del ticket.

**Tabella Budget 2016 Laboratori analisi privati accreditati e con rapporto contrattuale con il SSR
Perequazione Budget rispetto al fabbisogno e al volume di extrabudget**

Area Vasta	STRUTTURA	BUDGET STORICO	BUDGET RIPARAMETRATO AL 70%	SECONDO CRITERIO PEREQUATIVO BUDGET FINALE 2016/2018	RAPPORTO BUDGET FINALE/ PRODUZIONE
1	LABORATORIO BIO-LAB	285.125,00	338.105,18	387.376,80	80,20%
1	CHECK-UP	205.717,00	211.826,79	242.696,03	80,20%
1	LABORATORIO CITTA' DI PESARO	233.201,00	233.201,00	262.521,08	82,18%
1	MEDILAB	64.975,00	64.975,00	69.792,46	88,19%
1	CARDINALI MARTE	97.762,00	97.762,00	97.762,00	103,52%
1	LABORATORIO ANALISI SELEMAR	223.448,00	223.448,00	223.448,00	108,03%
1	LABORATORIO FLAMINIO	40.000,00	81.781,35	93.699,24	80,20%
1	LABORATORIO GAMMA SRL	197.311,00	244.535,90	280.171,79	80,20%
TOTALE AREA VASTA 1		1.347.539,00	1.495.635,22	1.657.467,40	
2	EUROLAB S.A.S.	53.100,00	59.362,73	68.013,58	80,20%
2	LAB ANALISI SCORCELLETTI	147.960,00	147.960,00	151.820,71	95,30%
2	CROCE AZZURRA LAB.ANALISI	200.000,00	200.000,00	213.311,74	89,20%
2	CITTA' DI JESI LAB. ANALISI	100.000,00	100.000,00	101.867,53	96,56%

2	M.Z. LABORATORIO ANALISI S.R.L	525.000,00	525.000,00	525.000,00	103,47%
2	LABORATORIO DI ANALISI "AB"	332.237,00	404.919,34	463.927,70	80,20%
2	LABORATORIO ANALISI "BIOS"	39.120,00	46.403,91	53.166,29	80,20%
2	LABORATORIO ANALISI DEL PIANO	481.301,00	543.781,84	623.026,45	80,20%
2	LABORATORIO "BETA" OSIMO	370.402,00	370.402,00	399.522,92	87,61%
2	LAB. ANALISI DOTT.SSA RUGGERI	120.905,00	120.905,00	124.625,04	94,52%
2	LAB. CITTA' DI CHIARAVALLE	149.515,10	149.515,10	153.298,72	95,43%
2	LABORATORIO ANALISI LAB. 3	116.721,56	116.721,56	116.721,56	101,38%
TOTALE AREA VASTA 2		2.636.261,66	2.784.971,48	2.994.302,23	
3	LAB.AN. CLINICALAB - Ex CLINICHE CIFOLA	49.034,00	93.110,64	106.679,53	80,20%
3	LAB.RIC.CLINICHE PIRATONI	44.690,00	44.690,00	50.938,87	80,77%
3	LABORATORIO CORI.B	62.832,00	62.832,00	67.290,45	88,61%
3	LAB.DELTA	111.690,00	111.690,00	117.845,02	90,80%
3	SALUS S.A.S. DI ANTOLINI NADIA	215.150,19	215.150,19	236.764,46	84,95%
3	PRO AVIS S.R.L. LAB. ANALISI	153.976,00	153.976,00	161.149,72	92,05%
3	LABORATORIO ANALISI "CORI"	46.206,00	46.206,00	48.077,14	92,98%
3	LABORATORIO GAMMA	38.635,36	38.635,36	39.806,11	94,60%
3	LABOR. ANALISI "CROCE BIANCA"	133.775,99	133.775,99	133.775,99	101,42%
3	LABORATORIO ANALISI "MOCCHEGIANI"	76.500,00	76.500,00	76.500,00	120,47%
3	LAB. AN. "CITTA' DI MATELICA"	85.755,35	85.755,35	97.077,77	81,54%
3	LAB. "BIEMME" - CASTELRAIMONDO	132.372,81	132.372,81	135.824,45	95,30%
TOTALE AREA VASTA 3		1.150.617,70	1.194.694,34	1.271.729,51	
4	LABOR ANALISI DR VERASERRONI SRL	128.668,00	283.668,84	325.007,53	80,20%
4	LAB ANALISI S. SERAFINO SAS	57.216,00	88.958,94	101.922,81	80,20%
4	EMOTEST SRL	185.976,00	263.181,73	301.534,86	80,20%
4	LABORARSANA DI CORTELLUCCI MARCO	176.844,00	248.745,70	284.995,08	80,20%
4	LAB.ANALISI SAN GIORGIO	188.712,00	188.712,00	216.049,95	80,28%
4	SALUS SRL	105.456,00	105.456,00	117.550,59	83,35%
TOTALE AREA VASTA 4		842.872,00	1.178.723,21	1.347.060,81	
5	BIOMEDICA srl - LABORATORIO ANALISI	53.708,99	79.065,63	90.587,76	80,20%
5	ANALISI CLINICHE: SALUS SNC	126.142,60	181.405,07	207.840,99	80,20%
5	ANALISI CLINICHE: ORMODIAGNOSTICA	165.632,17	183.435,91	210.167,78	80,20%
5	ANALISI CLINICHE: DOTT. FIORONI	441.743,34	458.933,93	525.813,77	80,20%
5	ANALISI CLINICHE: BIOS SRL	146.392,65	146.392,65	167.308,64	80,47%
5	ANALISI CLINICHE: CLINITEST	27.589,73	27.589,73	28.030,06	97,04%
5	LABORATORIO ANALISI DR. AMADIO	31.192,59	61.493,04	70.454,34	80,20%
5	LAB. AN. BIOTEST	39.917,31	71.973,51	82.462,11	80,20%
5	CENTRO ANALISI	219.978,10	249.939,13	286.362,43	80,20%
TOTALE AREA VASTA 5		1.252.297,48	1.460.228,60	1.669.027,89	
TOTALE GENERALE		7.229.587,84	8.114.252,85	8.939.587,84	

Fonte: Regione Marche - D.g.r.m. n. 184 del 07/03/2017

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

54 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

**Tabella Laboratori analisi privati accreditati e con rapporto contrattuale SSR
Riparto progressivo Anni 2011 - 2015**

AV	Denominazione struttura	%	1.000.000,00
1	CHECK-UP	3,04%	30.436,94
	MEDILAB	0,78%	7.761,49
	LABORATORIO CITTA' DI PESARO	2,80%	27.976,73
	CARDINALI MARTE	0,64%	6.402,29
	LABORATORIO BIO-LAB	4,93%	49.304,60
	LABORATORIO ANALISI SELEMAR	1,25%	12.471,29
	LABORATORIO GAMMA SRL	4,04%	40.431,43
	LABORATORIO FLAMINIO	1,35%	13.521,80
2	LAB ANALISI SCORCELLETTI	0,53%	5.333,07
	EUROLAB S.A.S.	0,74%	7.389,78
	CROCE AZZURRA LAB.ANALISI	1,67%	16.717,62
	CITTA' DI JESI LAB. ANALISI	0,49%	4.912,14
	M.Z. LABORATORIO ANALISI S.R.L	1,76%	17.569,82
	LAB. ANALISI DOTT.SSA RUGGERI	0,83%	8.310,01
	LABORATORIO DI ANALISI "AB"	7,03%	70.253,83
	LABORATORIO ANALISI DEL PIANO	5,58%	55.783,90
	LABORATORIO ANALISI "BIOS"	1,23%	12.257,07
	LAB. CITTA' DI CHIARAVALLE	0,55%	5.524,59
	LABORATORIO ANALISI LAB. 3	0,60%	5.987,09
	LABORATORIO "BETA" OSIMO	2,86%	28.592,90
3	LAB.RIC.CLINICHE PIRATONI	0,30%	3.020,24
	CONSULCHIMICA AMBIENTE S.R.L. - CLINICALAB	1,52%	15.164,11
	LABORATORIO CORI.B	0,48%	4.789,82
	LAB.DELTA	1,10%	10.982,87
	LABORATORIO ANALISI "CORI"	0,34%	3.380,26
	SALUS S.A.S. DI ANTOLINI NADIA	2,67%	26.700,65
	PRO AVIS S.R.L. LAB. ANALISI	1,45%	14.456,43
	LABOR. ANALISI "CROCE BIANCA"	0,67%	6.693,53
	LABORATORIO ANALISI "MOCCHEGIANI"	0,20%	1.981,84
	LABORATORIO GAMMA	0,12%	1.209,74
	LAB. "BIEMME" - CASTELRAIMONDO	0,94%	9.371,59
	LAB. AN. "CITTA' DI MATELICA"	1,31%	13.088,64
4	LABOR ANALISI DR VERASERRONI SRL	5,59%	55.881,68
	EMOTEST SRL	5,84%	58.357,46
	LAB ANALISI S. SERAFINO SAS	1,64%	16.369,74
	LAB.ANALISI SAN GIORGIO	3,62%	36.203,84
	SALUS SRL	1,20%	12.016,35
	LABORARSANA DI CORTELLUCCI MARCO	4,40%	44.029,53
5	ANALISI CLINICHE : BIOS SRL	2,13%	21.337,89
	ANALISI CLINICHE: ORMODIAGNOSTI	2,77%	27.726,14
	ANALISI CLINICHE: CLINITEST	0,12%	1.234,27
	ANALISI CLINICHE: DOTT. FIORONI	7,41%	74.117,20
	ANALISI CLINICHE: SALUS SNC	3,73%	37.292,85
	BIOMEDICA srl - LABORATORIO ANALISI	1,64%	16.366,52
	CENTRO ANALISI	3,44%	34.428,80
	LABORATORIO ANALISI DR.AMADIO	1,72%	17.223,90
LAB. AN. BIOTEST	0,96%	9.635,72	
TOTALE GENERALE		100,00%	1.000.000,00

Fonte: Regione Marche - D.g.r.m. n. 184 del 07/03/2017

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

- con d.g.r.m. n. 1009 del 04/09/2017 è stato approvato l'Accordo regionale sottoscritto con le Case di Cura monospecialistiche accreditate della Regione Marche, per gli anni 2016-2017 e 2018.

Tale accordo si pone in continuità con quanto previsto negli accordi degli anni precedenti (d.g.r.m. 1292/2014), ed è coerente al programma di riorganizzazione della rete di offerta privata e delle singole strutture, sulla base di quanto disposto dal d.m. n. 70/2015 e dalla d.g.r.m. n. 908/2015.

In particolare, è stato concordato che:

- per i posti letto di tipo ospedaliero riabilitativo, gli stessi restano ricompresi in quanto già previsto dalla d.g.r.m. n. 735/2013 e d.g.r.m. n. 940/15;
- relativamente al budget assegnato per il 2016, come risulta dalla tabella riportata nell'accordo, si evidenzia quanto segue:
 - per la Casa di Cura Villa Silvia il budget è stato ricalcolato sulla base del tasso di utilizzo della progettualità aggiuntiva di cui al punto 10) della d.g.r.m. 1292/2014. Pertanto, la somma complessiva, pari a euro 2.043.246,64 (budget euro 1.448.702,64 + euro 594.544 progettualità aggiuntiva), ha subito una riduzione della progettualità che corrisponde ad euro 487.526,08, che è stata ricalcolata per un valore complessivo pari a 1.936.228,62 euro;
 - per la Casa di Cura Villa Jolanda il budget risulta invariato;
 - per la Casa di Cura San Giuseppe sono stati ricalcolati euro 587.650 sulla base della d.g.r.m. 1331/2014 per 20 posti letto di SRP3, già contrattualizzati con l'ASUR-AV5. con determina ASUR 654 del 25/09/2015.

Nell'ambito del budget assegnato, è stata data la possibilità di effettuare redistribuzioni di budget con le modalità previste nelle d.g.r.m. 1438/2016 (accordo ARIS-Regione) e d.g.r.m. 1636/2016 (Accordo AIOP-Regione), nel limite del 15 per cento anche nella compensazione tra le differenti attività e le differenti strutture appartenenti al medesimo gruppo;

Il tetto di mobilità attiva programmata, per gli anni 2016-2018, è stata mantenuta in euro 2.958.501,78, corrispondente alla produzione extraregione dell'anno 2014.

L'accordo introduce elementi di ulteriore dettaglio per far fronte a specifiche necessità di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, a fronte dei quali le singole strutture si sono impegnate a garantire i livelli occupazionali preesistenti l'accordo, la cui validità è subordinata alla sussistenza del requisito di accreditamento della struttura medesima ed al fatto che sia sottoscritto con ASUR, nel rispetto della programmazione e degli indirizzi contenuti nell'atto.

Tabella Budget 2016 Case di Cura monospecialistiche accreditate della Regione Marche

	Budget ricoveri ospedalieri e residenziali (Residenti Regionali)	Budget specialistica ambulatoriale (Residenti Regionali)	Budget Ricoveri (Mobilità Attiva Programmata)	Budget specialistica ambulatoriale (Mobilità Attiva Programmata)
Casa di Cura Villa Silvia ⁽¹⁾	1.936.228,72	86.040,68	1.831.350,13	221,90
Casa di Cura Villa Jolanda	4.169.030,00		46.386,00	
Casa di Cura San Giuseppe ⁽²⁾	2.593.637,88	7.482,00	1.076.701,75	3.842,00
Totale	8.698.896,60	93.522,68	2.954.437,88	4.063,90

- 1) Il budget 2016 è comprensivo della quota della progettualità aggiuntiva di cui al punto 10) della d.g.r.m. 1292/14, abbattuta in base al tasso di utilizzo effettivo pari all'82 per cento;
- 2) I budget 2016 è comprensivo del budget dei 20 posti letto di SRP3 contrattualizzati con l'ASUR-AV5

Fonte: Regione Marche - D.g.r.m. n. 1009 del 04/09/2017
 Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

Il Collegio Sindacale, nel questionario sul rendiconto 2016, ha attestato che le Strutture private accreditate che operano nel territorio di competenza dell'ASUR, erogano prestazioni sanitarie per conto del SSN sulla base di accordi contrattuali preventivamente sottoscritti.

La Sezione, nel rilevare il ritardo nella sottoscrizione degli Accordi stipulati tra la Regione e le Associazioni di categoria delle strutture sanitarie private sui tetti spesa, relativi all'anno 2016, (dicembre 2016 e marzo/settembre 2017), nonché della successiva sottoscrizione degli accordi contrattuali sui volumi massimi di spesa delle prestazioni sanitarie con le singole strutture private accreditate, che hanno comportato attribuzioni di costi di competenza di esercizi in chiusura o abbondantemente chiusi, evidenzia come i principi basilari di buona amministrazione rendano opportuna l'esplicazione, sia pure provvisoria, di scelte programmatiche all'inizio dell'anno, onde "evitare che il taglio tardivamente effettuato possa ripercuotersi sulle prestazioni già erogate dalle strutture nella ragionevole aspettativa dell'ultrattività della disciplina fissata per l'anno precedente, con le decurtazioni imposte dalle norme finanziarie"¹⁵.

¹⁵ Così Cons. St., sez. III, 07/03/2012, n. 1289 "Si deve, al riguardo, convenire – conclude l'Adunanza plenaria – con l'indirizzo giurisprudenziale (Cons. St., sez. V, n. 1252/2011; sez. III, n. 4551 e n. 6811 del 2011) che valuta favorevolmente l'adozione di determinazioni che, nell'esplicazione di una discrezionalità piena in quanto orientata verso le prestazioni future, stabiliscano, all'esordio dell'esercizio, almeno tetti provvisori sulla base dei dati disponibili relativi alle norme finanziarie già in vigore ed alla composizione del tetto di spesa, rinviando alla statuizione finale la quantificazione definitiva. L'adozione di tali atti di programmazione provvisoria - conseguente all'esigenza di far fronte ad un sistema che richiede tempi tecnici non comprimibili in

57 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

Richiamati gli esiti delle verifiche svolte con riferimento all'esercizio 2015 (cfr. deliberazione Sezione regionale di controllo per le Marche n. 57/2017/PRSS) e facendo proprie le osservazioni del Collegio Sindacale, la Sezione sottolinea la necessità di una maggiore tempestività nel recepimento di tali accordi¹⁶.

In merito, si rileva, peraltro, che le risorse finanziarie necessarie a far fronte agli impegni assunti con gli Accordi con le strutture private accreditate, per l'anno 2016, sono state trasferite all'ASUR con le delibere regionali di redazione dei relativi bilanci di esercizio (d.g.r.m. n. 1224 del 30/12/2015, d.g.r.m. n. 1639 del 27/12/2016 e d.g.r.m. n. 421 del 28/04/2017).

2.6.3 Verifiche sulla riduzione di spesa per l'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati

Il Collegio Sindacale ha attestato, nel questionario sul rendiconto 2016, che l'ASUR, nel 2016, **non ha adottato i provvedimenti per la riduzione della spesa per l'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati**, rispetto al valore consuntivato nel 2011, in misura pari al 2 per cento, come previsto dall'art. 15, comma 14, decreto legge n. 95/2012¹⁷, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

relazione alle varie fasi procedurali previste dalla legge che fisiologicamente si svolgono solo in epoca successiva all'inizio dell'erogazione del servizio - consente, infatti, all'operatore di porre in essere scelte consapevoli sulla base di previsioni attendibili ancorché suscettibili di limitate correzioni".

¹⁶ Sulla questione riguardante la tardiva determinazione dei tetti di spesa, l'Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato, con le decisioni non. 3 e 4 del 12 aprile 2012, dopo aver ribadito che "i tetti di spesa sono in via di principio indispensabili, date le insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica", ha affermato che "la fissazione dei tetti in corso di anno, pur se apparentemente in distonia con la finalità di programmazione che ne implicherebbe la caratterizzazione preventiva, risulta la conseguenza fisiologica dei tempi non comprimibili che permeano le varie fasi procedurali previste dalla legge in relazione alla definizione dei fondi all'uopo utilizzabili". Infatti "la fissazione dei tetti di spesa non può prescindere dalla conoscenza del dato finanziario di riferimento e ... tale dato risulta definito in modo concreto in corso d'anno», con la conseguenza che, vista detta tempistica, "si appalesa fisiologica la fissazione retroattiva del tetto regionale di spesa anche in una fase avanzata dell'anno". Con l'ulteriore conseguenza (già evidenziata nella precedente Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato n. 8 del 2006) che "le strutture private, che erogano prestazioni per il Servizio sanitario nazionale nell'esercizio di una libera scelta, potranno aver riguardo - fino a quando non risulti adottato un provvedimento definitivo - all'entità delle somme contemplate per le prestazioni dei professionisti o delle strutture sanitarie dell'anno precedente, diminuite della riduzione della spesa sanitaria effettuata dalle norme finanziarie relative all'anno in corso".

Dunque, stante la intempestività della fissazione (in qualche misura difficilmente evitabile), l'operatore privato può fare affidamento sul mantenimento del tetto dell'anno precedente, fino a che non disponga di riferimenti più aggiornati - quali quelli derivanti dalle assegnazioni finanziarie intervenute in corso di esercizio e dalle conseguenti scelte di programmazione finanziaria - in grado di orientare le scelte imprenditoriali. La tutela dell'affidamento, si risolve nel fondare la pretesa ad ottenere comunque la remunerazione delle prestazioni extra tetto che, sulla base dei riferimenti disponibili, siano state erogate. A parte ciò, per evitare di dover sottostare ad un tetto che ritiene insufficiente, l'operatore accreditato deve contestare anzitutto i predetti elementi condizionanti, unitamente al tetto. Non va dimenticato che, una volta raggiunto il tetto, non essendovi obbligo di erogare la prestazione, la struttura privata deve avvertire l'utente richiedente ulteriori prestazioni eccedenti il tetto, della non rimborsabilità a carico del SSR delle stesse, e, in caso di indisponibilità a sopportarne il relativo costo, rifiutare la prestazione (o erogarla sopportandone i costi).

¹⁷ Art. 15, comma 14, decreto legge 6 luglio 2012, n. 95

Lo stesso Collegio Sindacale ha precisato che le riduzioni sono state richieste ed applicate negli anni precedenti al 2016 fino alla regolamentazione contrattata dalla Regione Marche con le Associazioni di categoria.

La Sezione ha constatato che gli accordi con le organizzazioni rappresentative degli erogatori privati vengono definiti a livello regionale e recepiti con deliberazione di Giunta regionale e che l'ASUR ha il compito di sottoscrivere i contratti con i singoli erogatori. In assenza di un nuovo accordo rimane valido l'ultimo deliberato dalla Giunta regionale.

Inoltre, la modalità di verifica del risultato di esercizio delle Aziende sanitarie e del Consolidato regionale, definita dal Tavolo di verifica degli adempimenti (ex articolo 12 dell'Intesa del 23 marzo 2005, istituito presso il MEF), ha comportato la necessità di garantire nell'esercizio 2016 una situazione di pareggio.

In sede di giudizio di parificazione del rendiconto 2016 della Regione Marche (vd. Relazione allegata alla deliberazione n. 81/2017/PARI del 12/10/2017), in merito al rispetto delle prescrizioni dell'art. 15, comma 14, d.l. n. 95/2012, la Sezione ha verificato che, sulla base dei dati a consuntivo 2016, forniti dalla stessa Regione, con nota prot. n. 531510 del 5 giugno 2017, la spesa per l'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati per assistenza specialistica ospedaliera non è stata ridotta nella misura pari al 2 per cento della spesa consuntivata nell'anno 2011, come evidenziato nella sotto riportata tabella.

Limite di spesa per prestazioni assistenza ospedaliera da privato accreditato - anno 2016

<i>(dati in milioni di euro)</i>	CONSUNTIVO ANNO 2011 (A)	2%	2011-2% (B)	CONSUNTIVO ANNO 2016 (C)	C - B
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera - da privato (accreditati)	107.186	2.144	105.042	106.109	1.067

Elaborazione Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - su dati a consuntivo 2016 Regione Marche trasmessi con nota prot. n. 531510 del 05/06/2017

A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014. La misura di contenimento della spesa di cui al presente comma è aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente già adottate dalle singole regioni e province autonome di Trento e Bolzano e trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordi, facendo riferimento, in tale ultimo caso, agli atti di programmazione regionale o delle province autonome di Trento e Bolzano della spesa sanitaria.

59 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

Ne consegue, tuttavia, che la Regione Marche è stata, comunque, giudicata adempiente, in quanto, pur non avendo conseguito l'obiettivo della riduzione della spesa, ha raggiunto l'equilibrio economico complessivo del bilancio sanitario.

2.6.4 Verifica del rispetto dei tetti programmati di spesa per l'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati

Il Collegio Sindacale, nel questionario sul bilancio 2015, ha attestato che le strutture private accreditate, che operano nel territorio di competenza dell'ASUR, erogano prestazioni sanitarie per conto del SSN sulla base di accordi contrattuali preventivamente sottoscritti.

Lo stesso Collegio Sindacale ha, inoltre, attestato che le prestazioni erogate da operatori privati accreditati nel 2016 hanno rispettato i tetti programmati.

In merito, il Direttore Generale dell'ASUR, come riportato nella Relazione di accompagnamento al bilancio d'esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256/DG/2017 del 02/05/2017), ha rappresentato che, in applicazione del d.l. 95/2012, convertito in legge n. 315/2012, del d.l. 78/2015, convertito in legge n. 125/2015, delle dd.gg.rr. nn. 1440/2014, 346/2015 e 1224/2015, l'ASUR ha adottato tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, intervenendo, nell'ambito delle proprie competenze, sul livello di spesa per l'acquisto delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati.

In proposito, ha esposto l'analisi degli acquisti di prestazioni sanitarie da parte dell'ASUR presso strutture private accreditate distinguendo, prioritariamente, le attività regolamentate da specifico accordo regionale, che dispone il tetto massimo di spesa per ciascuna struttura e quelle, invece, non soggette ad alcun tetto economico regionale.

Tra le prestazioni regolamentate da accordo regionale, si distinguono le seguenti tipologie:

1. prestazioni di ricovero;
2. prestazioni riabilitative (residenziali, semiresidenziali ed ambulatoriali);
3. prestazioni di specialistica ambulatoriale;
4. prestazioni termali.

Lo stesso Direttore Generale ha ricordato che, rispetto a tali accordi regionali, sempre con l'autorizzazione della Regione, l'ASUR può stipulare accordi integrativi al fine di perseguire specifici obiettivi assistenziali e contenere i tempi di attesa, nonché procedere al trasferimento dei tetti

nell'ambito delle varie tipologie di prestazioni erogate, laddove specificato negli accordi regionali e nei successivi accordi contrattuali. Contemporaneamente, attraverso la definizione di piani di committenza, le strutture private accreditate hanno collaborato per la riduzione della mobilità passiva extraregionale, erogando assistenza nei settori in cui è più alta la mobilità passiva.

Nell'ottica di ridurre la mobilità passiva, nel corso dell'anno, i Soggetti Erogatori Privati, hanno adottato tutte le misure necessarie per favorire un progressivo riequilibrio tra prestazioni erogate in favore di pazienti marchigiani e prestazioni erogate a pazienti di altre regioni.

In particolare, il Direttore Generale ha precisato quanto sotto esposto.

Per le **Strutture multispecialistiche**, il bilancio di previsione 2016 era stato redatto secondo quanto stabilito dalla d.g.r.m. n. 559 del 15/07/2015 di approvazione dell'Accordo tra la Regione Marche e le Case di cura multispecialistiche private accreditate della Regione aderenti all'AIOP, ai sensi del d.m. della Sanità n. 70/2015, che prevedeva la riconversione del budget storico a valere dall'anno 2016, in corrispondenza con il completamento del processo di riorganizzazione. Il suddetto bilancio ha previsto i nuovi tetti economici che, rispetto ai precedenti, hanno comportato un incremento di spesa complessivo pari a 2.055.203 euro. Inoltre, con successiva d.g.r.m. n. 908 del 19/10/2015, avente ad oggetto "*Dm 70/2015. Applicazione Accordi Regionali per la riorganizzazione delle Case di cura private accreditate multispecialistiche (d.g.r.m. 559/2015) e delle Case di cura private accreditate monospecialistiche (d.g.r.m. 1292/2014)*", a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera, sono stati individuati per singola struttura i posti letto (Tabelle 1 e 2), sostituendo le corrispondenti previsioni contenute nella d.g.r.m. 735/2013.

Il bilancio consuntivo 2016 è stato redatto secondo le disposizioni della nuova d.g.r.m. n. 1636 del 27/12/2016, con la quale è stato approvato l'Accordo con l'Associazione AIOP e le singole Case di Cura per gli anni 2016-2017-2018.

Tale atto, come budget regionale complessivo 2016 (degenze, ambulatoriale e Cure intermedie), ha assegnato lo stesso importo della precedente d.g.r.m. n. 559/2015, prevedendo, tuttavia, un incremento per l'ambulatoriale pari a 953.655 euro (al netto della spending). Contestualmente, al punto 6 dell'Accordo, è stato specificato che eventuali economie dovute a minor produzione di una o più Case di Cura potranno essere distribuite, su proposta della Rete di Impresa, tra le Case di Cura che avessero superato il budget di propria competenza.

Per quanto concerne la mobilità attiva interregionale (degenze ed ambulatoriale), rispetto alla precedente d.g.r.m. n. 1109/2015, ha previsto un incremento complessivo di costi pari a 1.635.846 euro,

specificando, inoltre, che tali tetti di mobilità attiva sono tra loro comunicanti.

Al punto 8 della d.g.r.m. n. 1636/2016, come Progetti di riduzione delle Liste di attesa e recupero Mobilità passiva, è stato confermato quanto assegnato con le precedenti d.g.r.m. n. 1109/2015 (euro 3.680.000 per le multispecialistiche) e d.g.r.m. n. 1165/2015 (euro 480.000 per le strutture riabilitative) e, contemporaneamente, è stato integrato tale importo (euro 4.180.000) di ulteriori euro 3.100.000; nel bilancio di previsione 2016 sono stati previsti complessivamente come progetti euro 3.100.000, al conto acquisti ricoveri intra regione.

Per quanto riguarda le **Case di Cura monospecialistiche**, con d.g.r.m. n. 1292 del 17/11/2014 è stato approvato l'Accordo regionale per gli anni 2010/2013 e 2014/2015 (modificata dalla d.g.r.m. n. 633 del 03/08/2015); per l'attività a pazienti marchigiani, con tale atto è stato assegnato un budget di spesa per l'anno 2015 fissato in misura pari a quello del 2011 ridotto, per la parte ospedaliera e specialistica ambulatoriale, del 2 per cento per effetto della l. 135/2012, al lordo della quota di compartecipazione del cittadino/Comune (quota sociale).

Il budget dei ricoveri intra regione, che è stato assegnato con tale atto a Villa Iolanda di Maiolati Spontini, è al lordo della quota sociale relativa alle prestazioni residenziali (R2D) soggette alla quota di compartecipazione del cittadino/Comune.

Inoltre, con il medesimo atto, alla Società titolare Villa Silvia, è stato istituito, dal primo gennaio 2015, un progetto aggiuntivo presso la struttura Piticchio di Arcevia, accreditata come STD1, per l'attivazione di n. 16 posti letto (spesa registrata al conto 0505100101 assistenza residenziale alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope o da alcool). In tale struttura, inoltre, dal secondo semestre 2016, sono stati convertiti n. 10 posti letto in posti letto psichiatrici, che ha comportato un trasferimento di spesa dal conto ricoveri intra regione al conto residenziale assistenza alle persone con disabilità psichiche.

Per quanto concerne le **Strutture di Riabilitazione**, con d.g.r.m. n. 1438 del 23/11/2016 è stato approvato e recepito l'Accordo con le Case di Cura private di Riabilitazione accreditate (ARIS) per gli anni 2016-2017-2018; per l'anno 2016, tale atto ha comportato, rispetto ai tetti storici regionali assegnati in passato con d.g.r.m. n. 1064/2014, un incremento complessivo di spesa pari a 914.333 euro (ricoveri, residenziale e diurno/ambulatoriale).

In merito ai progetti di contrasto della mobilità passiva per prestazioni di riabilitazione ospedaliera ortopedica, con d.g.r.m. n. 1636/2016, come accennato in precedenza, è stata confermata e prorogata per il triennio 2016/2018 la quota assegnata alle strutture di riabilitazione ospedaliera associate all'ARIS con d.g.r.m. n. 1065/2015, pari a 480.000 euro.

Per le **altre tipologie di prestazioni, non soggette a tetto economico regionale**, il Direttore Generale ha evidenziato che, dall'anno 2015, alle strutture residenziali e semiresidenziali presenti nel territorio marchigiano, nell'ambito delle Aree Anziani, Disabili e Salute Mentale, a seguito dell'aggiornamento degli standard assistenziali (d.g.r.m. n. 1011/2013), sono state applicate le tariffe previste dalla d.g.r.m. n. 1331 del 25/11/2015 - allegato C.

In particolare, per quanto concerne le Residenze Protette per Anziani, il bilancio consuntivo 2016 è stato redatto in coerenza con la determina n. 56/ASURDG del 01/02/2017, avente ad oggetto *“Approvazione del Piano di convenzionamento con le Residenze Protette per Anziani anno 2016, in applicazione della d.g.r.m. 851/2016 e della determina 761/ASURDG del 13/12/2016”*.

Con tale atto, infatti, sono stati assegnati, dal primo agosto 2016, con riferimento alla soglia del 60 per cento quota parte (n. 336 posti letto) degli ulteriori n. 400 posti letto di Residenza Protetta Anziani (R3.2) previsti dalla d.g.r.m. n. 1013/2014, in aggiunta ai precedenti 200 posti letto e contemporaneamente sono state convertite, sempre dal primo agosto 2016, le Cure Domiciliari (ADI) in residenza, in ulteriori n. 229 posti letto di RPA (Residenza Protetta per Anziani).

Con d.g.r.m. n. 1659/2016 la Giunta Regionale ha modificato l'allegato A della precedente d.g.r.m. n. 851/2016, specificando che, nel caso in cui il numero dei posti letto da convenzionare, con riferimento

alla soglia del 60 per cento, fosse stato inferiore al numero di 400 posti letto, la quota residua sarebbe stata messa a disposizione dei territori delle AA.VV. 3, 4 e 5 maggiormente colpite dal sisma al fine di soddisfare le necessità più urgenti della popolazione anziana ivi residente; tale assegnazione (64 posti letto) è decorsa dall'anno 2017.

L'impatto economico 2016 dei n. 336 posti letto convenzionati dal primo di agosto, calcolato con un utilizzo dei posti letto al 100 per cento, è risultato pari a 1.722.682 euro (Iva esclusa), con un trascinarsi sull'anno 2017, pari a 2.386.984 euro, al quale si aggiungono 782.793 euro (Iva esclusa) per gli ulteriori n. 64 posti letto da convenzionare.

Il quadro economico aziendale nell'anno 2016, come si evince dalla sotto riportata tabella, ha registrato un costo complessivo pari a 314,3 ml di euro, contro una previsione di spesa redatta in sede di bilancio di previsione 2016 di 309,3 ml di euro ed in sede di IV report 2016 di 313,6 ml di euro; lo scostamento più rilevante è risultato rispetto all'anno precedente, in cui si è stato registrato un costo pari a 301,2 ml di euro, con uno scostamento complessivo pari a 13 ml di euro, correlato essenzialmente all'impatto di delibere di Giunta.

Analisi per singola tipologia di prestazione erogata (conto economico)

CONTO ECONOMICO		BILANCIO ESERCIZIO 2015	BILANCIO DI PREVISIONE 2016	IV REPORT 2016	BILANCIO ESERCIZIO 2016	Variazione VA Bil Cons 2016/ Bil Cons 2015	Variazione % Bil Cons 2016/ Bil Cons 2015
505080105	Acquisti di prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale alle persone con infezione da HIV	-	-	-	-	-	-
505080103	Acquisti di prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope o da alcool	142.757	208.757	208.757	130.724	- 12.033	-8,4%
505080107	Acquisti di prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale alle persone con disabilità psichiche	45.538	45.538	45.566	45.566	28	0,1%
505080109	Acquisti di prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale alle persone anziane e disabili	-	-	-	-	-	-
505080111	Acquisti di prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale riabilitativa ex art. 26 Legge 833/78	20.657.496	20.553.312	20.649.745	20.858.227	200.731	1,0%
505010101	Acquisti di prestazioni di ricovero	67.321.618	65.985.468	66.550.799	70.645.985	3.324.366	4,9%
505010103	Acquisti di prestazioni di ricovero da privati vs residenti extraregione	33.766.973	30.009.221	34.712.196	35.462.630	1.695.657	5,0%
505060101	Acquisti di prestazioni di assistenza specialistica	24.949.153	26.198.738	26.901.212	28.129.143	3.179.991	12,7%
505060103	Acquisti di prestazioni di assistenza specialistica da privati vs residenti extraregione	4.752.849	4.469.535	4.788.202	4.521.307	- 231.543	-4,9%
505090101	Acquisti di prestazioni di assistenza semi-residenziale alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope o da alcool	144.225	307.426	328.768	311.924	167.699	116,3%
505090105	Acquisti di prestazioni di assistenza semi-residenziale alle persone con disabilità psichiche	80.460	143.013	156.391	124.898	44.437	55,2%
505090107	Acquisti di prestazioni di assistenza semi-residenziale alle persone anziane e disabili	9.233.037	9.944.703	9.362.872	8.677.244	- 555.793	-6,0%
505090109	Acquisti di prestazioni di assistenza semi-residenziale riabilitativa ex art. 26 Legge 833/78	4.582.641	4.226.245	4.797.770	5.018.265	435.624	9,5%
505100101	Acquisti di prestazioni di assistenza residenziale alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope o da alcool	7.951.643	8.820.546	8.281.438	8.070.584	118.941	1,5%
505100103	Acquisti di prestazioni di assistenza residenziale alle persone con infezione da HIV	1.129.913	1.197.434	1.188.865	1.191.462	61.549	5,4%
505100105	Acquisti di prestazioni di assistenza residenziale alle persone con disabilità psichiche	19.609.812	22.140.321	22.178.788	20.899.628	1.289.816	6,6%

CONTO ECONOMICO		BILANCIO ESERCIZIO 2015	BILANCIO DI PREVISIONE 2016	IV REPORT 2016	BILANCIO ESERCIZIO 2016	Variazione VA Bil Cons 2016/ Bil Cons 2015	Variazione % Bil Cons 2016/ Bil Cons 2015
505100107	Acquisti di prestazioni di assistenza residenziale alle persone anziane e disabili	60.011.788	65.730.341	64.745.398	64.853.011	4.841.223	8,1%
505100109	Acquisti di prestazioni di assistenza residenziale riabilitativa ex art. 26 Legge 833/78	43.601.520	45.983.684	45.523.358	42.544.910	- 1.056.610	-2,4%
505110101	Acquisti di prestazioni di assistenza termale	2.712.125	2.792.391	2.690.073	2.447.429	- 264.696	-9,8%
505110103	Acquisti di prestazioni di assistenza termale da privati vs residenti extraregione	557.214	605.201	571.613	410.807	- 146.407	-26,3%
TOTALE		301.250.761	309.361.875	301.623.972	314.343.744	13.092.982	4,3%

Fonte: Relazione Direttore Generale ASUR al bilancio d'esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256/DG/2017 del 02/05/2017)

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

Si riporta qui di seguito la sintesi del trend di spesa, secondo la tipologia di struttura.

Trend spesa per macro voce, per singola tipologia di struttura sanitaria privata (macro categorie) erogante prestazioni a pazienti intra ed extra regione.

TIPOLOGIA DI STRUTTURA	BILANCIO ESERCIZIO 2015	BILANCIO DI PREVISIONE 2016	BILANCIO ESERCIZIO 2016	Variazione VA Bil Cons 2016/ Bil Cons 2015	Variazione % Bil Cons 2016/ Bil Cons 2015
CASE DI CURA MULTISPECIALISTICHE	85.128.475	83.310.009	92.265.774	7.137.299	8,4%
CASE DI CURA MONOSPECIALISTICHE	11.015.380	11.466.741	11.172.287	156.907	1,4%
ISTITUTI DI RIABILITAZIONE	90.043.267	90.770.089	90.692.455	649.188	0,7%
PRESIDI DI RIABILITAZIONE	5.455.534	6.273.424	6.420.904	965.371	17,7%
STRUTTURE RESIDENZIALI	87.828.425	97.242.625	94.115.155	6.286.730	7,2%
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI	4.513.069	4.835.994	4.272.037	- 241.032	-5,3%
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	6.437.283	4.635.658	4.389.741	- 2.047.542	-31,8%
LABORATORI ANALISI	7.317.220	7.328.002	8.061.452	744.232	10,2%
STRUTTURE VARIE	3.512.109	3.499.331	2.953.938	- 558.171	-15,9%
TOTALE	301.250.762	309.361.874	314.343.743	13.092.982	4,3%

Fonte: Relazione Direttore Generale ASUR al bilancio d'esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256/DG/2017 del 02/05/2017)

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

Dall'analisi della tabella sopra riportata, risulta in forte incremento la spesa per le Case di Cura multispecialistiche (+8,4 per cento), per i Presidi di riabilitazione (+17,7 per cento), per le Strutture residenziali (+7,2 per cento) e per i Laboratori analisi (+10,2 per cento) ed in notevole diminuzione quella per la specialistica ambulatoriale (-31,8 per cento).

Analizzando, invece, la spesa per tipologia di prestazione erogata (conto economico), si rileva, in particolare:

- **area dei ricoveri:**

- **per i residenti marchigiani:** sono stati registrati nel bilancio 2016 costi rientranti nei tetti economici individuati dalla d.g.r.m. n. 1636/2016, per le Case di Cura multispecialistiche, dalla d.g.r.m. n. 1292/2014 per le Case di Cura monospecialistiche, e dalla d.g.r.m. n. 1438/2016 per le strutture private di Riabilitazione, pari a 70.645.985 euro, in incremento rispetto al bilancio consuntivo 2015 di 3.324.366 euro (+4,9 per cento). Tale incremento è essenzialmente correlato alla maggiore attività erogata dalle Strutture multispecialistiche, ai sensi della d.g.r.m. n. 1636/2016, con un impatto nel conto economico di circa 2,7 ml di euro, considerando gli accantonamenti 2015. Lo scostamento dei ricoveri intra regione, rispetto al bilancio di previsione 2016, ha registrato un incremento di costi pari a 4.660.517 euro, mentre rispetto al IV Report 2016 un incremento pari a 4.095.186 euro, entrambi essenzialmente correlati al mancato accantonamento in sede centrale dei progetti di contrasto alla mobilità per 4.100.000 euro ed ai trasferimenti di budget nell'ambito della stessa struttura/società.
- **residenti extra regione:** rispetto all'anno precedente, è stato registrato un incremento di costi pari a 1.695.657 euro, di cui 1,4 ml di euro registrato dalle Strutture multispecialistiche ai sensi della d.g.r.m. n. 1636/2016, la quale ha previsto, rispetto alla precedente d.g.r.m. n. 1109/2015, un incremento dei tetti per mobilità attiva pari a 1.635.846 euro (a consuntivo sono stati registrati, rispetto al tetto pari a 28.420.000 euro, minor costi per 169.523 euro). Lo scostamento rispetto al bilancio di previsione 2016, è aumentato a 5.453.409 euro, dovuto ai maggiori tetti assegnati alle multispecialistiche dalla d.g.r.m. n. 1636/2016, alla contemporanea redistribuzione della mancata produzione della Casa di cura Stella Maris alle altre Strutture aderenti all'accordo AIOP ed ai maggior costi registrati per le Strutture riabilitative dovuti al codice 75. Contemporaneamente, è stato registrato un decremento dell'attività delle Case di Cura monospecialistiche per circa 280.000 euro. Lo scostamento rispetto al IV Report 2016 si è ridotto a 750.434 euro, scostamento essenzialmente correlato, come suddetto, alla maggiore attività extra tetto (cod 75) effettuata dall'Istituto S. Stefano di Porto Potenza.

Tabella Acquisti prestazioni di ricovero

CONTO ECONOMICO		BILANCIO ESERCIZIO 2015	BILANCIO PREVISIONE 2016	IV REPORT 2016	BILANCIO ESERCIZIO 2016	Variazione VA Bil Cons 2016/ Bil Cons 2015	Variazione % Bil Cons 2016/ Bil Cons 2015
0505010101	Acquisti di prestazioni di ricovero	67.321.618	65.985.468	66.550.799	70.645.985	3.324.366	4,9%
0505010103	Acquisti di prestazioni di ricovero da privati vs residenti extraregione	33.766.973	30.009.221	34.712.196	35.462.630	1.695.657	5,0%
Totale Prestazioni di ricovero		101.088.592	95.994.689	101.262.995	106.108.615	5.020.023	5,0%

Fonte: Relazione Direttore Generale ASUR al bilancio d'esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256/DG/2017 del 02/05/2017)

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

- **Strutture riabilitative, ex art. 26, legge 833/78, comprendente l'assistenza ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale:** per l'anno 2016 è stato registrato un decremento di costi, rispetto all'anno precedente, pari a circa 420.254 euro, in confronto al bilancio di previsione il decremento aumenta a 2.341.839 euro, mentre rispetto al IV Report aumenta a 2.549.490 euro.

In realtà, come accennato in precedenza per tali Strutture, la d.g.r.m. n. 1438/2016 ha approvato e recepito l'Accordo con le Case di Cura private di Riabilitazione accreditate (ARIS) per gli anni 2016-2017-2018, comportando per l'anno 2016, rispetto ai tetti economici assegnati con la precedente d.g.r.m. n. 1064/2014, un incremento complessivo di spesa pari a 914.333 euro (ricoveri, residenziale e diurno/ambulatoriale).

In particolare, l'incremento di budget assegnato alla Comunità Capodarco dell'AV4 ha comportato un trasferimento di costo dal conto economico semiresidenziale anziani e disabili (05050090107) al conto semiresidenziale riabilitativa (0505080111).

Tale incremento non è evidenziato nei conti economici riportati nella tabella sottostante, in quanto c'è stato un trasferimento di budget verso il conto ricoveri intra regione, in particolare per la Struttura S. Stefano di Porto Potenza, che ammonta rispetto al consuntivo a +1,2 ml e rispetto al bilancio di Previsione a +2 ml; infatti, per tale struttura c'è stato un trasferimento di budget residenziale per 2.543.495 euro, di cui 2 ml all'attività di ricovero ordinario.

Inoltre, sul conto della residenziale, dall'anno 2015, vengono registrate le note di credito relative all'assistenza erogata a disabili cronici proveniente da fuori regione presso le strutture Comunità Capodarco, Comunità Buona Novella, Istituto S. Stefano di Porto Potenza, Lega del Filo D'Oro, per la quale, a seguito di un pronunciamento della Conferenza delle regioni e delle province autonome, a partire dal 2015, la compensazione dell'assistenza erogata a questi pazienti, viene

gestita attraverso un addebito diretto alle ASL di residenza (fatturazione diretta), in analogia e con le stesse modalità già definite per i “residui manicomiali” e per gli hanseniani (nota Servizio Sanità, prot. n. 191519 del 24/03/2016).

Tabella Acquisto di prestazioni di assistenza riabilitativa, ex art. 26, legge 833/78

CONTO ECONOMICO		BILANCIO ESERCIZIO 2015	BILANCIO PREVISIONE 2016	IV REPORT 2016	BILANCIO ESERCIZIO 2016	<i>Variazione VA Bil Cons 2016/ Bil Cons 2015</i>	<i>Variazione % Bil Cons 2016/ Bil Cons 2015</i>
0505080111	Acquisti di prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale riabilitativa ex art. 26 Legge 833/78	20.657.496	20.553.312	20.649.745	20.858.227	200.731	1,0%
0505090109	Acquisti di prestazioni di assistenza semi-residenziale riabilitativa ex art. 26 Legge 833/78	4.582.641	4.226.245	4.797.770	5.018.265	435.624	9,5%
0505100109	Acquisti di prestazioni di assistenza residenziale riabilitativa ex art. 26 Legge 833/78	43.601.520	45.983.684	45.523.358	42.544.910	- 1.056.610	-2,4%
Totale assistenza riabilitativa		68.841.656	70.763.241	70.970.872	68.421.402	- 420.254	-0,6%

Fonte: Relazione Direttore Generale ASUR al bilancio d'esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256/DG/2017 del 02/05/2017)

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

- **prestazioni di assistenza specialistica e ambulatoriale (intra ed extra regione):** le registrazioni di costo, al netto delle note di credito richieste, hanno tenuto conto dei tetti economici previsti dalla programmazione regionale e della normativa nazionale. Nell'anno 2016 è stato registrato un incremento di costi, rispetto all'anno precedente, pari a circa 2.948.448 euro (+9,9 per cento), rispetto al bilancio di previsione l'incremento aumenta a 1.982.177 euro, mentre rispetto al IV Report 2016 aumenta a 961.036 euro.

Per quanto riguarda le Strutture monospecialistiche, gli Istituti/Presidi di Riabilitazione e le Strutture di specialistica ambulatoriale, **per le quali la Regione, per l'anno 2016, non ha fornito indicazioni in merito ai tetti economici, il tetto di spesa che è stato assunto nell'anno 2016 è stato pari a quello del 2015, ridotto dello 0,5 per cento, per effetto della d.g.r.m. n. 1224 del 30/12/2015 (nota ASUR DG, prot. n. 28029 del 29/09/2016).** Per tale tipologie di strutture, rispetto all'anno precedente, a consuntivo sono stati registrati minor costi per circa 1.725.000 euro (al lordo della quota fissa ticket).

Per le Case di Cura multispecialistiche, invece, è stato preso a riferimento quanto stabilito dalla d.g.r.m. n. 1636/2016, la quale alla Tabella 1, ha individuato i budget di spesa per i residenti marchigiani, confermando complessivamente, come totale degenze, ambulatoriale e Cure intermedie, lo stesso tetto della precedente d.g.r.m. n. 559/15, ma prevedendo un trasferimento di attività verso la specialistica (+953.655 euro al netto della spending).

Per tale tipologie di strutture, rispetto all'anno precedente, a consuntivo sono stati registrati maggior costi per circa 3.067.000 euro (al lordo della quota fissa ticket).

Infine, per i Laboratori Analisi, con la d.g.r.m. n. 184 del 07/03/2017, sono stati assegnati i nuovi tetti economici per gli anni 2016/2018, comportando un incremento di budget annuale pari a 1.710.000 euro, calcolato su un budget storico al lordo della spending review (215.443 euro); l'incremento rispetto al bilancio di previsione 2016 (considerando anche il mancato -0,5 per cento, ai sensi della nota ASUR DG prot. n. 28029 del 29/09/2016) è risultato pari a 1.960.514 euro. Per i Laboratori, rispetto all'anno precedente, a consuntivo sono stati registrati maggior costi per circa 1.885.600 euro (al lordo della quota fissa ticket). Inoltre, in sede di bilancio 2016, al conto Altri Fondi, per i Laboratori Analisi sono stati accantonati 1.000.000 euro una tantum, assegnati con d.g.r.m. n. 184/2017 (Tabella 2), come pregresso relativo agli anni 2011-2015, subordinatamente alla rinuncia ad ogni pretesa economica ed al ritiro di tutte le controversie giudiziarie in essere.

In merito all'assistenza **specialistica intra regione**, in sede di bilancio, i costi sono stati rettificati dell'incasso della quota fissa ticket (10 euro) che, per l'anno 2015, è risultata pari a 1.063.715 euro, mentre per l'anno 2016 è risultata pari a 1.122.844 euro. Al netto di tali importi, è stato registrato un incremento di costi pari a 3.179.991 euro, essenzialmente correlato all'incremento dell'attività intra regione delle Strutture multispecialistiche per trasferimenti di budget nell'ambito delle stesse strutture (budget flessibile/comunicante).

Per quanto concerne la **specialistica extra regione (mobilità attiva)**, per l'assistenza erogata dalle Strutture multispecialistiche, come già accennato in precedenza, la d.g.r.m. n. 1636/2016, ha previsto complessivamente per le degenze e l'ambulatoriale un incremento rispetto alla precedente d.g.r.m. n. 1109/2015, pari a complessivi 1.635.846 euro, specificando che le due tipologie di tetti sono tra loro comunicanti (per le degenze un incremento pari a 1.548.640 euro, mentre per l'ambulatoriale un incremento pari a 87.207 euro - Tabella 3 Mobilità attiva 2016). In particolare, a consuntivo, rispetto a quanto assegnato dalla d.g.r.m. n. 1636/2016, sono stati registrati costi leggermente minori, pari a 3.190.735 euro, contro il tetto di 3.243.670 euro.

Per l'assistenza specialistica erogata a pazienti fuori regione dalle altre tipologie di Strutture (Strutture monospecialistiche, Istituti/Presidi di Riabilitazione e Strutture di specialistica ambulatoriale), rispetto ai tetti decurtati dello 0,5 per cento, per effetto della d.g.r.m. n. 1224 del 30/12/2015 (nota ASUR DG prot. n. 28029 del 29/09/2016), sono stati registrati minor costi per

circa 126.000 euro, mentre rispetto al bilancio 2015 è stata registrata una diminuzione pari a circa 1.334.000 euro, in linea con il IV report 2016.

Anche per i Laboratori analisi, non avendo la d.g.r.m. n. 184/2017 fornito indicazioni, i tetti di spesa assunti per l'anno 2016 sono stati pari a quelli del 2015, ridotti dello 0,5 per cento; rispetto un tetto economico pari a circa 471.000 euro, a consuntivo sono stati registrati costi pari a 420.900 euro (al lordo quota fissa ticket). Anche per l'extra regione, in sede di bilancio, i costi sono stati rettificati per l'incasso della quota fissa ticket che, per l'anno 2015 è risultata pari a 157.160 euro, mentre per l'anno 2016 è risultata a pari a 125.690 euro.

Inoltre, con d.g.r.m. n. 1577 del 19/12/2016 è stato recepito l'Accordo per gli anni 2016-2017-2018 con gli erogatori privati accreditati per prestazioni multi specialistiche ambulatoriali e di Day Surgery extraospedaliere, aderenti all'Associazione Italiana delle Unità Dedicare Autonome Private di Day Surgery e dei centri di chirurgia ambulatoriali (AIUDAPDS) e Libera Associazione Imprese Sanitarie Ambulatoriali Nazionali (LAISAN). Per l'AIUDAPDS (AV5 - Studio Medico Chirurgico Polispecialistico srl), rispetto alla precedente d.g.r.m. n. 1067/2014, è stato previsto un incremento della mobilità attiva per 220.000 euro (tetto extra regione 926.666 euro) e, contemporaneamente, ha previsto, come progetto per l'abbattimento delle liste di attesa 199.225 euro (tetto intra regione 350.000 euro). Rispetto all'anno precedente sono stati registrati complessivamente maggior costi pari a 180.511 euro (34.356 euro come intra regione e 146.155 euro come extra regione).

Per quanto riguarda la LAISAN (nuova convenzione con Radiosalus srl – AV5), a fronte di un tetto economico complessivo per pazienti intra regione, pari a 51.590 euro, la Struttura ha fatturato 17.827 euro per il progetto abbattimento liste di attesa e 10.522 euro per le prestazioni di medicina sportiva.

Tabella Acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

CONTO ECONOMICO		BILANCIO ESERCIZIO 2015	BILANCIO PREVISIONE 2016	IV REPORT 2016	BILANCIO ESERCIZIO 2016	<i>Variazione VA Bil Cons 2016/ Bil Cons 2015</i>	<i>Variazione % Bil Cons 2016/ Bil Cons 2015</i>
0505060101	Acquisti di prestazioni di assistenza specialistica	24.949.153	26.198.738	26.901.212	28.129.143	3.179.991	12,7%
0505060103	Acquisti di prestazioni di assistenza specialistica da privati vs residenti extraregione	4.752.849	4.469.535	4.788.202	4.521.307	- 231.543	-4,9%
Totale Assistenza Specialistica e Ambulatoriale		29.702.002	30.668.273	31.689.414	32.650.450	2.948.448	9,9%

Fonte: Relazione Direttore Generale ASUR al bilancio d'esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256/DG/2017 del 02/05/2017)

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

- **area residuale denominata “Altre prestazioni” (assistenza semiresidenziale, assistenza residenziale, assistenza termale):** la spesa per **assistenza semiresidenziale e residenziale alle persone anziane e disabili** ha registrato rispetto all’anno precedente un incremento complessivo di 4.285.430 euro (+6,2 per cento). In questa voce sul conto **semiresidenziale** confluiscono i costi per i Centri Socio Educativi Riabilitativi diurni (CDSER), per i quali è stato registrato, rispetto al bilancio precedente un decremento di spesa, in particolare in AV1, pari a complessivi 261.500 euro (determina ASUR DG 577/2015); fino all’anno 2014 tali strutture sono state gestite dai Comuni, mentre attualmente sono in carico, per la quota sanitaria, alle singole Aree Vaste.

L’ulteriore decremento registrato in questo conto è correlato alla riclassificazione del costo sostenuto per la Comunità Capodarco (d.g.r.m. n. 1438/2016) sul conto semiresidenziale riabilitativa (376.027 euro consuntivo 2015).

Contemporaneamente, nel medesimo conto è stato registrato un incremento di costi correlato al trascinarsi e all’attivazione dei nuovi posti Alzheimer, previsti dalla d.g.r.m. n. 1013/2014, per 196.400 euro.

Per quanto concerne la **residenzialità**, sempre rispetto al consuntivo 2015, l’incremento di 4.841.223 euro è principalmente correlato all’incremento dei costi registrato per le RP/RPD.

Rispetto al costo preventivato con determina ASUR DG n. 56 del 01/02/2017, avente ad oggetto *“Approvazione del Piano di convenzionamento con le Residenze Protette per Anziani, anno 2016, in applicazione della d.g.r.m. 851/2016 e della determina ASUR DG 761 del 13/12/2016”*, pari a 44.658.795 euro, a consuntivo 2016 sono stati registrati costi pari 44.469.773 euro (-189.022 euro); il costo registrato sul conto della residenzialità, rispetto all’anno precedente, invece, risulta incrementato di 4.272.753 euro, comprendente il costo dei posti letto derivanti dalla riconversione delle Cure Domiciliari (ADI) per circa 1,3 ml di euro, il trascinarsi e dell’attivazione della RP Sanitas dell’AV5 e la completa attivazione dei posti letto assegnati dalla d.g.r.m. n. 1013/2014. Rispetto all’anno precedente, sempre sul medesimo conto, l’incremento è dovuto all’assistenza erogata a pazienti UMEE e all’attivazione delle Cure Intermedie della Casa di Cura Marchetti dal mese di novembre 2016 per 147.181 euro, quota parte di euro 1.058.000, modulo da n. 20 posti letto, previsto dalla d.g.r.m. n. 1636/2016; la restante quota è stata trasferita per 655.859 euro a copertura dell’attività specialistica ambulatoriale resa dalla struttura per un importo superiore al

budget riconosciuto, per attività resa dalla struttura Sanatrix per 176.966 euro, nonché per attività di ricovero della Casa di Cura Marchetti per 39.194 euro e Sanatrix per 39.300 euro.

Inoltre, dal 2016, i costi per DCA Villa Igea/Villa Serena sono stati trasferiti, dal conto residenziale al conto ricoveri intra regione (costo 2016 pari a 269.398 euro).

Tabella Acquisto di prestazioni di assistenza alle persone anziane e disabili

CONTO ECONOMICO		BILANCIO ESERCIZIO 2015	BILANCIO PREVISIONE 2016	IV REPORT 2016	BILANCIO ESERCIZIO 2016	Variazione VA Bil Cons 2016/ Bil Cons 2015	Variazione % Bil Cons 2016/ Bil Cons 2015
0505080109	Acquisti di prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale alle persone anziane e disabili	-	-	-	-	-	0,0%
0505090107	Acquisti di prestazioni di assistenza semi-residenziale alle persone anziane e disabili	9.233.037	9.944.703	9.362.872	8.677.244	- 555.793	-6,0%
0505100107	Acquisti di prestazioni di assistenza residenziale alle persone anziane e disabili	60.011.788	65.730.341	64.745.398	64.853.011	4.841.223	8,1%
Totale Assistenza Anziani e Disabili		69.244.825	75.675.044	74.108.270	73.530.255	4.285.430	6,2%

Fonte: Relazione Direttore Generale ASUR al bilancio d'esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256/DG/2017 del 02/05/2017)

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

- acquisto di **prestazioni da strutture deputate all'erogazione di assistenza termale**: a bilancio 2016 è stato registrato un costo complessivo pari a 2.858.236 euro (**intra ed extra regione**) in decremento rispetto allo storico, sempre nel rispetto dei tetti previsti con la d.g.r.m. n. 1065 del 22/09/2014, con la quale è stato recepito l'Accordo nazionale per l'erogazione delle prestazioni termali per il triennio 2013/2015, ad esclusione della struttura Terme di Carignano ed Erba Vita dell'AV1, ridotti per l'anno 2016 dello 0,5 per cento sulla base della previsione della d.g.r.m. n. 1224 del 30/12/2015 (nota DG ASUR prot. n. 28029 del 29/09/2016).

In sede centrale, per tale assistenza, è stato accantonato, al conto economico Altri Fondi, ai fini di eventuali compensazioni, un importo pari a 33.107 euro.

Tabella Acquisto di prestazioni da strutture deputate all'erogazione di assistenza termale

CONTO ECONOMICO		BILANCIO ESERCIZIO 2015	BILANCIO PREVISIONE 2016	IV REPORT 2016	BILANCIO ESERCIZIO 2016	Variazione VA Bil Cons 2016/ Bil Cons 2015	Variazione % Bil Cons 2016/ Bil Cons 2015
0505110101	Acquisti di prestazioni di assistenza termale	2.712.125	2.792.391	2.690.073	2.447.429	- 264.696	-9,8%
0505110103	Acquisti di prestazioni di assistenza termale da privati vs residenti extraregione	557.214	605.201	571.613	410.807	- 146.407	-26,3%
Totale Assistenza Termale		3.269.339	3.397.592	3.261.686	2.858.236	411.103	-12,6%

Fonte: Relazione Direttore Generale ASUR al bilancio d'esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256/DG/2017 del 02/05/2017)

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

2.6.5 Contenziosi con operatori privati accreditati

Il Collegio Sindacale ha attestato, nel questionario sul rendiconto 2016, che **la ASUR ha contenzioni in corso con gli operatori privati accreditati per prestazioni erogate e che l'entità complessiva presunta al 31 dicembre 2016 è risultata essere pari a 527.800 euro.**

In merito ai tali contenziosi ed ai relativi fondi in bilancio, la Regione Marche, in sede di giudizio di parificazione del rendiconto 2016 (vd. Relazione allegata alla deliberazione Sezione regionale di controllo per le Marche n. 81/2017/PARI del 12/10/2017), ha precisato che i contenziosi in corso riguardano i tetti di spesa fissati dall'Amministrazione regionale nell'esercizio della propria funzione programmatica, ai sensi del d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e della l.reg. n. 20/2000.

In particolare, è stata contestata la legittimità delle determinazioni dell'Ente, laddove non è prevista la remunerazione delle strutture, ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il budget fissato e negoziato con l'ASUR. I giudizi attengono all'esercizio, da parte dell'Amministrazione regionale, della propria attività programmatica di carattere discrezionale e, pertanto, non vi possono essere oneri diretti derivanti da tali contenziosi a carico della Regione Marche. Gli accordi contrattuali con le strutture private accreditate sono stipulati dall'ASUR Marche sulla base degli indirizzi forniti dall'Amministrazione regionale. Alla luce di tali presupposti, nella maggior parte delle controversie è stata evocata in giudizio l'Amministrazione sanitaria contraente nei cui confronti un eventuale giudizio di annullamento dei provvedimenti regionali potrebbe avere "ricadute economiche" immediate. Inoltre, gli oneri derivanti da tali contenzioni sono a carico dell'ASUR.

Inoltre, in merito ai contenziosi giudiziari in materia di accordi contrattuali per la remunerazione di prestazioni erogate dagli operatori privati accreditati, che si sono conclusi nell'anno 2016, con esito sfavorevole per la Regione, nella Relazione annessa alla decisione di parificazione del rendiconto generale della Regione Marche per l'esercizio finanziario 2016 (deliberazione n. 81/2017/PARI del 12/10/2017), è stata riportata la seguente tabella compilata dall'Organo di revisione nel questionario sul rendiconto generale esercizio 2016 della Regione.

Importi in euro

Ammontare complessivo delle sentenze di condanna per contenzioso con gli operatori accreditati	Importo pagato nell'esercizio 2016 (comprensivo dei pagamenti relativi a sentenze di anni precedenti)	Importo residuo da pagare (comprensivo degli importi relativi a sentenze di anni precedenti)
Sentenza Consiglio di Stato n. 1660/2016 su procedimento di silenzio inadempimento	0	0

Fonte: Questionario sul rendiconto generale esercizio 2016 Regione Marche

73 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

Lo stesso Organo di revisione ha precisato che la tabella è stata compilata facendo riferimento alla Regione e che, per quanto attiene la sentenza di condanna del Consiglio di Stato n. 1660/2016, su procedimento di silenzio inadempimento introitato anche nei confronti dell'ASUR Marche, ha attestato che dalla stessa deriva l'obbligo dell'Amministrazione di pronunciarsi motivatamente, nell'esercizio della propria discrezionalità.

In merito alla sentenza n. 1160/2016, è stato rilevato che, come attestato dalla Regione Marche nell'Allegato A, di cui alla d.g.r.m. n. 184 del 07/03/2017, avente ad oggetto: “*Approvazione dello schema di Accordo per gli anni 2016/2018 tra la stessa Regione e i Laboratori analisi privati autorizzati e accreditati del Servizio Sanitario Regionale e le loro Organizzazioni rappresentative*”, l'applicazione dell'Accordo, di cui alle dd.gg.rr. n. 1650/2011 e n. 1708/2011, ha determinato lo sviluppo di un forte stato di conflittualità e l'instaurazione di numerosi contenziosi, sui quali si è espresso il Consiglio di Stato con la citata sentenza n. 1660/2016. Nuovi ricorsi sono stati avviati, nel frattempo, nei confronti dell'Ente regionale, degli enti del SSR e di altre strutture di laboratorio. Tuttavia, le Parti hanno riattivato un confronto costruttivo, ravvisata la sussistenza dell'interesse per entrambi di superare il contenzioso raggiungendo una soluzione condivisa, sia sul versante economico che sulla riorganizzazione del settore, in attuazione della normativa nazionale, ormai indifferibile. Pertanto, i Laboratori e le loro Associazioni rappresentative si sono impegnate, in virtù dell'Accordo di che trattasi, a ritirare tutti i contenziosi in essere ed a non effettuarne altri, sia nei confronti della Regione Marche che degli enti del SSR. L'eventuale avvio di nuovi contenziosi relativi a materie oggetto dell'Accordo comporterà la sospensione dell'Accordo stesso per i ricorrenti.

Si evidenzia che, come attestato dal Collegio Sindacale dell'ASUR, nella Relazione al bilancio chiuso al 31/12/2016, allegata al verbale n. 7 del 12 maggio 2017, **l'Azienda ha accantonato la somma di 275.000,00 euro per contenzioso nei confronti delle strutture private accreditate**, come riportato nella seguente tabella, e che tale somma è contenuta nella voce di S.P. PBA020 “Fondo rischi per cause civili ed oneri processuali” ed è stata risultata congrua anche tenuto conto di quanto esposto dall'Amministrazione in Nota integrativa.

Contenzioso legale

Contenzioso concernente al personale	14.853.431,00
Contenzioso nei confronti delle strutture private accreditate	275.000,00
Accreditate	0
Altro contenzioso	25.686.345,00

Fonte: Relazione Collegio Sindacale, allegata al verbale n. 7 del 12/05/2017

Lo stesso Collegio Sindacale, nella nota al questionario sul rendiconto 2016, ha precisato che la **discordanza tra la risposta del questionario sul rendiconto 2016 (punto 28.3) ed il valore indicato nella Sezione Contenzioso Legale del verbale n. 7 del Collegio Sindacale del 12/05/2017 è dovuta esclusivamente ad un mero errore materiale.**

2.7 CONTROLLO SULLA QUALITA' DELLE ATTIVITA' E SULLE PRESTAZIONI EROGATE DALLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE

Il processo di accreditamento degli erogatori pubblici e privati che compongono il SSN e la successiva fase di stipula degli accordi o dei contratti¹⁸, il monitoraggio ed il controllo sulla qualità delle prestazioni prodotte, sono disciplinate dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (in particolare, nel Titolo II “Prestazioni”, artt. 8-octies¹⁹-10²⁰), più volte modificato ed integrato fino alle

¹⁸ Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, definisce “accordi” gli atti che determinano il budget e il contenuto delle prestazioni erogabili da parte degli enti pubblici od equiparati per conto del SSN, e “contratti” gli atti con analogo contenuto stipulati dagli erogatori privati accreditati.

¹⁹ In base all’art. 8-octies (“Controlli”) del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 “La regione e le aziende sanitarie locali attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati nonché sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese”. Le Asl, in particolare, conducono il monitoraggio sulla base di un atto di indirizzo e coordinamento emanato dalla regione, che definisce, tra l’altro “...il debito informativo delle strutture accreditate interessate agli accordi e le modalità per la verifica della adeguatezza del loro sistema informativo; l’organizzazione per la verifica del comportamento delle singole strutture; la validità della documentazione amministrativa attestante l’avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte; necessità clinica e appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri effettuati, con particolare riguardo ai ricoveri di pazienti indirizzati o trasferiti ad altre strutture; appropriatezza delle forme e delle modalità di erogazione della assistenza, e, infine, risultati finali della assistenza, incluso il gradimento degli utilizzatori dei servizi” .

²⁰ L’articolo 10 “Controllo di qualità” del d.lgs. 502/92, afferma che “Allo scopo di garantire la qualità dell’assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni, nonché del loro costo,...”, e le regioni “...nell’esercizio dei poteri di vigilanza di cui all’art. 8, comma 4, e avvalendosi dei propri servizi ispettivi, verificano il rispetto delle disposizioni in materia di requisiti minimi e classificazione delle strutture erogatrici, con particolare riguardo alla introduzione ed utilizzazione di sistemi di sorveglianza e di strumenti e metodologie per la verifica di qualità dei servizi e delle prestazioni”.

disposizioni in merito previste dalla legge 8 novembre 2012, n. 198 (Decreto Balduzzi).

Nell'ambito del controllo delle attività ospedaliere, rientra l'appropriatezza delle cure introdotta dalla legge 27 dicembre 1997, n. 449²¹.

Successivamente, il Piano sanitario nazionale 1998-2000, ha distinto in due profili il concetto di appropriatezza: "Appropriatezza clinica" e "Appropriatezza organizzativa"; la prima si riferisce all'erogazione di cure mediche ed interventi di comprovata efficacia in contesti caratterizzati da un profilo beneficio-rischio favorevole per il paziente, mentre la seconda concerne la scelta delle modalità di erogazione più idonee ai fini di massimizzare la sicurezza ed il benessere del paziente e di ottimizzare l'efficienza produttiva ed il consumo di risorse.

Il d.lgs. n. 229/1999 ha richiamato la promozione ed il controllo dell'appropriatezza in tutti gli ambiti dell'organizzazione sanitaria, mentre il d.p.c.m. 29 novembre 2001, nel definire i Livelli essenziali di assistenza (LEA) fornisce le prime indicazioni operative per la valutazione dell'inappropriatezza in ambito ospedaliero, indicando come " (...) *inappropriati i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse.*", ponendo quindi l'accento sull'aspetto organizzativo; nello stesso anno, il d.m. 12 dicembre 2001 ha istituito il "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", basato su un set di indicatori "... *finalizzato al monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza ...*".

L'art. 88, comma 2, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, come sostituito dall'art. 79, comma 1-septies, del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, ha disposto che, al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione. L'individuazione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento, rigorosamente casuali; tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle

²¹ Legge 27/12/1997, n. 449 - Titolo II "Disposizioni in materia di spesa" - Capo I "Sanità" - Art. 32 (Interventi di razionalizzazione della spesa) - comma 9: "*Le regioni, le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere assicurano l'attività di vigilanza e controllo sull'uso corretto ed efficace delle risorse. In particolare:*

a) *raccogliono ed analizzano sistematicamente i dati concernenti le attività ospedaliere e le attività relative agli altri livelli di assistenza ed i relativi costi e adottano tempestivamente azioni correttive nei casi di ingiustificato scostamento dai valori standard nazionali o locali. Le attività ospedaliere sono oggetto di specifiche azioni di monitoraggio e valutazione sotto i profili della qualità, dell'appropriatezza, della accessibilità e del costo. A tali fini sono promossi interventi di formazione degli operatori regionali e locali dedicati all'attività di controllo esterno e l'impiego di protocolli quali strumenti sistematici di valutazione dell'appropriatezza del ricorso ai ricoveri ospedalieri.*

cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriately individuate dalle regioni tenuto conto di parametri definiti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministro dell'economia e delle finanze.

Il d.m. 25 febbraio 2004 ha istituito la "Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di Assistenza": fra i criteri adottati la valutazione delle evidenze di efficacia clinica riveste un ruolo centrale; i lavori della commissione hanno portato alla stesura di una proposta di aggiornamento del d.p.c.m. LEA, al momento in fase di valutazione presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, recante una serie di indicazioni in materia di appropriatezza organizzativa in ambito ospedaliero e specialistico.

Parallelamente, l'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 ha istituito il "Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione", che si concentra maggiormente sugli aspetti di appropriatezza organizzativa ed efficienza dell'impiego delle risorse del SSN.

Il d.m. 10 dicembre 2009²², in materia di controlli sulle cartelle cliniche, ha specificato i criteri per l'individuazione delle prestazioni ospedaliere a rischio di inappropriately, fra cui l'elevata

²² Le norme introdotte dalla legge 133/2008 e dal derivato decreto ministeriale del 10/12/2009, hanno indicato nuove modalità procedurali per il sistema dei controlli.

Le indicazioni più rilevanti sono rappresentate da:

- percentuale delle cartelle da controllare con metodo casuale che passa dal 2 per cento al 10 per cento;
- percentuale di cartelle per ricoveri ad alto rischio di inappropriately, individuata nel 2,5 per cento dei ricoveri totali erogati in Regione;
- criteri di identificazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriately, rappresentate da:
 - a) elevato scostamento del volume di ricoveri erogati in aree territoriali sub-regionali;
 - b) elevato valore tariffario dei singoli ricoveri;
 - c) elevata valorizzazione tariffaria complessiva di gruppi di ricoveri nell'ambito delle quali le prestazioni sono state erogate;
 - d) sbilanciata proporzione, per specifici ricoveri, tra i volumi erogati da diverse tipologie di strutture e/o
 - e) da singole strutture ospedaliere del territorio sub-regionale;
- individuazione dei ricoveri che superano le soglie definite per i DRG ad elevato rischio di inappropriately se erogati in regime ordinario;
- rilevazione di elevati volumi di ricoveri in Day Hospital di tipo medico a carattere diagnostico.

Nelle medesime disposizioni normative si prevede che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano garantiscano il controllo di appropriatezza sui ricoveri relativi ai tagli cesarei, a partire dal monitoraggio del livello di qualità e completezza delle relative SDO. Inoltre, è stato stabilito che le regioni devono inviare al Ministero della Salute, entro il 30 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento, un report annuale, all'interno del quale saranno contenute le seguenti informazioni:

- a) la metodologia adottata dalla Regione per l'identificazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriately da sottoporre a controllo (compresi dettagli tecnici quali la scelta del riferimento, la metodologia di standardizzazione, la metodologia di raggruppamento dei ricoveri, etc.);
- b) la tipologia di prestazioni identificate come ad alto rischio di inappropriately;
- c) il numero dei controlli effettivamente eseguito per ciascun erogatore;
- d) la metodologia utilizzata per il riscontro di qualità e appropriatezza delle cartelle cliniche, i protocolli di valutazione adottati e le conseguenti misure adottate;

variabilità e l'elevato impatto economico del volume di erogazione, e fissa la percentuale minima di cartelle cliniche che devono obbligatoriamente essere controllate a tale scopo.

Per quando concerne più specificamente gli aspetti di appropriatezza clinica, è stato istituito, con d.m. 30 aprile 2004 il “Sistema Nazionale Linee Guida”, finalizzato in particolare alla elaborazione e diffusione di linee guida per l'ottimizzazione delle cure e della loro appropriatezza.

Già il Piano sanitario nazionale 2006-2008 aveva posto l'accento sulla necessità di perseguire l'equità e la qualità dell'assistenza sanitaria per mezzo della *promozione dell'Appropriatezza*, prediligendo le prestazioni innovative di provata efficienza clinica ed economicità, e definendo le condizioni di erogabilità di quelle prestazioni caratterizzate da eccessiva variabilità e frequente inappropriata prescrivibilità.

Il perseguimento dell'appropriatezza in ambito ospedaliero e territoriale è al centro delle disposizioni normative di settore e degli accordi di *governance* sul Servizio sanitario nazionale, concertati tra Stato e regioni: il Patto per la salute 2010-2012 ha dedicato l'art. 6, comma 5²³, e gli allegati A e B, ed il nuovo Patto della salute 2014-2016, ha riservato l'art. 3, commi 3²⁴ e 18²⁵ e l'art. 5, comma 11²⁶, a

e) i risultati del processo di controllo e le conseguenti misure adottate;

f) ogni altra informazione che la regione ritiene utile segnalare ai fini della documentazione e caratterizzazione, anche quantitativa, delle attività di controllo effettuate.

²³ Patto per la salute 2010/2012, art. 6 “Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri”, comma 5:” In vista dell'adozione del provvedimento di revisione straordinaria del dpcm di definizione dei livelli essenziali di assistenza, secondo quanto previsto dal punto 2.4 del Patto per la salute del 28 settembre 2006, si conviene che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriata, di cui all'allegato 2C del dpcm 29 novembre 2001, venga integrata dalle Regioni e dalle Province autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati alla presente intesa. Le Regioni e le province autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale. Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le province autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero”.

²⁴ Patto per la salute 2014/2016, art. 3 “Assistenza Ospedaliera”, comma 3 “In coerenza e a sviluppo di quanto previsto dal Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del 10 febbraio 2011, e in linea con i principi di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera contenuti nel suddetto Piano, si conviene sulla necessità di definire entro sei mesi dalla stipula del presente Patto, un documento di indirizzo che individui criteri di appropriatezza di utilizzo dei vari setting riabilitativi, per garantire alla persona con disabilità un percorso riabilitativo integrato all'interno della rete riabilitativa”.

²⁵ Patto per la salute 2014/2016, art. 3 “Assistenza Ospedaliera” - Specialistica ambulatoriale – comma 19 “In vista dell'adozione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, nei termini di cui al comma 2, dell'articolo 1, resta confermato che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriata, di cui all'allegato 2C del dpcm 29 novembre 2001, è integrata dalle Regioni e dalle Province Autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati al Patto per la salute 2010-2012”.

²⁶ Patto per la salute 2014/2016, art. 5 “Assistenza territoriale”, comma 11 “Per la verifica della reale attuazione della riorganizzazione delle cure primarie e per il monitoraggio della appropriatezza, qualità, efficacia ed efficienza dell'erogazione dell'assistenza, la Cabina di regia del NSIS, ai sensi dell'articolo 3 dell'intesa sancita dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, determina le modalità e i tempi di realizzazione, i contenuti informativi, il periodico aggiornamento nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito delle cure primarie, anche attraverso l'utilizzo delle infrastrutture del sistema Tessera sanitaria, di cui all'articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, senza ulteriori oneri a carico della contrattazione nazionale per la medicina generale, per la pediatria di libera scelta e per la specialistica ambulatoriale, nonché dei pertinenti accordi integrativi. Resta fermo quanto previsto in materia di

78 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

tale obiettivo.

Il decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, all'art. 9-*quater*, commi da 1 a 6, ha previsto le condizioni di erogabilità e le indicazioni prioritarie per la prescrizione appropriata delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ad alto rischio di inappropriata, disponendo che, al di fuori delle condizioni di erogabilità, le prestazioni erogate siano a totale carico dell'assistito. Per garantire il rispetto delle condizioni prescrittive da parte dei medici prescrittori, la norma ha previsto che, in caso di comportamenti prescrittivi non conformi alle condizioni e alle indicazioni di cui al d.m., si applichino delle penalizzazioni su alcune componenti retributive del trattamento economico (precisamente sul trattamento economico accessorio) spettante ai medici. Inoltre, ha previsto, in caso di mancata adozione da parte dell'ente del SSN dei provvedimenti di competenza nei confronti del medico prescrittore, la responsabilità del Direttore Generale e la valutazione ai fini della verifica del rispetto degli obiettivi assegnati al medesimo dalla regione. Il comma 7, ha, invece, stabilito che le regioni e gli enti del SSN ridefiniscano i tetti di spesa annui degli erogatori privati di specialistica ambulatoriale interessati dall'introduzione delle nuove condizioni di appropriatezza, riducendo per il 2015 il valore dei contratti di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014.

L'Intesa Stato-regioni del 2 luglio 2015 (Rep. Atti n. 113/CSR del 02/07/2015) ha, inoltre, disposto misure per la riduzione delle prestazioni inappropriate in regime di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui al d.m. 22 luglio 1996, ed in regime di ricovero di riabilitazione.

Ai sensi di quanto convenuto al punto B.2, comma 1, dell'Intesa in parola, con decreto del Ministro della salute, da adottare d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati i criteri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, tenendo conto della correlazione clinica del ricovero con la tipologia di evento acuto, della distanza temporale tra il ricovero e l'evento acuto e, nei ricoveri non conseguenti ad evento acuto, della tipologia di casistica.

A decorrere dall'anno 2015, per i ricoveri ordinari e diurni non conformi ai criteri di appropriatezza, di cui al decreto ministeriale previsto dal comma 8, identificati a livello regionale, è applicata una riduzione pari al 50 per cento della relativa tariffa fissata dalla regione ovvero, se di minor importo,

interconnessione a livello nazionale dei flussi informativi su base individuale dall'articolo 15, comma 25-bis, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135”.

è applicata la tariffa fissata dalla medesima regione per i ricoveri di riabilitazione estensiva presso strutture riabilitative extraospedaliere. Inoltre, sempre a decorrere dall'anno 2015, per tutti i ricoveri ordinari di riabilitazione, clinicamente appropriati, la remunerazione tariffaria, prevista nella prima colonna dell'allegato 2 al decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2013, è ridotta del 60 per cento per le giornate oltre-soglia.

In merito al taglio dei rimborsi dell'80 per cento, per le prestazioni definite ad alto rischio di inappropriatazza eseguite dalle strutture sanitarie private convenzionate, il Tribunale amministrativo per la Campania – sezione prima - ha deliberato in tal senso con la sentenza n. 831/2016 del 11 febbraio 2016.

Il Tribunale ha ritenuto legittima la disposizione commissariale di ridurre, rispettivamente, dell'80 per cento e del 50 per cento la remunerazione delle prestazioni sanitarie ad alto rischio di inappropriatazza o inappropriate, poiché rientra tra le scelte di programmazione sanitaria e finanziaria ed è contenuta entro ragionevoli limiti di proporzionalità.

La disposizione si colloca nell'ambito delle manovre di contenimento della spesa sostenuta per le prestazioni rese in regime convenzionato.

I gestori delle strutture sanitarie private devono, di conseguenza, ricercare continuamente strumenti che consentano grandi efficienze e risparmi nella spesa sostenuta per acquisto di beni medicali, non medicali e servizi, senza rinunciare alla qualità delle prestazioni erogate.

Il d.m. 9 dicembre 2015, pubblicato sulla G.U n. 15 del 20/01/2016, ha poi individuato le condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

In particolare, le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva previste nel decreto interessano: Odontoiatria, Genetica, Radiologia diagnostica, Esami di laboratorio, Dermatologia allergologica, Medicina nucleare.

Gli allegati al decreto sono tre:

- l'allegato 1, contiene le 203 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale cui sono associate condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva;
 - l'allegato 2, riporta le patologie diagnosticabili con le prestazioni di genetica medica; le
- 80 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

patologie e le condizioni per le quali è appropriata l'esecuzione di prestazioni di citogenetica; le patologie e le condizioni oncoematologiche per le quali è indicata l'indagine genetica e/o citogenetica e le patologie e le condizioni per cui è appropriata l'esecuzione di prestazioni di immunogenetica;

- l'allegato 3, contiene i criteri con cui sono state identificate le condizioni di erogabilità di odontoiatria.

La Circolare del Ministero della Salute del 25 marzo 2016 ha inteso regolamentare la fase transitoria nell'applicazione del decreto appropriatezza del 09 dicembre 2015, anche alla luce dell'incontro del 12 febbraio 2016 tra il Ministro della Salute, il Coordinamento della Commissione Salute delle Regioni e la FNOMCeO²⁷.

Nel corso di tale fase, è stato disposto che le sanzioni previste all'articolo 9-quater del decreto legge n. 78/2015, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 125/2015, non siano applicabili ai medici prescrittori.

La "missione" fondamentale, pertanto, dei Servizi sanitari regionali è quella di garantire a tutti i cittadini e residenti pari opportunità nella fruizione dei servizi assistenziali inclusi nei Livelli essenziali di assistenza (LEA), secondo standard di efficienza nell'uso delle risorse, equilibrio economico della gestione, qualità e appropriatezza²⁸ delle prestazioni erogate. Mentre il concetto di appropriatezza implica valutazioni di tipo sia "qualitativo" che "quantitativo", poiché definisce un intervento sanitario preventivo, diagnostico, terapeutico o riabilitativo, fornito nei modi e nei tempi adeguati ai bisogni assistenziali del paziente (o della collettività), condotto con un uso efficiente delle risorse strumentali disponibili, bilanciando positivamente benefici, rischi e costi. La qualità attiene esclusivamente all'efficacia delle cure erogate dagli enti del Servizio sanitario nazionale.

Si rileva che, la Regione Marche, a seguito di verifica degli adempimenti regionali ai fini dell'accesso all'integrazione al finanziamento per l'anno 2016, è **stata dichiarata adempiente dal Tavolo tecnico**,

²⁷ Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

²⁸ A titolo esemplificativo, si riportano alcuni dei 114 indicatori di qualità e appropriatezza riportati nel recente Programma nazionale valutazione esiti (ed. 2013), centrato soprattutto sull'assistenza ospedaliera. Indicatori di qualità: "Mortalità a 30 gg. dopo intervento di bypass aortocoronarico isolato", "Trattamento della frattura nell'anziano, proporzione di interventi chirurgici entro 48H". Indicatori di appropriatezza: "Proporzione di taglio cesareo primario" (ossia parti chirurgici in donne senza precedente cesareo), "Ospedalizzazione programmata per intervento di tonsillectomia".

81 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

con riferimento al mantenimento dell'erogazione delle prestazioni ricomprese nei L.E.A.²⁹ ed all'appropriatezza³⁰, come da verbale della riunione del 22 febbraio 2018 (Allegato 4) trasmesso dalla stessa Regione, con nota prot. n. 340908 del 28 marzo 2018.

2.7.1 Verifica della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate da strutture pubbliche e private accreditate

Il Collegio Sindacale, nel questionario sul rendiconto 2016, ha attestato che l'Azienda sanitaria ha svolto un'attività sistematica al fine di monitorare, prevenire e gestire il rischio sanitario ("risk management"), ai sensi del comma 539, legge 28 dicembre 2015, n. 208³¹.

²⁹ Fonte Ministero della salute - Adempimenti 2016

Lettera e) Mantenimento erogazione LEA:

Mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei L.E.A. (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni, articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 e articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311).

Documentazione da produrre:

Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005). (Allegati n. 2, 2-bis).

³⁰ Fonte: Ministero della salute - Adempimenti 2016

Lettera g) Appropriatezza:

Adottare i criteri e le modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nell'utilizzazione delle risorse, in attuazione del punto 4.3 dell'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001 (allegato 1 - punto 2, lettera g) dell'Intesa del 23 marzo 2005). La relativa verifica avviene secondo le modalità definite nell'accordo Stato regioni del 1° luglio 2004, atto rep. n. 2035 (art. 52, comma 4, lettera b), della legge 27 dicembre 2002, n.289);

- si conviene che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriata, di cui all'allegato 2C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, venga integrata dalle regioni e dalle province autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati alla presente intesa. Le regioni e le province autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale. Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le regioni e le province autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto all'erogazione in regime ospedaliero (art. 6, comma 5 dell'Intesa Stato-regioni 3 dicembre 2009 concernente il Patto per la salute 2010-2012);
- dall'art. 15, comma 10, del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 - TITOLO III, art. 15, comma 10: "al fine di incrementare l'appropriatezza amministrativa e l'appropriatezza d'uso dei farmaci il Comitato ed il Tavolo di verifica degli adempimenti di cui agli artt. 9 e 12 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 verificano annualmente che da parte delle regioni si sia provveduto a garantire l'attivazione ed il funzionamento dei registri dei farmaci sottoposti a registro e l'attivazione delle procedure per ottenere l'eventuale rimborso da parte delle aziende farmaceutiche interessate. I registri dei farmaci di cui al presente comma sono parte integrante del sistema informativo del servizio sanitario nazionale".

Documentazione da produrre:

Documentazione prodotta dal Comitato permanente per la verifica dei LEA (art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005). (Allegati n. 2, 2-bis).

³¹ Legge 28 dicembre 2015, n. 208 - comma 539 "Per la realizzazione dell'obiettivo di cui al comma 538, ai fini di cui all'articolo 3-bis del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), per l'esercizio dei seguenti compiti:

- a) attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari. Ai verbali e agli atti conseguenti all'attività di gestione aziendale del rischio clinico, svolta in occasione del verificarsi di un evento avverso, si applica l'articolo 220 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271;

82 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

Lo stesso Collegio Sindacale ha precisato che sono stati valutati fatti oggetto di audit e di azioni correttive e sono stati inviati al Ministero della salute (secondo le procedure normate NSIS) i n. 33 eventi sentinella³² che si sono verificati nelle strutture sanitarie dell'ASUR nel corso del 2016. La Direzione Sanitaria ASUR ha posto particolare attenzione all'implementazione delle raccomandazioni ministeriali, che sono state tutte fatte oggetto di attenzione e di apposite procedure/protocolli nelle cinque Aree Vaste. In particolare, è stata fatta una revisione sistematica nelle Aree Vaste della raccomandazione 14³³, con un'attenta valutazione delle modalità di

-
- b) *rilevazione del rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;*
 - c) *predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;*
 - d) *assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative.*

³² Gli eventi sentinella sono così definiti dal Ministero della Salute: *un evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.* Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna:

- a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiamo contribuito;
- b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

Allo stato attuale sono stati individuati dal Ministero della Salute 16 eventi avversi classificati come eventi sentinella, elencati di seguito.

1. Procedura in paziente sbagliato;
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte);
3. Errata procedura su paziente corretto;
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure;
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0;
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto;
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita;
9. Morte o grave danno per caduta di paziente;
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale;
11. Violenza su paziente;
12. Atti di violenza a danno di operatore;
13. Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero);
14. Morte o grave danno conseguenti a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso;
15. Morte o grave danno imprevisti conseguenti ad intervento chirurgico;
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente.

L'aspetto fondamentale di questo sistema di segnalazione è rappresentato dall'analisi delle cause profonde che hanno determinato l'evento e soprattutto dall'individuazione di azioni correttive di miglioramento finalizzate a prevenire il ripetersi dell'evento stesso.

Dal "Protocollo per il Monitoraggio degli eventi sentinella" 5° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2012) del Ministero della salute: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pagineAree_238_listaFile_itemName_1_file.doc - "...il monitoraggio degli eventi sentinella è un indicatore significativo di cultura della sicurezza nei vari contesti organizzativi ed è uno dei criteri di valutazione nelle attività di monitoraggio della effettiva erogazione dei Livelli di Assistenza e, a partire dal 2010, viene considerato tra i parametri che le regioni devono dimostrare di avere adempiuto ai fini della certificazione in tal senso da parte del Ministero della Salute".

³³Fonte: Ministero della salute – Raccomandazione n. 14, ottobre 2012 per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici "Gli errori in corso di terapia con farmaci antineoplastici provocano gravi danni.

A causa della elevata tossicità dei farmaci antineoplastici e del loro basso indice terapeutico, gli errori in corso di terapia oncologica determinano danni molto gravi anche alle dosi approvate. Pertanto, è necessario avere a disposizione indicazioni, condivise ed uniformi su tutto il territorio nazionale, mirate alla prevenzione di tali errori.

La presente Raccomandazione è un riferimento per gli operatori sanitari coinvolti nella gestione dei farmaci antineoplastici e nell'informazione al paziente circa gli obiettivi di salute e i benefici attesi dai trattamenti. Un'informazione corretta e completa rappresenta lo strumento cardine di un'alleanza terapeutica strategica al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure".

83 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

preparazione e delle caratteristiche tecnologiche delle Unità di manipolazione antiblastici e chemioterapici. Sono stati attivati appositi tavoli multi disciplinari e multi professionali ASUR, finalizzati al miglioramento continuo ed alla sicurezza delle cure prestate.

Il Collegio Sindacale ha, inoltre, attestato che è stato attivato da parte dell'Ente un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, come previsto dal comma 522, l. n. 208/2015 e s.m.i.³⁴ e che, tale sistema, è in raccordo con il sistema di monitoraggio regionale ed in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti.

Con riguardo ai controlli sulla appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate dagli operatori privati accreditati, il Collegio sindacale ha compilato la seguente tabella acclusa al questionario sul rendiconto 2016.

n. prestazioni complessivamente erogate	n. SDO controllate ai sensi della l. n. 388/2000	n. prestazioni ad alto rischio di inapproprietezza complessivamente erogate	n. SDO inerenti prestazioni ad alto rischio di inapproprietezza controllate ai sensi del DM 10/12/2009
27948	3525	1463	1463

Il Direttore Generale dell'ASUR, nella Relazione di accompagnamento al bilancio 2016 (Allegato E alla determina n. 256/2017), ha attestato che, nel 2016, l'Ente ha gestito un'organizzazione interna per la segnalazione degli eventi sentinella costituita dai referenti periferici a livello delle singole strutture ospedaliere e da un dirigente incaricato con funzione di supervisione e validazione delle segnalazioni e delle azioni di miglioramento. Nel corso del 2016, sono stati inseriti nel SIMES Eventi Sentinella i n. 32 eventi verificatisi nelle strutture Ospedaliere e Territoriali ASUR.

Per tutti e n. 32 gli eventi sono state inserite, alla data del 31/12/2016, sia le Schede A che le Schede B complete delle analisi dei fattori contribuenti e delle azioni di miglioramento. A conferma di quanto sopra, è stato riscontrato dal sito SIMES che tutte le schede A e B del 2016 sono state validate

³⁴ Legge 28 dicembre 2015, n. 208 - comma 522 “Fermo restando quanto previsto dall’articolo 29 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, e successive modificazioni, dall’articolo 32, comma 7, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, nonché dall’articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 265 del 14 novembre 2014, gli enti del Servizio sanitario nazionale, di cui all’articolo 19, comma 2, lettere b) e c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, assicurano la massima trasparenza dei dati di bilancio pubblicando integralmente nel proprio sito internet il bilancio d’esercizio entro sessanta giorni dalla data di relativa approvazione. Gli enti del Servizio sanitario nazionale, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, attivano, altresì, un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, in raccordo con il sistema di monitoraggio regionale di cui all’articolo 4, comma 4, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti, pubblicando entro il 30 giugno di ogni anno i relativi esiti”.

84 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

dalla Regione Marche. Per tutti questi eventi sono stati condotti analisi delle cause profonde o audit che hanno permesso di individuare azioni di miglioramento con relativi indicatori di monitoraggio. La completa compilazione delle Schede A e delle Schede B, nel corso del 2016, ha permesso la validazione regionale in tempo utile, anche rispondendo alle eventuali richieste di chiarimento avanzate sui singoli eventi dalla struttura dell'ARS a questo predisposta.

In sede istruttoria sono stati richiesti chiarimenti in merito alla discordanza del numero degli eventi sentinella verificatisi nelle strutture Ospedaliere e Territoriali ASUR, tra quanto attestato dal Collegio Sindacale nel questionario sul rendiconto 2016 (n. 33) e quanto riportato dal Direttore Generale nella Relazione al bilancio 2016 (n. 32).

Il Direttore Generale dell'ASUR, con nota prot. n. 10100 del 5 aprile 2018, ha attestato che il Collegio Sindacale, nel questionario sul rendiconto 2016, nell'illustrare brevemente gli esiti e le criticità riscontrate, ha indicato, per mero errore materiale, che, nel corso del 2016, nelle strutture sanitarie dell'ASUR sono stati valutati fatti oggetto di audit e di azioni correttive e sono stati inviati al Ministero della salute (secondo le procedure normate NSIS) n. 33 eventi sentinella, anziché, n. 32. Di fatto, gli eventi sentinella, verificatesi nell'esercizio 2016 ed inseriti nel SIMES, sono stati n. 32, come riportato dal Direttore Generale ASUR nella Relazione al bilancio 2016 (Allegato E alla determina n. 256 del 02/05/2017 - pagina 74).

La Sezione ha verificato che, con:

- d.g.r.m. n. 1212 del 19/10/2004, è stato approvato il documento “*Regolamentazione dell’attività di controllo sull’erogazione delle prestazioni sanitarie*”, ed è stato istituito il Comitato di Verifica delle prestazioni sanitarie (CVPS);
- d.g.r.m. n. 781 del 28/05/2013³⁵, sono state approvate le nuove “*Disposizioni in materia di controllo interne ed esterne dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie della Regione Marche*” e, contestualmente, è stata revocata la d.g.r.m. n. 1212/2004.

³⁵ D.g.r.m. n. 781 del 28/05/2013 “Controlli sulle cartelle cliniche. Disposizione in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie della Regione Marche - Applicazione della legge 133/2008 e Decreto Ministeriale 10 Dicembre 2009 - Revoca d.g.r. n. 1212 del 19/10/2004”.

Allegato A - Disposizioni in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie della Regione Marche

Sommario

1. Sistema regionale di controllo
2. Organizzazione dell’attività di controllo
3. Contenuto e ambiti dei controlli
4. Tipologia dei controlli

85 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

-
5. Controlli esterni
 6. Tempistica dei controlli
 7. Esito dei controlli e modalità di trasmissione

1. Sistema regionale di controllo

Il Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria, che ha la responsabilità di gestione delle banche dati di ricoveri e di specialistica ambulatoriale si avvale, nelle sue funzioni, del Comitato di Verifica delle Prestazioni Sanitarie Regionale (CVPSR) composto da personale dell'Agenzia Sanitaria Regionale e degli Enti del SSR indicati dai Direttori Generali. Il CVPSR è coordinato dalla competente Posizione Funzionale in materia, e/o suo delegato, e ha il compito di:

- definire e aggiornare le regole operative sull'attività di controllo e i criteri di valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, in coerenza con gli obiettivi di politica sanitaria regionale;
- verificare la quantità e qualità dei controlli dell'ASUR e la rispondenza agli indirizzi regionali;
- aggiornare il Piano di controllo delle Prestazioni Sanitarie e il Manuale di controllo delle Prestazioni Sanitarie relativo, unico e vincolante per tutte le Aziende sanitarie pubbliche e le Strutture private accreditate, nel quale sono indicati gli obiettivi da perseguire in termini di contenuto e le modalità organizzative dei controlli;
- garantire un'adeguata istruttoria per specifiche criticità che dovessero emergere dall'analisi dei dati contenuti nelle banche dati regionali delle attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale o da segnalazioni di singole Enti del Servizio Sanitario Regionale;
- predisporre e aggiornare i modelli cartacei o elettronici utilizzati dagli operatori per la rendicontazione dei risultati; indirizzare l'attività di formazione;
- elaborare sulla base delle relazioni annuali predisposte dai CVPS periferici una relazione annuale che, in particolare, dovrà evidenziare l'efficacia del sistema di controllo nonché le criticità circa l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie sulle quali indirizzare l'attività di controllo l'anno successivo;
- limitatamente ai casi di mobilità interregionale attiva e passiva, collaborare con il Servizio Sanità o suo delegato competente preposto all'esecuzione dei controlli e alla gestione delle contestazioni. Questi controlli, regolamentati annualmente dall'Accordo Interregionale per la Mobilità Sanitaria, sono gestiti dalla Regione a banca dati chiusa con una particolare tempistica di invio. Per tale contingente di prestazioni potranno essere richieste relazioni di merito e documentazione ai produttori.

2. Organizzazione dell'attività di controllo

L'ASUR ha la responsabilità sia di raccogliere gli esiti dei controlli interni in capo a ciascun erogatore, sia di effettuare i controlli esterni sugli enti del SSR (Aziende Ospedaliere, INRCA) ed erogatori privati accreditati.

La funzione di controllo degli enti del SSR è svolta da appositi Comitati di Verifica delle Prestazioni Sanitarie (CVPS) costituiti dalle seguenti competenze:

- Direttore Sanitario, o delegato coordinatore;
- Direttore di Distretto, o delegato;
- Direttore Medico di Presidio, o delegato;
- Dirigente del Dipartimento delle Professioni Sanitarie o delegato;
- Operatore esperto nella codifica delle prestazioni sanitarie;
- Operatore esperto nell'applicazione della metodica PRUO;
- Referente del sistema informativo aziendale;
- Referente del controllo di gestione e delle convenzioni.

L'ASUR individua con proprio atto l'articolazione interna dei CVPS.

L'attività di controllo interno è svolta sotto la responsabilità dei Direttori Medici di Presidio Ospedaliero e per le strutture private accreditate sotto la responsabilità dei Direttori Sanitari.

L'attività di controllo esterno è svolta sotto la responsabilità dei Direttori di Distretto: le Aziende Ospedaliere, l'INRCA e le case di cura accreditate ricadranno sotto il Distretto su cui insiste la struttura.

La attività di controllo esterno delle prestazioni tra ASUR e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale e tra ASUR e gli erogatori privati accreditati è svolta da un Comitato Misto che include le competenze sopra indicate del Comitato di Verifica delle Prestazioni Sanitarie e i rappresentanti degli enti del SSR pubblico e privato di volta in volta oggetto del controllo.

3. Contenuto e ambiti dei controlli

L'attività di controllo delle prestazioni sanitarie si basa su 2 livelli: attività di controllo interno e attività di controllo esterno sugli enti del Servizio Sanitario Regionale (Aziende Ospedaliere e INRCA) e sugli erogatori privati accreditati. I destinatari dei controlli sono tutti i produttori di prestazioni sanitarie pubblici e privati accreditati; il contenuto minimo e obbligatorio dei controlli è unico e identico per il controllo interno (produzione propria) ed esterno (attività in committenza). Il Piano di controllo delle prestazioni sanitarie e il relativo manuale, predisposti dal CVPS Regionale, definiscono le indicazioni sull'ambito, i volumi, le casistiche, la tempistica e le modalità dei controlli costituendo il minimo obbligatorio. E' comunque possibile per tutti i CVPS locali aumentare la quantità e la qualità dei controlli per casistiche o ambiti non specificamente ricompresi nel Piano, sulla base alla propria specifica produzione; tale attività andrà inserita nella reportistica da inviare alla Regione.

4. Tipologia dei controlli

Sono sottoposti a controllo:

- attività di ricovero
- prestazioni di specialistica ambulatoriale

Controlli sull'attività di ricovero:

Controlli generali sul tracciato record SDO

- completezza dei dati
- accuratezza della compilazione
- appropriatezza all'assegnazione della diagnosi principale
- controlli logico formali

Controlli generali sui DRG

- sulle diagnosi e procedure di dimissione e DRG correlati
- ricoveri ripetuti
- riammissioni
- ricoveri con DRG con complicanze

Controlli di appropriatezza

- controlli generali sui DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria
- controlli generali sulle prestazioni alto rischio di non appropriatezza in regime di Day Surgery
- controlli su attività di Day Hospital con procedure diagnostiche
- controlli su attività di Day Hospital senza procedure
- controlli su ricoveri fuori soglia (outliers)
- controlli sui parti cesarei
- controlli su ricoveri di lungodegenza e riabilitazione

Controllo della documentazione clinica

- controllo della completezza e della corretta compilazione della cartella clinica ed in particolare:
- rilevazione del dolore, della terapia antalgica effettuata e dei risultati ottenuti
- correttezza e completezza del verbale operatorio, se DRG chirurgico
- presenza della check list di sicurezza della sala operatoria, se DRG chirurgico
- correttezza e completezza del consenso informato

Controlli su attività ambulatoriale:

- controlli generali sul tracciato record sul file C
- completezza dei dati
- accuratezza della compilazione
- controllo logico formali
- verifica dei dati dalle impegnative

Controlli generali della corretta fatturazione della prestazione:

- verifica della non concomitanza della prestazione ambulatoriale con attività di ricovero
- verifica di prestazioni erogate a pazienti che siano correlate a ricoveri come prestazione pre e post - ricovero
- verifica di eventuali prestazioni erogate a carico del Servizio Sanitario non incluse nei LEA

Controlli sulla documentazione clinica

Controllo della corretta compilazione della documentazione sanitaria ambulatoriale.

5. Controlli esterni

L'attività di controllo esterno si realizza tramite la valutazione da parte dell'ASUR dei ricoveri effettuati:

- da strutture private accreditate presenti nella Regione indipendentemente dalla residenza dell'assistito
- dagli enti del SSR

La verifica deve essere effettuata trimestralmente. Il preavviso non è obbligatorio ma è comunque necessario segnalare alla Struttura la data di inizio del controllo con tempi compatibili e adeguati a rendere disponibile la documentazione clinica.

Si realizza nelle seguenti fasi:

Verifica dell'attività di controllo interno:

Il Comitato Misto procede innanzitutto alla verifica della corretta applicazione delle indicazioni in materia di controlli interni.

Verifica sulla documentazione clinica:

Il Comitato Misto procede ad una revisione con accertamento della completezza e della corretta compilazione della cartella clinica individuate sulla base dei criteri indicati nel Manuale di controllo delle prestazioni sanitarie tenendo conto anche della provenienza (residenti nella regione e fuori regione)

Verifica dell'appropriatezza:

Comitato Misto procede ad una revisione con accertamento della appropriatezza sui DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria:

- sulle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di Day Surgery
- sulle attività di Day Hospital con procedure diagnostiche
- sulle attività di Day Hospital senza procedure
- sui ricoveri fuori soglia (outliers)

Come rilevato dal documento allegato alla d.g.r.m. n. 781/2013, nella Regione Marche, il Sistema Regionale di controllo è presieduto dal Direttore dell'Agazia Regionale Sanitaria, che ha la responsabilità di gestione delle banche dati di ricoveri e di specialistica ambulatoriale e si avvale, nelle sue funzioni, del Comitato di Verifica delle Prestazioni Sanitarie Regionale (CVPSR), composto da personale dell'Agazia Sanitaria Regionale e degli enti del SSR indicati dai Direttori Generali. Il CVPSR è coordinato dalla competente posizione funzionale in materia, e/o suo delegato.

Tale Comitato ha il compito, in particolare, di verificare la quantità e qualità dei controlli dell'ASUR e la rispondenza agli indirizzi regionali ed elaborare, sulla base delle relazioni annuali predisposte dai CVPS periferici, una relazione annuale che metta in evidenza l'efficacia del sistema di controllo, nonché le criticità circa l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie sulle quali indirizzare l'attività di controllo l'anno successivo.

-
- sui parti cesarei
 - sui ricoveri di lungodegenza e riabilitazione

6. Tempistica dei controlli

Il controllo è sistematico con cadenza almeno trimestrale.

7. Esito dei controlli e modalità di trasmissione

In esito all'attività di controllo è redatto un verbale a cui sono allegati report analitici dell'attività di controllo secondo schemi che verranno definiti nel Manuale dei controlli delle prestazioni sanitarie.

Il verbale di controllo descrive l'attività svolta; tale documento, in caso di controllo esterno, deve includere in modo analitico e dettagliato le contestazioni sollevate alla struttura controllata e proporre soluzioni da adottare per risolvere le situazioni problematiche. A seguito delle controdeduzioni del produttore si avvia la disamina congiunta del contenzioso non risolto, che definisce in modo formale le modalità di risoluzione delle questioni aperte, con contestuale definizione dell'aspetto economico. Le situazioni per le quali non si perviene ad una risoluzione del contenzioso saranno sottoposte per una composizione condivisa, alla valutazione congiunta dei Direttori Generali o del Direttore Generale e del Legale Rappresentante degli enti erogatori interessati.

I verbali dei controlli esterni entro 7 giorni dall'effettuazione degli stessi, sotto la responsabilità del Direttore del Distretto in cui insiste la struttura, dovranno essere inviati alla Struttura controllata. Entro 30 giorni dalla notifica del verbale, la struttura controllata invia le proprie controdeduzioni; dopo tale termine le contestazioni si ritengono accettate. Le controdeduzioni dovranno essere accettate o rifiutate nel più breve tempo possibile e comunque non oltre i 30 giorni dalla ricezione, oltre i quali la controdeduzione si ritiene accolta.

Le ricadute dell'attività di controllo sono così sintetizzabili:

Programmatorie: segnalazioni di codifiche e comportamenti opportunistici; segnalazione di prestazioni eseguibili in regimi assistenziali diversi; proposte per il riconoscimento di prestazioni ambulatoriali nel Nomenclatore Tariffario della specialistica ambulatoriale; segnalazione di azioni e strumenti tesi a migliorare la pianificazione ed esecuzione dell'attività di controllo; individuazione di azioni preventive mirate ad evitare il perpetuarsi di situazioni anomale da parte delle strutture interessate.

Economiche: rideterminazione del valore della prestazione erogata, con integrazione della tariffa precedentemente calcolata o recupero di somme non dovute; proposte di rimodulazione tariffarie delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali;

I verbali e i riepiloghi dovranno essere inviati, separatamente per ciascuna struttura pubblica e privata, al Direttore Sanitario dell'ASUR sotto la responsabilità del Direttore del Distretto in cui insiste la struttura controllata.

Il Direttore Sanitario dell'ASUR avrà la responsabilità di predisporre i riepiloghi trimestrali, suddivisi per strutture pubbliche e strutture private che andranno inviati al Direttore dell'Agazia Regionale Sanitaria.

In ogni caso, entro il 15 maggio di ciascun anno, il Direttore Sanitario dell'ASUR avrà cura di trasmettere al Direttore dell'Agazia Regionale Sanitaria i riepiloghi relativi all'anno precedente, accompagnati dalla relazione prevista dal comma 3 dell'articolo 3 del d.m. 10/12/2009.

L'attività di controllo è effettuata dall'ASUR che ha la responsabilità sia di raccogliere gli esiti dei controlli interni in capo a ciascun erogatore, sia di effettuare i controlli esterni sugli enti del SSR (Aziende Ospedaliere, INRCA) ed erogatori privati accreditati.

La funzione di controllo degli enti del SSR è svolta da appositi Comitati di Verifica delle Prestazioni Sanitarie (CVPS), sotto la responsabilità dei propri Direttori Sanitari, e sono, inoltre, sottoposti a verifica da parte di un Comitato Misto.

Il Piano di controllo delle prestazioni sanitarie e il relativo manuale, predisposti dal CVPS Regionale, e stabilite con decreto n. 33 del 18/09/2013, definiscono le indicazioni sull'ambito, sui volumi, sulle casistiche, sulla tempistica e sulle modalità dei controlli, costituendo il minimo obbligatorio;

- d.g.r.m. n. 1012 del 08/09/2014, sono stati adottati i “*Raggruppamenti d’Attesa Omogenei (RAO) per priorità clinica di accesso per garanzia dei tempi massimi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale*”, con il contributo del tavolo di monitoraggio regionale, al fine di definire le categorie di priorità cliniche e dei relativi tempi massimi d’attesa per alcune delle prestazioni sottoposte a monitoraggio dal PNGLA (tutte le 14 visite specialistiche, RMN muscolo-scheletrica, RMN encefalo e tronco encefalico, RMN colonna vertebrale, Mammografia, Ecografia mammaria), per consentire di superare l’iniquo criterio dell’ordine cronologico, per adeguare l’attesa al un preciso bisogno clinico del paziente, per coinvolgere i professionisti anche tramite audit specifici, per contenere i comportamenti di “medicina difensiva” ed infine per facilitare l’erogazione delle attività in regime libero professionale, secondo criteri conformi ai principi del SSN. L’applicazione dei RAO vede la standardizzazione dei comportamenti prescrittivi per le visite specialistiche di primo accesso e per alcune delle prestazioni di diagnostica particolarmente critiche (RMN muscolo-scheletrica, RMN colonna, RMN encefalo e tronco encefalico, ecografia mammaria e mammografia);
- decreto del Dirigente della P.F. Assistenza ospedaliera, emergenza-urgenza, ricerca e formazione n. 16/RAO del 02/04/2015, in attuazione della d.g.r.m. n. 781 del 28/05/2013, è stato aggiornato il Piano di controllo e verifica delle Prestazioni Sanitarie, di cui al decreto del Dirigente n. 77/14, nel quale sono riportate le modalità di controllo e verifica e le azioni correttive da porre in atto nell’ambito dei CVPS Aziendali per l’anno 2015 e fino all’emanazione di nuovi eventuali atti;

- d.g.r.m. n. 808 del 29/09/2015, è stato adottato il “*Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per le prestazioni di Specialistica ambulatoriale e diagnostica sottoposte a monitoraggio dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA), per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2015-2016*” ed è stato istituito il Gruppo Operativo Regionale (GOR) dei Tempi di Attesa (TdA), presieduto dal Dirigente del Servizio Sanità, come specificato nell’Allegato A;
- decreto del Dirigente della P.F. Assistenza ospedaliera, emergenza-urgenza, ricerca e formazione n. 8/RAO del 05/04/2016, in attuazione della d.g.r.m. n. 781 del 28/05/2013, è stata disposta l’integrazione del punto A.3.5 “Controlli sui ricoveri di lungodegenza e riabilitazione” del precedente Piano dei controlli prestazioni sanitarie anno 2015, contenuto nel decreto 16/RAO/2015, stabilendo come i controlli dal 1 gennaio 2016 e anni successivi debbano essere opportunamente integrati per la parte relativa alla lungodegenza e riabilitazione³⁶;
- decreto del Dirigente della P.F. Assistenza ospedaliera, emergenza-urgenza, ricerca e formazione n. 20/RAO del 16/07/2016, in attuazione della d.g.r.m. n. 781 del 28/05/2013, è stata disposta l’integrazione del punto A.3.4 “Controlli sui Parti Cesarei” del precedente Piano dei controlli prestazioni sanitarie anno 2015, contenuto nel decreto 16/RAO/2015, stabilendo come

³⁶ A.3.5 Controlli sui ricoveri di lungodegenza e riabilitazione

Criteri di estrazione attività di ricovero per riabilitazione

Per la riabilitazione verranno estratte tutte le cartelle cliniche con codice disciplina 28, 56 e 75, compresi i ricoveri in regime di Day Hospital per ogni trimestre.

A.3.5. a. Riabilitazione

In coerenza con la normativa, sono individuati i criteri di appropriatezza clinica dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, con riferimento alla correlazione clinica del ricovero con la tipologia di evento acuto, alla distanza temporale tra il ricovero e l’evento acuto e, nei ricoveri non conseguenti ad evento acuto, alla tipologia di casistica potenzialmente inappropriata. Per l’appropriatezza relativa alla durata del ricovero, in attesa di indicazioni nazionali, si è ritenuto di procedere mantenendo le soglie previste dalla d.g.r. 709/2014.

Per i codici 28, e 75 non si applicano controlli sui valori soglia delle giornate di degenza, e quindi *non sono previsti abbattimenti tariffari connessi alla durata del ricovero* (DGR709/2014) per cui si procederà direttamente ai controlli di appropriatezza clinica.

Per tutte le cartelle cliniche relative al codice disciplina 28, 56, 75 verrà analizzato, come da Piano di Indirizzo della Riabilitazione, d.g.r. 1574/2012, la presenza del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), espressione della presa in carico e della centralità del paziente.

L’assenza dei PRI costituisce criterio di non confermabilità con abbattimento tariffario del 50% (compilazione SDO posizione n. 261-errore 10- codice c) al pari dell’inappropriatezza clinica valutata con i criteri di cui sotto.

Verificata la presenza dei PRI i ricoveri di Neuroriabilitazione (cod. 75) ed i ricoveri di Unità Spinale (cod.28) verranno considerati appropriati clinicamente quando gli stessi hanno:

- cod. 75: la correlazione clinica rispetto al precedente ricovero in acuzie, quando si tratta di “Pazienti con Grave Cerebrolesione Acquisita”, come da allegato 4.
- cod. 28: la correlazione clinica rispetto al precedente ricovero in acuzie, quando si tratta di “Pazienti affetti da mielolesione”, come da allegato 5.

Le cartelle relative ai codici 75 e 28 inappropriate clinicamente verranno considerate non confermate con abbattimento del valore DRG del 50 per cento (compilazione SDO posizione n. 261 - errore 10- codice d).

Nella specificità del codice 56, sono state invece individuate le quattro tipologie di riabilitazione di maggior utilizzo (MDC 1-4-5-8) nelle quali verranno inoltre valutati i criteri di appropriatezza definiti dal Tavolo Tecnico del CVPS e della Riabilitazione Regionali.

i controlli dal secondo semestre 2016 e anni successivi debbano essere opportunamente integrati per la parte relativa al parto cesareo³⁷.

Inoltre, la Sezione ha rilevato che:

- con l'Accordo approvato e recepito con d.g.r.m. n. 1577 del 19/12/2016, per gli anni 2016-2017-2018, con le Strutture private aderenti all'Associazione Italiana delle Unità Autonome Private di DaySurgery accreditate della Regione Marche (AIUDAPDS) e Libera Associazione Imprese Sanitarie Ambulatoriali Nazionali (LAISAN), è stato disposto il rispetto dell'appropriatezza prescrittiva da parte delle aziende secondo le regole vigenti in Regione, fornendo agende differenziate B,D,P al CUP regionale, come previsto dalla d.g.r.m. n. 808 del 29/09/2015;
- con l'Accordo approvato e recepito con d.g.r.m. n. 1636 del 27/12/2016, per gli anni 2016-2017-2018 (Intesa con "Rete d'Impresa", denominata "Casa di Cura delle Marche" - Sub reti Case di Cura della AV2; Case di Cura AV3 e Case di Cura AV4/5), le Case di Cura private multispecialistiche accreditate della Regione Marche, per quanto attiene l'appropriatezza in regime di ricovero, si sono impegnate al rispetto delle regole di cui ai decreti 16/RAO del

³⁷ A.3.4 Controlli sui parti cesarei

Parti cesarei DRG 370 e 371. Dovrà essere effettuato il controllo dei ricoveri per parto cesareo al fine di verificare la presenza nella documentazione sanitaria delle condizioni che giustificano l'indicazione al taglio cesareo coerentemente alla d.g.r. 697 del 28/08/2015.

Criteri di estrazione attività di ricovero per riabilitazione

Come già previsto nel decreto 16/RAO/2015 per i controlli relativi al punto A.3.4 il campione sarà costituito dalla totalità delle cartelle incluse ed estratte nella stessa tipologia di controllo.

Verranno estratte tutte le cartelle cliniche con DRG 370 e DRG 371.

Attività di verifica

1. Scheda di valutazione per TC: presenza di almeno una indicazione assoluta
2. Scheda di valutazione per TC: presenza di almeno una indicazione relativa
3. Scheda di valutazione di TC su richiesta materna: totale presenza di risposte affermative
4. Scheda di valutazione di TC: presente ma nessuna indicazione né assoluta né relativa
5. Scheda di valutazione per TC: assente/Scheda di valutazione di TC su richiesta materna: assente (o presente con risposte negative)

In presenza di più condizioni fra quelle di cui sopra, indicare quella identificativa di valore minore.

Criteri di "non confermabilità" della cartella clinica

Per gli esiti 4 e 5 le cartelle verranno considerate non confermate. Tale esito andrà riportato nella colonna relativa agli esiti nella tabella (file in Excel tabelle Controlli trimestrali Azienda_CVPS_AVX_REPORT_presidioXX.xls) per specifica tipologia di controllo.

Azioni correttive:

A seguito dei controlli si identificheranno le seguenti condizioni:

- DRG 371 (parto cesareo senza cc).
Le cartelle controllate e confermate (compilazione campo SDO posizione n. 261- errore 10 - codice 1).
Alle cartelle controllate "non confermate" (compilazione campo SDO posizione n. 261- errore 10 - codice 3).
la tariffa equiparata al codice DRG 373 "Parto Vaginale senza diagnosi complicanti" (DGR 709/2014) verrà abbattuta del 50 per cento.
- DRG 370 parto cesareo con cc.
Le cartelle controllate e confermate (compilazione campo SDO posizione n. 261- errore 10 - codice 1).
Le cartelle controllate "non confermate" (compilazione campo SDO posizione n. 261 - errore 10 - codice 2) saranno oggetto di segnalazione all'erogatore senza ulteriore abbattimento della tariffa ed oggetto di specifico AUDIT.

02/04/2015, 08/RAO del 05/04/2016, 20/RAO del 26/07/2016 ed alla d.g.r.m. n. 781/2013, accettando conseguentemente gli eventuali abbattimenti tariffari nel caso in cui i CVPS aziendale e ASUR/AV rilevassero il non rispetto delle modalità di ricovero e durata. Inoltre, per la quota ambulatoriale, si sono impegnate a fornire alla Regione, per il tramite del CUP, le agende dedicate alle prestazioni ambulatoriali partecipando attivamente alla riduzione delle liste di attesa.

La Sezione evidenzia che i controlli effettuati sulle prestazioni erogate dagli operatori pubblici e privati accreditati rappresentano un preciso obbligo delle Aziende sanitarie per la verifica di appropriatezza delle prestazioni sanitarie, come previsto espressamente dalla normativa sull'autorizzazione e l'accreditamento regionale.

In sede istruttoria, è stato richiesto alla Regione Marche, con riferimento alla verifica dell'adempimento relativo al controllo delle cartelle cliniche anno 2016 (Adempimento am.)), di relazione in merito alla valutazione finale espressa dal Ministero, contenuta nell'ultimo schema di certificazione inviato.

La Regione Marche, con nota prot. n. 379073 del 5 aprile 2018, ha attestato che è risultata "ADEMPIENTE" e che lo schema di certificazione finale LEA ha precisato che è stato trasmesso il report, la documentazione relativa alle attività di controllo delle cartelle cliniche, relativi all'anno 2016, e le tabelle 1 e 2 previste dalla circolare del MDS n. 5865 del 1 marzo 2013 "ricognizione attività prevista dal d.m. 10 dicembre 2009 Controlli sulle cartelle cliniche".

Nella tabelle sotto riportate (Allegato A – Tab. 1 controlli analitici casuali pubblici e privati Marche-2016_1), nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10 per cento dei controlli, sono stati effettuati 21.149 controlli (pari al 10,6 per cento del totale) per le strutture pubbliche e 3.525 controlli (pari al 12,51 per cento) per le strutture private accreditate; delle cartelle controllate non sono state confermate il 14,7 per cento delle cartelle per le strutture pubbliche e il 4,94 per cento per le strutture private accreditate.

Controlli analitici casuali (ai sensi dell'art. 79, comma 1 septies, legge n. 133 del 06/08/2008) pubblico - Anno di verifica 2016

Erogatore ^(a)		Controlli Cartelle Cliniche			Risultati ^(b)		Misure adottate ^(b)		
Codice SIS ^(c)	Denominazione struttura erogante	Num CC tot	Num CC controllate	% CC controllate	Num. CC non confermate ^(d)	% CC non confermate sul totale delle CC controllate	Effetti economici		Altro ^(g)
							Abbattimenti tariffari ^(e)	% sul Budget ^(f)	
110001	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1	13221	1957	14,80%	130	6,6%	1.117,20	0,003%	
110002	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2	33021	3529	10,69%	252	7,1%	14.219,88	0,015%	
110003	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3	33248	3065	9,22%	112	3,7%	-	0,000%	
110004	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4	14208	1356	9,54%	43	3,2%	-	0,000%	
110005	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5	22085	2091	9,47%	451	21,6%	2.802,50	0,004%	
110901	AO MARCHE NORD	30182	2969	9,84%	828	27,9%	3.070,57	0,003%	
110905	AO OSPEDALI RIUNITI ANCONA	46056	5017	10,89%	1266	25,2%	3.579,85	0,002%	
110921	INRCA ANCONA - FERMO	6692	1165	17,41%	24	2,1%	680,11	0,003%	
	Totale strutture pubbliche	198713	21149	10,6%	3106	14,7%	25.470,10	0,004%	

Note:

CC = cartelle cliniche

(a) Struttura di ricovero presente nelle anagrafiche HSP11

(b) (art. 3 comma 3 lettera e DM 10.12.2009)

(c) Il codice da utilizzare è quello riportato nei modelli HSP11

(d) Numero delle cartelle cliniche non confermate secondo i criteri stabiliti dalla Regione. - Allegare documentazione riguardo la definizione dei criteri suddetti

(e) Riduzione tariffaria successiva ai controlli di appropriatezza (in euro)

(f) Abbattimento tariffario sul totale del valore tariffario dei ricoveri erogati

(g) Ulteriori misure adottate dalla Regione

Fonte: Regione Marche - nota prot. n. 379073 del 5 aprile 2018 (Allegato A - Tab. 1)

Controlli analitici casuali (ai sensi dell'art. 79, comma 1 septies, legge n. 133 del 06/08/2008) privato - Anno di verifica 2016

Erogatore ^(a)		Controlli Cartelle Cliniche			Risultati ^(b)		Misure adottate ^(b)		
Codice SIS ^(c)	Denominazione struttura erogante	Num CC tot	Num CC controllate	% CC controllate	Num. CC non confermate ^(d)	% CC non confermate sul totale delle CC controllate	Effetti economici		Altro ^(g)
							Abbattimenti tariffari ^(e)	% sul Budget ^(f)	
110035	IST.DI RIAB. S.STEFANO - VILLA ADRIA	319	268	84,01%	6	2,24%	-	0,000%	
110036	CASA DI CURA VILLA IGEA	3969	173	4,36%	3	1,73%	246,78	0,002%	
110037	CASA DI CURA VILLA SILVIA	631	90	14,26%		0,00%		0,000%	
110038	CASA DI CURA VILLA SERENA	895	736	82,23%		0,00%		0,000%	
110039	CASA DI CURA VILLA JOLANDA	222	197	88,74%		0,00%		0,000%	
110052	CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL	313	53	16,93%		0,00%		0,000%	
110053	CENTRO OSPEDALIERO S.STEFANO-P. POTENZA	667	73	10,94%		0,00%		0,000%	
110054	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	7766	678	8,73%	51	7,52%	-	0,000%	
110070	CASA DI CURA 'VILLA SAN MARCO'	3206	370	11,54%	24	6,49%	799,65	0,010%	
110071	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	640	357	55,78%	12	3,36%	-	0,000%	
110072	CASA DI CURA 'VILLA ANNA' SRL	4610	134	2,91%	5	3,73%	144,00	0,001%	
110073	CASA DI CURA 'STELLA MARIS' SRL	1569	155	9,88%	67	43,23%	969,57	0,027%	
110074	RITA SRL CASA CURA PRIVATA VILLAVERDE	3141	241	7,67%	6	2,49%	139,95	0,002%	
	Totale strutture private	27948	3525	12,61%	174	4,94%	2.299,95	0,002%	

Note:

CC = cartelle cliniche

(a) Struttura di ricovero presente nelle anagrafiche HSP11

(b) (art. 3 comma 3 lettera e DM 10.12.2009)

(c) Il codice da utilizzare è quello riportato nei modelli HSP11

(d) Numero delle cartelle cliniche non confermate secondo i criteri stabiliti dalla Regione. - Allegare documentazione riguardo la definizione dei criteri suddetti

(e) Riduzione tariffaria successiva ai controlli di appropriatezza (in euro)

(f) Abbattimento tariffario sul totale del valore tariffario dei ricoveri erogati

(g) Ulteriori misure adottate dalla Regione

Fonte: Regione Marche - nota prot. n. 379073 del 5 aprile 2018 (Allegato A - Tab. 1)

In riferimento alle successive tabelle (Allegato 6 - Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza individuate dalle Regioni ai sensi del d.m. del 10/12/2009), sotto riportate, la Regione ha assicurato complessivamente, per le strutture pubbliche e per le strutture private, una percentuale di controlli pari ad almeno il 2,5 per cento della totalità delle cartelle cliniche.

Per quanto riguarda l'impatto economico dei controlli sanitari, per il campione casuale, il recupero a livello del budget dei ricoveri relativi all'anno 2016, a seguito dei controlli effettuati, risulta essere pari a 0,004 per cento e 0,002 per cento, rispettivamente, per pubblico e privato, mentre, per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza, risulta essere 0,019 per cento e 0,025 per cento.

Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza individuate dalle Regioni ai sensi del d.m. del 10/12/2009 pubblico - Anno di verifica 2016

Erogatore ^(a)		Totale complessivo													
		A.3.2 day surgery		A.3.3 Dh diagnostico		A.3.4 Tagli Cesarei		Risultati				Misure adottate			
Codice SIS(c)		Num CC tot	Num CC non confermate ^(c)	Num CC tot	Num CC non confermate ^(c)	Num CC tot	Num CC non confermate ^(c)	Σ Num CC tot ^(d)	Num CC totale struttura erogatrice ^(e)	% CC prestazioni inappropriate ^(f)	Σ Num CC non confermate ^(g)	% CC non confermate sul totale delle CC controllate ^(h)	Abbattimenti tariffari ⁽ⁱ⁾	% sul Budget ^(j)	Altro ^(m)
110001	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1	17	4	6	2	173	35	196	13221	1,48%	41	20,92%	20.944,00	0,055%	
110002	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2	575	177	2	0	352	39	929	33021	2,81%	216	23,25%	19.661,00	0,021%	
110003	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3	307	2	13	0	498	33	818	33248	2,46%	35	4,28%	-	0,000%	
110004	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4	291	11			323	0	614	14208	4,32%	11	1,79%	-	0,000%	
110005	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5	431	63	1	1	377	2	809	22085	3,66%	66	8,16%	-	0,000%	
110901	AO MARCHE NORD	312	90	1	1	554	14	867	30182	2,87%	105	12,11%	3.309,00	0,004%	
110905	AO OSPEDALI RIUNITI ANCONA	166	23	13	3	779	118	958	46056	2,08%	144	15,03%	74.699,72	0,042%	
110921	INRCA ANCONA - FERMO	163	19					163	6692	2,44%	19	11,66%	4.455,00	0,017%	
	Totale strutture pubbliche	2262	389	36	7	3056	241	5354	198713	2,69%	637	11,90%	123.068,72	0,019%	

Note:

CC = cartelle cliniche

Prestazione... = per ogni prestazione ad alto rischio di inappropriatazza rilevata riportare la descrizione e compilare le 2 colonne con i risultati dei controlli; inserire nella tabella le colonne necessarie

(a) Struttura di ricovero presente nelle anagrafiche HSP11

(b) Il codice da utilizzare è quello riportato nei modelli HSP11

(c) Numero delle cartelle cliniche non confermate secondo i criteri stabiliti dalla Regione. - Allegare documentazione riguardo la definizione dei criteri suddetti

(d) Somma del numero cartelle cliniche (Σ Num CC tot) delle prestazioni ad alto rischio inappropriatazza

(e) Numero cartelle cliniche totali della struttura erogatrice

(f) = (d)/(e)

(g) Somma del numero cartelle cliniche non confermate (Σ Num CC non confermate) delle prestazioni ad alto rischio inappropriatazza

(h) = (g)/(d)

(i) Riduzione tariffaria successiva ai controlli di appropriatazza (in euro)

(l) Abbattimento tariffario sul totale del valore tariffario dei ricoveri erogati

(m) Ulteriori misure adottate dalla Regione

Fonte: Regione Marche - nota prot. n. 379073 del 5 aprile 2018 (Allegato B - Tab. 2)

Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inapproprietezza individuate dalle Regioni ai sensi del d.m. del 10.12.2009 privato - Anno di verifica 2016

Erogatore ^(a)	A.3.2 day surgery						A.3.3 Dh diagnostico						A.3.4 Tagli Cesarei						Totale complessivo					
	A.3.2 day surgery		A.3.3 Dh diagnostico		A.3.4 Tagli Cesarei		Risultati						Misure adottate											
	Num CC tot	Num CC non confermate ^(c)	Num CC tot	Num CC non confermate ^(c)	Num CC tot	Num CC non confermate ^(c)	Σ Num CC tot ^(d)	Num CC totale struttura erogatrice ^(e)	% CC prestazioni inappropriate ^(f)	Σ Num CC non confermate ^(g)	% CC non confermate sul totale delle CC controllate ^(h)	Abbattimenti tariffari ⁽ⁱ⁾	% sul Budget ^(l)	Altro ^(m)										
I10035	IST.DI RIAB. S.STEFANO - VILLA ADRIA							0	319	0,00%	0	0,00%		0,00%										
I10036	CASA DI CURA VILLA IGEA	191	3				191	3969	4,81%	3	1,57%	-	0,000%											
I10037	CASA DI CURA VILLA SILVIA						0	631	0,00%	0	0,00%		0,000%											
I10038	CASA DI CURA VILLA SERENA						0	895	0,00%	0	0,00%		0,000%											
I10039	CASA DI CURA VILLA JOLANDA						0	222	0,00%	0	0,00%		0,000%											
I10052	CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL						0	313	0,00%	0	0,00%		0,000%											
I10053	CENTRO OSPEDALIERO S.STEFANO-P. POTENZA						0	667	0,00%	0	0,00%		0,000%											
I10054	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	228	14				228	7766	2,94%	14	6,14%	-	0,000%											
I10070	CASA DI CURA 'VILLA SAN MARCO'	464	110				464	3206	14,47%	110	23,71%	20.376,30	0,254%											
I10071	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'						0	640	0,00%	0	0,00%		0,000%											
I10072	CASA DI CURA 'VILLA ANNA' SRL	94	0				94	4610	2,04%	0	0,00%		0,000%											
I10073	CASA DI CURA 'STELLA MARIS' SRL	131	69				131	1569	8,35%	69	52,67%	-	0,000%											
I10074	RITA SRL CASA CURA PRIVATA VILLASVERDE	355	43				355	3141	11,30%	43	12,11%	5.258,40	0,059%											
	Totale strutture private	1463	239	0	0	0	1463	27948	5,23%	239	16,34%	25.634,70	0,025%											

Note:

CC = cartelle cliniche

Prestazione... = per ogni prestazione ad alto rischio di inapproprietezza rilevata riportare la descrizione e compilare le 2 colonne con i risultati dei controlli; inserire nella tabella le colonne necessarie

(a) Struttura di ricovero presente nelle anagrafiche HSP11

(b) Il codice da utilizzare è quello riportato nei modelli HSP11

(c) Numero delle cartelle cliniche non confermate secondo i criteri stabiliti dalla Regione. - Allegare documentazione riguardo la definizione dei criteri suddetti

(d) Somma del numero cartelle cliniche (Σ Num CC tot) delle prestazioni ad alto rischio inappropriatezza

(e) Numero cartelle cliniche totali della struttura erogatrice

(f) = (d)/(e)

(g) Somma del numero cartelle cliniche non confermate (Σ Num CC non confermate) delle prestazioni ad alto rischio inappropriatezza

(h) = (g)/(d)

(i) Riduzione tariffaria successiva ai controlli di appropriatezza (in euro)

(l) Abbattimento tariffario sul totale del valore tariffario dei ricoveri erogati

(m) Ulteriori misure adottate dalla Regione

Fonte: Regione Marche - nota prot. n. 379073 del 5 aprile 2018 (Allegato B - Tab. 2)

Infine, la Sezione ha rilevato che la Regione Marche, con:

- d.g.r. n. 1090 del 19/09/2016, ha individuato gli obiettivi sanitari del SSR per l'anno 2016, assegnando agli enti sanitari degli specifici obiettivi, indicatori e target riportati all'Allegato A alla delibera stessa.

In particolare, con riferimento all'Area assistenza ospedaliera e emergenza-urgenza (obiettivo 2), ha attribuito, quale sub obiettivo 2.2, il "Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza";

- con successiva d.g.r. n. 1106 del 19/09/2016, ha approvato i criteri per l'anno 2016 per la valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali degli enti del SSR rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta Regionale, contenuti negli Allegati A e B della medesima deliberazione.

Relativamente all'obiettivo sanitario 2 - Assistenza ospedaliera e emergenza-urgenza - sub obiettivo 2.2 "Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza", si riporta qui di seguito la tabella, di cui all'Allegato B, nella quale sono evidenziati i criteri di valutazione ed il punteggio attribuito all'ASUR.

2. ASSISTENZA OSPEDALIERA EMERGENZA URGENZA

Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	NOTE	Criterio di Valutazione	Punteggio		
2.2 Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso EMUR/118 (griglia LEA2016)	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno		≤ 18 minuti	Criterio di calcolo: Griglia LEA DATI 2015 ASUR: 18 minuti	Rispetto del Target Vincolante ASUR 9 indicatori su 12	1,5 ASUR;		
	Flusso SDO (DM 70/2015, NSG)	% parti cesarei primari sul totale dei parti (esclusi i casi con pregresso parto cesareo nei 10 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto e quelli con diagnosi di nato morto) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371)	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375)	≤ 15%	Criterio di calcolo: Griglia LEA (non PNE) DATI 2015 ASUR: 25,5%				
	Flusso SDO (DM 70/2015, NSG)	% parti cesarei primari sul totale dei parti (esclusi i casi con pregresso parto cesareo nei 10 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto e quelli con diagnosi di nato morto) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti > 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371)	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375)	≤ 19%	Criterio di calcolo: Griglia LEA (non PNE) DATI 2015 ASUR: 18,7%				
	Flusso CEDAP/HSP (griglia LEA 2016)	% parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN	Numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e le 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) senza PL di terapia intensiva neonatale		n. assoluto ≤ a 15 parti pretermine	Criterio di calcolo: Griglia LEA DATI 2015 ASUR: 17				
	Dati CVPS (DGR 697/2015)	Appropriatezza clinico-assistenziale ostetrica	N. Schede di valutazione per taglio cesareo compilate	Totale parti cesarei	100%					
	Flusso SDO (Griglia LEA 2016)	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate	Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore	> 57,58%	Criterio di calcolo: Griglia LEA (non PNE) DATI 2015 ASUR: 57,01%				
	Flusso SDO (griglia LEA 2016)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	≤ 0,22	Criterio di calcolo: Griglia LEA DATI 2015 ASUR: 0,22				
	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	N. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	N. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	> 41,03%	Criterio di calcolo: P.Salute 10-12 DATI 2015 ASUR: 40,62%				
	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% Ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico	Ricoveri in DH medico diagnostici	Ricoveri in DH medico	< 33,37%	Criterio di calcolo: P.Salute 10-12 DATI 2015 ASUR: 33,71%				
	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% DRG Medici da reparti chirurgici	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	< 23,03%	Criterio di calcolo: P.Salute 10-12 DATI 2015 ASUR: 23,26%				
	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% Ricoveri medici oltre soglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltre soglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	< 5,23%	Criterio di calcolo: P.Salute 10-12 DATI 2015 ASUR: 5,28%				
	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	< 1,30	Criterio di calcolo: P.Salute 10-12 DATI 2015 ASUR: 1,31				
	Flusso SDO (NSG)	Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	Numero ricoveri di riabilitazione inappropriati (Dec. 8/RAO/16 e 12/RAO/16)	Totale ricoveri di riabilitazione	< Valore 2015	Valore 2015 in fase di calcolo da parte degli uffici regionali			Rispetto del Target Vincolanti 2 indicatori su 2	1 ASUR
	Flusso SDO (NSG)		Numero ricoveri di riabilitazione appropriati (Dec. 8/RAO/16 e 12/RAO/16) con giornate di degenza potenzialmente inefficienti (oltre soglia)	Numero totale di giornate di degenza ricoveri di riabilitazione	< Valore 2015	Valore 2015 in fase di calcolo da parte degli uffici regionali				

Fonte: Allegato B – D.g.r.m. n. 1106 del 19/09/2016

Elaborazione: Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

96 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

Gli obiettivi sanitari sono stati definiti nel rispetto dei LEA, dei vincoli programmatori nazionali e sulla base delle attività programmatiche di rilievo per la sanità regionale. In particolare, la definizione degli indirizzi e degli obiettivi di budget è rivolta a dare i necessari input attuativi per accelerare l'implementazione delle azioni di sviluppo del sistema socio-sanitario attraverso l'individuazione delle linee prioritarie di intervento. Tutti gli enti del SSR sono tenuti alla garanzia dell'erogazione dei LEA e degli adempimenti monitorati dal Ministero della salute, sia per la parte economica che per la parte sanitaria. A tali azioni prioritarie si legano necessariamente gli indicatori che consentono di effettuare il conseguente monitoraggio delle stesse.

In sede istruttoria, è stato richiesto alla Regione Marche di relazionare in merito all'esito della valutazione degli obiettivi di cui sopra, disposti con la citata d.g.r.m. n. 1106/2016.

La Regione Marche, con nota prot. n. 379073 del 5 aprile 2018, ha precisato che, relativamente alla valutazione dei risultati conseguiti dalle Direzioni Generali nell'anno 2016, in data 23 febbraio 2018, il MEF ha trasmesso formalmente l'“esito della verifica degli adempimenti sanitari ed economici” e, che, con nota del 5 marzo 2018, è stato avviato il procedimento per la valutazione. Appena detto procedimento sarà concluso, la stessa Regione provvederà a trasmettere le risultanze relative agli obiettivi sanitari dell'Area ospedaliera e emergenza-urgenza.

2.8 ACQUISTI DI BENI CON CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE DA REGIONE O CON FORME DI FINANZIMENTO AD ESSI ASSIMILATE

Il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (art. 29, lett. c), ha disciplinato nel dettaglio le rilevazioni contabili relative alle immobilizzazioni acquisite con contributi in conto capitale, cercando di superare le forti eterogeneità regionali in materia. Ulteriori indicazioni sono state fornite attraverso l'emanazione, con d.m. 17 settembre 2012, di un'apposita casistica applicativa sulla “sterilizzazione degli ammortamenti”, che esemplifica anche le rilevazioni contabili da effettuare.

Il Collegio Sindacale ha riferito che l'ASUR ha acquisito beni con contributi in conto capitale da Regione o con forme di finanziamento degli investimenti ad essi assimilate dal d.lgs. n. 118/2011 (contributi in conto capitale dallo Stato e da altri enti pubblici; lasciti e donazioni vincolati

all'acquisto di immobilizzazioni; conferimenti, lasciti e donazioni di immobilizzazioni da parte dello Stato, della Regione, di altri soggetti pubblici o privati).

Ha, inoltre, riferito che l'ammortamento di beni acquisiti con contributi in conto capitale da Regione o con forme di finanziamento degli investimenti ad essi assimilate dal d.lgs. n. 118/2011 è stato sterilizzato tramite lo storno a conto economico di quote di tali contributi, commisurate all'ammortamento dei cespiti cui si riferiscono.

Il Collegio Sindacale ha precisato che, nella cessione di beni acquisiti tramite contributi in conto capitale da Regione o con forme di finanziamento degli investimenti ad essi assimilate, laddove si sia prodotta una minusvalenza, questa è sterilizzata stornando a provento una quota di contributo commisurata alla minusvalenza stessa e laddove si sia prodotta, invece, una plusvalenza, questa è stata direttamente iscritta in una riserva del patrimonio netto, senza influenzare il risultato economico dell'esercizio.

I proventi della dismissione sono stati destinati al finanziamento di nuovi investimenti, ed è stata rispettata la regola per la quale il nuovo acquisto può essere effettuato solo successivamente all'incasso dei proventi della dismissione.

Inoltre, il Collegio Sindacale ha certificato che l'Azienda non ha acquistato beni con mutuo e che per i beni acquistati con l'utile d'esercizio è stato verificato che gli ammortamenti non siano stati sterilizzati.

Per la corretta e verificabile determinazione delle sterilizzazioni, il Collegio Sindacale ha riferito che il sistema informativo aziendale associa a ciascun cespite la relativa fonte di finanziamento, quale base per l'identificazione degli ammortamenti da sterilizzare.

2.9 ACQUISTO DI BENI E SERVIZI

In materia di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica per l'acquisto di beni e servizi in ambito sanitario, sono state emanate le seguenti disposizioni normative.

Il decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, all'articolo 17, comma 1, lettera a), che ha attribuito all'Osservatorio dei contratti pubblici il compito di pubblicare, a partire dal primo luglio 2012, le elaborazioni dei prezzi di riferimento relativamente a dispositivi medici, farmaci per uso ospedaliero, servizi sanitari e non sanitari

individuati dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (AGENAS) tra quelli di maggiore impatto sulla spesa sanitaria complessiva. Qualora, sulla base dell'attività di rilevazione, nonché, sulla base delle analisi effettuate dalle Centrali regionali per gli acquisti anche grazie a strumenti di rilevazione dei prezzi unitari corrisposti dalle Aziende sanitarie per gli acquisti di beni e servizi, emergano differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento dei prezzi unitari, le Aziende sanitarie sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti che abbia l'effetto di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento come sopra individuati, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto. In caso di mancato accordo, entro il termine di 30 giorni dalla trasmissione della proposta, in ordine ai prezzi come sopra proposti, le Aziende sanitarie hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a carico delle stesse, e ciò in deroga all'articolo 1671 del codice civile³⁸. Le Aziende sanitarie che abbiano proceduto alla rescissione del contratto, nelle more dell'espletamento delle gare indette in sede centralizzata o aziendale, possono stipulare nuovi contratti accedendo a convenzioni-quadro, anche di altre regioni, o tramite affidamento diretto a condizioni più convenienti in ampliamento di contratto stipulato da altre Aziende sanitarie mediante gare di appalto o forniture.

Le misure in materia sono state integrate e precisate dai successivi decreti leggi:

Il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, che, all'art. 15, ha disposto l'immediata riduzione del 5 per cento degli importi e delle prestazioni dei contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi stipulati da aziende ed enti del SSN (comma 13, lettera a³⁹). L'art. 1, comma 131, lettera a), della legge 24 dicembre 2012, n. 228 (legge di stabilità 2013)⁴⁰, ha inasprito la misura della riduzione portandola al 10 per cento, ma ha

³⁸ L'art. 1671 codice civile conferisce al committente il diritto potestativo di recedere unilateralmente dal contratto di appalto, anche se è già iniziata l'esecuzione dell'opera o la prestazione del servizio, purché gli stessi non siano stati interamente eseguiti.

³⁹ Art. 15, comma 13, lettera a), decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135: "ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 17, comma 1, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, gli importi e le connesse prestazioni relative a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi, con esclusione degli acquisti dei farmaci, stipulati da aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, sono ridotti del 5 per cento a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto e del 10 per cento a decorrere dal 1 gennaio 2013 e per tutta la durata dei contratti medesimi; tale riduzione per la fornitura di dispositivi medici opera fino al 31 dicembre 2012. Al fine di salvaguardare i livelli essenziali di assistenza con specifico riferimento alle esigenze di inclusione sociale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono comunque conseguire l'obiettivo economico-finanziario di cui alla presente lettera adottando misure alternative, purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario".

⁴⁰ Legge 24 dicembre 2012, n. 228, art. 1, comma 131, lettera a): "Al fine di razionalizzare le risorse in ambito sanitario e di conseguire una riduzione della spesa per acquisto di beni e servizi, anche al fine di garantire il rispetto degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, al comma 13 dell'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, alla lettera a), dopo le parole: «dalla data di entrata in vigore del presente decreto» sono inserite le seguenti: «e del 10 per cento a decorrere dal 1° gennaio 2013 e» ed è aggiunto, in fine, il 99 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

contestualmente introdotto la possibilità, per le regioni e le province autonome, di adottare misure alternative alla riduzione del 10 per cento degli appalti, purché venga assicurato l'equilibrio del bilancio sanitario regionale. Ha previsto l'obbligo, per gli enti del SSN e per le regioni e le province autonome, di avvalersi degli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla CONSIP o, eventualmente, dalle centrali di committenza regionali di riferimento. Il rispetto di tale procedura costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo al SSN. I contratti stipulati in violazione di tale procedura sono dichiarati nulli e tale violazione costituisce illecito disciplinare e determina responsabilità amministrativa (comma 13, lettera d⁴¹).

Il decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, che, all'art. 8, comma 8, lett. a), ha stabilito che le amministrazioni pubbliche, fermo restando quanto previsto dal comma 10⁴², per realizzare l'obiettivo loro assegnato ai sensi del comma 4⁴³, sono "autorizzate", dall'entrata in vigore del provvedimento (24 aprile 2014), e nella salvaguardia di quanto previsto dagli articoli 82, comma 3-bis, e 86, comma 3-bis, del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163⁴⁴, a ridurre gli importi dei contratti aventi ad oggetto acquisto fornitura di beni e servizi

seguinte periodo: «Al fine di salvaguardare i livelli essenziali di assistenza con specifico riferimento alle esigenze di inclusione sociale, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono comunque conseguire l'obiettivo economico-finanziario di cui alla presente lettera adottando misure alternative, purché assicurino l'equilibrio del Bilancio sanitario».

⁴¹ Art. 15, comma 13, lettera b), decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135: «all'articolo 17, comma 1, lettera a), del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, sono aggiunti i seguenti periodi: *“Qualora sulla base dell'attività di rilevazione di cui al presente comma, nonché sulla base delle analisi effettuate dalle centrali regionali per gli acquisti anche grazie a strumenti di rilevazione dei prezzi unitari corrisposti dalle Aziende sanitarie per gli acquisti di beni e servizi, emergano differenze significative dei prezzi unitari, le Aziende sanitarie sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti che abbia l'effetto di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento come sopra individuati, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto. In caso di mancato accordo, entro il termine di 30 giorni dalla trasmissione della proposta, in ordine ai prezzi come sopra proposti, le Aziende sanitarie hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a carico delle stesse, e ciò in deroga all'articolo 1671 del codice civile. Ai fini della presente lettera per differenze significative dei prezzi si intendono differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento”*.

⁴² Decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89

Art. 8, comma 10: *“Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono adottare misure alternative di contenimento della spesa corrente al fine di conseguire risparmi comunque non inferiori a quelli derivanti dall'applicazione del comma 4”*.

⁴³ Decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89

Art. 8, comma 4: *“A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 11, comma 1, del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, riducono la spesa per acquisti di beni e servizi, in ogni settore, per un ammontare complessivo pari a 2.100 milioni di euro per il 2014, in ragione di:*

a) 700 milioni di euro da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano;

b) 700 milioni di euro, di cui 340 milioni di euro da parte delle province e città metropolitane e 360 milioni di euro da parte dei comuni;

c) 700 milioni di euro, comprensivi della riduzione di cui al comma 11, da parte delle pubbliche amministrazioni dello Stato di cui all'articolo 11 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Le stesse riduzioni si applicano, in ragione d'anno, a decorrere dal 2015. Per le amministrazioni di cui alla lettera c) si provvede secondo i criteri e nelle misure di cui all'articolo 50”.

⁴⁴ Decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163

Art. 82 - Criterio del prezzo più basso – comma 3-bis: *“Il prezzo più basso è determinato al netto delle spese relative al costo del personale, valutato sulla base dei minimi salariali definiti dalla contrattazione collettiva nazionale di settore tra le organizzazioni sindacali dei lavoratori e le organizzazioni dei datori di lavoro comparativamente più rappresentative sul piano nazionale, delle voci retributive previste dalla contrattazione integrativa di secondo livello e delle misure di adempimento alle disposizioni in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro”* (comma introdotto dalla legge n. 98/2013, di conversione del decreto legge n. 69/2013, in vigore dal 21/08/2013).

100 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

in essere, inclusi i dispositivi medici, nonché di quelli relativi a procedure di affidamento per cui sia già intervenuta l'aggiudicazione, anche provvisoria (al 24 aprile 2014), nella misura del 5 per cento, per tutta la durata residua dei contratti medesimi. Le parti hanno la facoltà di rinegoziare il contenuto dei contratti in funzione della riduzione e rimane salva la facoltà del prestatore dei beni e dei servizi di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla comunicazione della manifestazione di volontà di operare la riduzione senza alcuna penalità da recesso verso l'amministrazione. Allo scopo di evitare particolari danni all'amministrazione aggiudicatrice, la comunicazione del recesso alla Stazione Appaltante ha effetto decorsi trenta giorni dal ricevimento. In caso di recesso, le amministrazioni pubbliche, nelle more dell'espletamento delle procedure per nuovi affidamenti, possono, al fine di assicurare comunque la disponibilità di beni e servizi necessari alla loro attività, stipulare nuovi contratti accedendo a convenzioni-quadro di Consip S.p.A., a quelle di centrali di committenza regionale o tramite affidamento diretto nel rispetto della disciplina europea e nazionale sui contratti pubblici.

Sono venuti meno l'obbligo di assicurare la riduzione dell'importo a base di gara per i contratti futuri e la conseguente nullità per i contratti adottati in violazione di tale disposizione, previsti dall'art. 8, comma 8, lett. b), e comma 9, del decreto legge n. 66/2014, soppressi in sede di conversione in legge.

Il decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, che, all'art. 9-ter⁴⁵, ha previsto misure dirette a conseguire il contenimento della spesa attraverso

Art. 86 - Criteri di individuazione delle offerte anormalmente basse – comma 3-bis: *“Nella predisposizione delle gare di appalto e nella valutazione dell'anomalia delle offerte nelle procedure di affidamento di appalti di lavori pubblici, di servizi e di forniture, gli enti aggiudicatori sono tenuti a valutare che il valore economico sia adeguato e sufficiente rispetto al costo del lavoro e al costo relativo alla sicurezza, il quale deve essere specificamente indicato e risultare congruo rispetto all'entità e alle caratteristiche dei lavori, dei servizi o delle forniture. Ai fini del presente comma il costo del lavoro è determinato periodicamente, in apposite tabelle, dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale, sulla base dei valori economici previsti dalla contrattazione collettiva stipulata dai sindacati comparativamente più rappresentativi, delle norme in materia previdenziale ed assistenziale, dei diversi settori merceologici e delle differenti aree territoriali. In mancanza di contratto collettivo applicabile, il costo del lavoro è determinato in relazione al contratto collettivo del settore merceologico più vicino a quello preso in considerazione”* (comma aggiunto dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296 e poi sostituito dalla legge n. 123 del 3 agosto 2007, in vigore dal 25/08/2007).

⁴⁵ Decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125

Art. 9-ter. Razionalizzazione della spesa per beni e servizi, dispositivi medici e farmaci

“comma 1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 15, comma 13, lettere a), b) ed f), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e successive modificazioni, e dalle disposizioni intervenute in materia di pagamento dei debiti e di obbligo di fattura elettronica di cui, rispettivamente, al decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, e al decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, e tenuto conto della progressiva attuazione del regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui all'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 5 agosto 2014, al fine di garantire la realizzazione di ulteriori interventi di razionalizzazione della spesa:

a) per l'acquisto dei beni e servizi di cui alla tabella A allegata al presente decreto, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti in essere che abbia l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti in essere, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto, al fine di conseguire una riduzione su base annua del 5 per cento del valore complessivo dei contratti in essere;

101 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

ulteriori risparmi, derivanti dalla rinegoziazione dei contratti di acquisto dei beni e servizi in essere, al fine della riduzione annua dei prezzi unitari di fornitura e/o dei volumi di acquisto del 5 per cento del valore complessivo dei contratti medesimi. E' stata stabilita apposita procedura nel caso di mancato accordo tra gli enti del Servizio sanitario nazionale e i fornitori che consenta, sia agli uni che agli altri, la possibilità di recesso dal contratto, in deroga all'articolo 1671 del codice civile, senza alcun onere a carico, né penalità. In caso di recesso, le amministrazioni pubbliche, nelle more dell'espletamento delle procedure per nuovi affidamenti, possono, al fine di assicurare comunque la disponibilità di beni e servizi necessari alla loro attività, stipulare nuovi contratti accedendo a convenzioni-quadro, anche di altre regioni, o tramite affidamento diretto a condizioni più convenienti in ampliamento di contratto stipulato, mediante gare di appalto o forniture, da Aziende sanitarie della stessa o di altre regioni o da altre Stazioni Appaltanti regionali per l'acquisto di beni e servizi, previo consenso del nuovo esecutore.

La legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), che, all'art. 1, commi 548-550, ha disposto che, al fine di garantire l'effettiva realizzazione degli interventi di razionalizzazione della spesa mediante aggregazione degli acquisti di beni e servizi, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono

b) al fine di garantire, in ciascuna regione, il rispetto del tetto di spesa regionale per l'acquisto di dispositivi medici fissato, coerentemente con la composizione pubblico-privata dell'offerta, con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro il 15 settembre 2015 e da aggiornare con cadenza biennale, fermo restando il tetto di spesa nazionale fissato al 4,4 per cento, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti a proporre ai fornitori di dispositivi medici una rinegoziazione dei contratti in essere che abbia l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti in essere, senza che ciò comporti modifica della durata del contratto stesso.

comma 2. Le disposizioni di cui alla lettera a) del comma 1 si applicano anche ai contratti per acquisti dei beni e servizi di cui alla tabella A allegata al presente decreto, previsti dalle concessioni di lavori pubblici, dalla finanza di progetto, dalla locazione finanziaria di opere pubbliche e dal contratto di disponibilità, di cui, rispettivamente, agli articoli 142 e seguenti, 153, 160-bis e 160-ter del codice di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163. In deroga all'articolo 143, comma 8, del predetto decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, la rinegoziazione delle condizioni contrattuali non comporta la revisione del piano economico finanziario dell'opera, fatta salva la possibilità per il concessionario di recedere dal contratto; in tale ipotesi si applica quanto previsto dal comma 4 del presente articolo.

comma 3. Ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui alla lettera b) del comma 1, e nelle more dell'individuazione dei prezzi di riferimento da parte dell'Autorità nazionale anticorruzione, il Ministero della salute mette a disposizione delle regioni i prezzi unitari dei dispositivi medici presenti nel nuovo sistema informativo sanitario ai sensi del decreto del Ministro della salute 11 giugno 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 175 del 29 luglio 2010.

comma 4. Nell'ipotesi di mancato accordo con i fornitori, nei casi di cui al comma 1, lettere a) e b), entro il termine di trenta giorni dalla trasmissione della proposta in ordine ai prezzi o ai volumi come individuati ai sensi del comma 1, gli enti del Servizio sanitario nazionale hanno diritto di recedere dal contratto, in deroga all'articolo 1671 del codice civile, senza alcun onere a carico degli stessi. È fatta salva la facoltà del fornitore di recedere dal contratto entro trenta giorni dalla comunicazione della manifestazione di volontà di operare la riduzione, senza alcuna penalità da recesso verso l'amministrazione. Il recesso è comunicato all'amministrazione e ha effetto decorsi trenta giorni dal ricevimento della relativa comunicazione da parte di quest'ultima.

comma 5. Ai sensi di quanto previsto dall'articolo 17 del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, e successive modificazioni, gli enti del Servizio sanitario nazionale che abbiano risolto il contratto ai sensi del comma 4, nelle more dell'espletamento delle gare indette in sede centralizzata o aziendale, possono, al fine di assicurare comunque la disponibilità dei beni e servizi indispensabili per garantire l'attività gestionale e assistenziale, stipulare nuovi contratti accedendo a convenzioni-quadro, anche di altre regioni, o tramite affidamento diretto a condizioni più convenienti in ampliamento di contratto stipulato, mediante gare di appalto o forniture, da Aziende sanitarie della stessa o di altre regioni o da altre stazioni appaltanti regionali per l'acquisto di beni e servizi, previo consenso del nuovo esecutore”.

102 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, come individuate dal d.p.c.m. del 24 dicembre 2015, di cui all'art. 9, comma 3, del decreto legge n. 66/2014, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89⁴⁶, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali regionali di committenza di riferimento, ovvero della Consip SpA (comma 548).

Qualora le centrali di committenza individuate sulla base del comma 548 non siano disponibili, ovvero operative, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario di cui al comma 548, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali di committenza iscritte nell'elenco dei soggetti aggregatori, di cui all'art. 9, comma 1, del decreto legge n. 66/2014, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 89/2014⁴⁷. In tale ipotesi, spetta alla centrale regionale di committenza di riferimento l'individuazione, ai fini dell'approvvigionamento, di altra Centrale di committenza. La violazione degli adempimenti previsti dal comma 549 costituisce illecito disciplinare ed è causa di responsabilità per danno erariale (comma 549).

I singoli contratti relativi alle categorie merceologiche individuate dal decreto di cui al comma 548, in essere alla data di entrata in vigore della legge di che trattasi, non possono essere prorogati oltre la data di attivazione del contratto aggiudicato dalla Centrale di committenza individuata ai sensi dei commi da 548 a 552. Le proroghe disposte in violazione della presente disposizione sono nulle e costituiscono illecito disciplinare e sono causa di responsabilità amministrativa (comma 550).

⁴⁶ Decreto legge 24 aprile 2014, n. 66 "Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale. (14G00079) - (GU Serie Generale n. 95 del 24/04/2014) - Entrata in vigore del provvedimento: 24/04/2014

Decreto legge convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89 (in G.U. 23/06/2014, n. 143).

Art. 9 (Acquisizione di beni e servizi attraverso soggetti aggregatori e prezzi di riferimento)

comma 3: *"Fermo restando quanto previsto all'articolo 1, commi 449 e 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, all'articolo 2, comma 574, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, all'articolo 1, comma 7, all'articolo 4, comma 3-quater e all'articolo 15, comma 13, lettera d) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri da adottarsi, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro il 31 dicembre di ogni anno, sulla base di analisi del Tavolo dei soggetti aggregatori e in ragione delle risorse messe a disposizione ai sensi del comma 7, sono individuate le categorie di beni e di servizi nonché le soglie al superamento delle quali le amministrazioni statali centrali e periferiche, ad esclusione degli istituti e scuole di ogni ordine e grado, delle istituzioni educative e delle istituzioni universitarie, nonché le regioni, gli enti regionali, nonché loro consorzi e associazioni, e gli enti del servizio sanitario nazionale ricorrono, rispettivamente, a Consip S.p.A. e al soggetto aggregatore di riferimento per lo svolgimento delle relative procedure. Con il decreto di cui al periodo precedente sono, altresì, individuate le modalità di attuazione del presente comma".*

⁴⁷ Decreto legge 24 aprile 2014, n. 66 "Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale. (14G00079) - (GU Serie Generale n. 95 del 24/04/2014) - Entrata in vigore del provvedimento: 24/04/2014

Decreto legge convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89 (in G.U. 23/06/2014, n. 143).

Art. 9 (Acquisizione di beni e servizi attraverso soggetti aggregatori e prezzi di riferimento)

comma 1: *"Nell'ambito dell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti di cui all'articolo 33-ter del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, operante presso l'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, è istituito l'elenco dei soggetti aggregatori di cui fanno parte Consip S.p.A. e una centrale di committenza per ciascuna regione, qualora costituita ai sensi dell'articolo 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296".*

La Sezione, al fine di monitorare l'attuazione delle misure di razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi ha, pertanto, verificato:

- l'esistenza di contratti con valori di acquisto di beni e servizi superiori di oltre il 20 per cento ai corrispondenti prezzi di riferimento elaborati dall'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici (in seguito anche AVCP), ora Autorità nazionale anticorruzione (in seguito anche ANAC);
- la rinegoziazione dei contratti, al fine del conseguimento dell'obiettivo della riduzione del 5 per cento del valore dei contratti e delle connesse prestazioni di beni e servizi;
- l'acquisto di beni e servizi tramite le centrali di committenza;
- i costi relativi agli acquisti di beni e servizi.

2.9.1 Verifica dei valori dei contratti di acquisto di beni e servizi rispetto ai prezzi di riferimento

Il Collegio Sindacale, nel questionario sul bilancio 2016, ha attestato che, dalle verifiche effettuate dall'ASUR, non è stata riscontrata l'esistenza di contratti con valori di acquisto di beni e servizi superiori di oltre il 20 per cento ai corrispondenti prezzi di riferimento elaborati dall'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici, (AVCP), ora Autorità nazionale anticorruzione (ANAC)⁴⁸, come disposto dall'art. 15, comma 13, lettera b), del d.l. n. 95/2012⁴⁹.

⁴⁸ Decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114 "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari"

Art. 19 (Soppressione dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture e definizione delle funzioni dell'Autorità nazionale anticorruzione)

1. L'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 e successive modificazioni, è soppressa ed i relativi organi decadono a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

2. I compiti e le funzioni svolti dall'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture sono trasferiti all'Autorità nazionale anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza (ANAC), di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che è ridenominata Autorità nazionale anticorruzione.

⁴⁹ Art. 15, comma 13, lettera b), decreto legge n. 95/2012: "Al fine di razionalizzare le risorse in ambito sanitario e di conseguire una riduzione della spesa per acquisto di beni e servizi:

b) all'articolo 17, comma 1, lettera a), del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, sono aggiunti i seguenti periodi:

"Qualora sulla base dell'attività di rilevazione di cui al presente comma, nonché sulla base delle analisi effettuate dalle centrali regionali per gli acquisti anche grazie a strumenti di rilevazione dei prezzi unitari corrisposti dalle Aziende sanitarie per gli acquisti di beni e servizi, emergano differenze significative dei prezzi unitari, le Aziende sanitarie sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti che abbia l'effetto di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento come sopra individuati, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto. In caso di mancato accordo, entro il termine di 30 giorni dalla trasmissione della proposta, in ordine ai prezzi come sopra proposti, le Aziende sanitarie hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a carico delle stesse, e ciò in deroga all'articolo 1671 del codice civile. Ai fini della presente lettera per differenze significative dei prezzi si intendono differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento".

104 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

2.9.2 Verifica circa la rinegoziazione dei contratti ai fini del conseguimento della riduzione degli importi e delle prestazioni dei contratti in essere

Il Collegio Sindacale, nel questionario sul bilancio 2016, ha attestato che l'ASUR, fermo restando il disposto di cui all'art. 15, comma 13, del d.l. n. 95/2012 (riduzione del 10 per cento del valore dei contratti e delle connesse prestazioni di beni e servizi), ha rinegoziato i contratti in essere per l'acquisto di beni e servizi, al fine di conseguire la riduzione su base annua del 5 per cento del valore complessivo dei contratti in essere (art. 9-ter, comma 1, lett. a), del d.l. n. 78/2015).

Lo stesso Collegio Sindacale ha precisato che l'ASUR ha adottato, al fine di conseguire l'obiettivo:

- La ridefinizione attività/volumi;
- La rinegoziazione dei prezzi.

In sede istruttoria sono stati richiesti ulteriori chiarimenti in merito.

Il Direttore Generale dell'ASUR, con nota prot. n. 10100 del 5 aprile 2018, ha precisato che l'art. 15, comma 13, lettera a), del decreto legislativo 6 luglio 2012, n. 95, ha disposto che *“ferme restando le disposizioni di cui all'art. 17, comma 1, d.l. 98/2011, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, gli importi e le connesse prestazioni relative a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi, con esclusione degli acquisti di farmaci, stipulati da aziende ed enti del SSN sono ridotti, per tutta la durata dei contratti medesimi del 5 per cento, a decorrere dalla data di entrata in vigore del menzionato decreto, e del 10 per cento, a decorrere dal 1 gennaio 2013”*. Tale riduzione per la fornitura di dispositivi medici opera fino al 31/12/2012.

Con nota del Ministero della Salute, prot. n. 5573 del 27 febbraio 2013, in collaborazione con il MEF Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, è stato chiarito che la disposizione di cui all'art. 15, comma 13, lettera a), del d.l. 6 luglio 2012, n. 95, è da interpretarsi nel senso che la prevista riduzione del 5 per cento degli importi dei contratti per la fornitura di beni e l'appalto di servizi a favore degli enti e aziende del SSN è da conseguirsi attraverso una corrispondente diminuzione del volume delle prestazioni contrattuali, cioè dei beni forniti o dei servizi resi da parte delle ditte titolari dei singoli contratti di fornitura o appalto. La nota stessa ha richiamato la finalità della disposizione, che è quella di impegnare gli enti e le aziende del SSN ad assicurare il pieno mantenimento dell'erogazione delle prestazioni assistenziali previste dai LEA in condizione di maggiore efficienza e, quindi, con un contenimento dei fattori produttivi impiegati. Ciò nelle more dell'attuazione della razionalizzazione della rete strutturale di offerta in ambito ospedaliero che

determinerà la forte riduzione dei costi del SSN.

La disposizione di cui all'art.1, comma 131, della legge di stabilità 2013, ha prescritto che, al fine di salvaguardare i livelli essenziali di assistenza con specifico riferimento alle esigenze di inclusione sociale, le regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano possono comunque conseguire l'obiettivo economico-finanziario sotteso all'intervento sugli acquisti di beni e servizi, adottando misure alternative, purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario.

Il Direttore Generale, per quanto riguarda i "Beni", ha attestato che l'Azienda ha fin da subito operato coerentemente con il dettato normativo sopra riassunto. Infatti, con provvedimento n. 742 del 28/09/2012 è stato recepito il contenuto della d.g.r.m. n. 1220 del 01/08/2012, con la quale la Regione Marche ha approvato le linee di attuazione ed applicazione del d.l. 95/2012. Conseguentemente, con il medesimo provvedimento, sono stati determinati i limiti autorizzatori di spesa alle singole Aree Vaste ed è stata approvata una direttiva al fine di garantire il rispetto della normativa sopra richiamata. Nel contesto sopra delineato, ferma restando la richiesta di riduzione del 5 per cento del prezzo di aggiudicazione dei singoli contratti, il raggiungimento dell'obiettivo prefissato si è prospettato irto di difficoltà. In alcuni contratti, l'obiettivo della riduzione di prezzo è stato raggiunto, interamente o parzialmente, in virtù della disponibilità dei fornitori a condividere con la stazione appaltante la problematica del contenimento della spesa di acquisto di beni e servizi. Inoltre, l'Azienda non ha potuto evitare di prendere in carico le prestazioni previste in contratto, poiché le stesse sono spesso direttamente correlate ai servizi resi ai cittadini; basti pensare ai servizi alberghieri (Pulizia, lavanolo, ristorazione). Nella fattispecie, ad esempio, per il servizio di ristorazione la riduzione delle prestazioni è ipotizzabile solo a fronte di una riduzione delle giornate di ricovero, dovendosi escludere di negare la somministrazione del pasto ai degenti.

Analogamente, anche se con diverse peculiarità, deve ritenersi per il servizio di lavanolo e il servizio di pulizia, ove la riduzione delle prestazioni ha un impatto diretto, anche se non esclusivo, con il livello dei servizi resi ai cittadini.

Per quanto concerne le forniture si pone la stessa problematica, anche se con risvolti diversi.

La disponibilità dei beni sanitari occorrenti per l'erogazione delle prestazioni sanitarie è presupposto essenziale per l'erogazione delle stesse, per cui la indisponibilità di beni sanitari, che determini la mancata o ritardata erogazione della prestazione sanitaria, potrebbe configurarsi come interruzione di pubblico servizio e comportare conseguenze sulla salute dei cittadini, con conseguenti gravi responsabilità da parte dell'amministrazione obbligata a erogare le prestazioni. Ciò riguarda anche

la disponibilità di attrezzature sanitarie acquisite con contratto di locazione, che – qualora attrezzatura unica o disponibile in numero limitato - assurgono a dotazione essenziale per erogare le prestazioni sanitarie. Né, in tal caso, è realizzabile la prevista riduzione del 5 per cento, in quanto è evidente che il contratto, se necessariamente deve essere attivo, non può essere interrotto per frazioni d'anno.

Nel contesto di cui sopra, sono state assunte da parte dell'ASUR adeguate iniziative per ridurre fino al 5 per cento l'importo dei contratti in essere, calibrate opportunamente per rispettare quanto più possibile la richiesta di prestazioni sanitarie da parte dei cittadini.

Da ultimo e a seguito all'entrata in vigore del d.l. n. 78/2015, è stato adottato il provvedimento n. 569 del 26/08/2015, con il quale, preso atto degli obiettivi di riduzione della spesa definiti con d.g.r.m. n. 665/2015, si è stabilita la riduzione dei costi di beni e servizi per l'anno 2015, coerentemente con le previsioni della d.g.r.m.. Con il medesimo provvedimento, è stato inoltre disposto che ciascuna Area Vasta dell'ASUR procedesse alla rinegoziazione dei contratti in essere, secondo precise indicazioni riportate nel provvedimento di cui sopra.

Si evidenzia che, la Regione Marche, con nota prot. n. 379073 del 5 aprile 2018, parzialmente rettificata con nota prot. n. 437708 del 19 aprile 2018, ha precisato che, in merito all'obiettivo di risparmio del 5 per cento dei costi per l'acquisto di beni e servizi, ai sensi dell'art. 9 ter, comma 1, lett. a), del decreto legge 19 luglio 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, è stata prevista la possibilità di *“conseguire l'obiettivo economico finanziario di cui alla presente lettera adottando misure alternative, purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario”*.

Al riguardo, la Regione ha rappresentato che ha conseguito dall'anno 2012 risultati economici del SSR positivi che hanno determinato, in particolare, negli anni 2015, 2016 e 2017, il posizionamento della stessa al primo posto delle 5 regioni di riferimento, con la conseguente partecipazione di diritto nelle 3 regioni benchmark.

2.9.3 Verifica acquisto di beni e servizi tramite le centrali di committenza

La Regione Marche, con legge regionale 14 maggio 2012, n. 12, in conformità al d.p.c.m. 30 giugno 2011 (attuativo dell'art. 13 della legge 13 agosto 2010, n. 136 - Piano straordinario contro le Mafie - , nonché delega al Governo in materia normativa antimafia), ha istituito la SUAM.

In forza della legge regionale n. 12/2012, la SUAM ha il compito di concludere le procedure contrattuali per la realizzazione di lavori pubblici e l'acquisizione di beni e servizi, in particolare, dell'Agenzia regionale sanitaria, nonché per l'acquisizione di beni e servizi di importo superiore a un milione di euro e di importo superiore a centomila euro degli enti del Servizio sanitario regionale (SSR).

Per gli enti del SSR, la SUAM esercita anche le funzioni di cui all'art. 2, comma 67 bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010)⁵⁰, che disciplina forme premiali per le regioni che istituiscono centrali di acquisti in campo sanitario.

Pertanto, in osservanza alla legge regionale n. 12/2012 e nel rispetto dei relativi tempi, la Giunta regionale, con la deliberazione n. 1670 del 26/11/2012, ha, altresì, costituito la SUAM, disciplinando la fase di prima sperimentazione ed affidando al dirigente del Servizio Sanità, sentiti i Direttori generali del SSR ed il direttore della SUAM, il compito, tenuto conto dei contratti in essere, di:

⁵⁰Art. 2, comma 67 bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010)

“Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi entro il 30 novembre 2011, di concerto con il Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabilite forme premiali a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, applicabili a decorrere dall'anno 2012, per le regioni che istituiscano una Centrale regionale per gli acquisti e l'aggiudicazione di procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi per un volume annuo non inferiore ad un importo determinato con il medesimo decreto e per quelle che introducano misure idonee a garantire, in materia di equilibrio di bilancio, la piena applicazione per gli erogatori pubblici di quanto previsto dall'articolo 4, commi 8 e 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nel rispetto del principio della remunerazione a prestazione. L'accertamento delle condizioni per l'accesso regionale alle predette forme premiali è effettuato nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005. Per gli anni 2012 e 2013, in via transitoria, nelle more dell'adozione del decreto di cui al primo periodo, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, stabilisce il riparto della quota premiale di cui al presente comma, tenendo anche conto di criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome. Limitatamente all'anno 2013, la percentuale indicata all'articolo 15, comma 23, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è pari allo 0,30 per cento. Per l'anno 2014, per l'anno 2015 e per l'anno 2016, in via transitoria, nelle more dell'adozione del decreto di cui al primo periodo, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, stabilisce il riparto della quota premiale di cui al presente comma, tenendo anche conto di criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome. Limitatamente all'anno 2014, la percentuale indicata al citato articolo 15, comma 23, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012, è pari all'1,75 per cento”.

(comma così modificato dall'art. 42, comma 14-ter, legge n. 164 del 2014, poi dall'art. 6, comma 4, legge n. 21 del 2016)

- a) individuare i beni e servizi che devono essere acquisiti mediante procedure contrattuali gestite dalla SUAM;
- b) definire, per i beni e servizi individuati, le specifiche tecniche omogenee, con costi parametrici di riferimento.

Con decreto n. 6/SAN del 28/02/2013, il dirigente del Servizio sanità della Regione ha, tra l'altro, costituito un gruppo di lavoro per l'individuazione dei beni e dei servizi da acquisire mediante procedure contrattuali gestite dalla SUAM, di cui alla d.g.r.m. n. 1670/2012.

Con deliberazione n. 649 del 06/05/2013, la Giunta regionale ha approvato il piano triennale degli acquisti gestiti dalla SUAM per conto degli enti del SSR, stabilendo che il piano è soggetto ad integrazione/aggiornamento annuale e dando mandato al dirigente del Servizio sanità di individuare il personale tecnico preposto, sia alla definizione delle caratteristiche tecniche e dei relativi costi parametrici, sia alla redazione della progettazione tecnica ed estimativa da porre a base delle procedure programmate.

Con deliberazione n. 1752 del 27/12/2013, la Giunta regionale ha ridefinito le date del piano triennale, come sopra approvato, limitatamente ad alcune procedure programmate nell'anno 2014 ed ha sostituito il piano allegato alla d.g.r.m. n. 649/2013.

Con deliberazioni n. 1468 del 28/10/2013 e n. 1657 del 9/12/2013, la Giunta Regionale ha stabilito:

- di approvare lo schema di convenzione regolante i rapporti tra la SUAM e gli enti del Servizio sanitario regionale nell'ambito delle procedure contrattuali per l'acquisizione di beni e servizi e per la realizzazione di lavori, ai sensi della legge regionale n. 12/2012;
- di incaricare il direttore della SUAM alla sottoscrizione della medesima convenzione.

La convenzione stipulata tra SUAM ed enti del Servizio sanitario regionale, in attuazione della citata d.g.r.m. n. 1468/2013, è stata registrata nel registro digitale con il numero 194 in data 11/12/2013.

La stessa è stata registrata nel registro interno cartaceo con il numero 17275 in data 09/12/2013.

Pertanto, l'unico riferimento pianificatore degli acquisti è costituito dalla d.g.r.m. n. 1752/2013, che riguarda esclusivamente procedure finalizzate al soddisfacimento delle esigenze degli enti del SSR, che, per l'anno 2016, ha previsto quanto indicato nel seguente prospetto:

OGGETTO DELLE PROCEDURE ESAMINATE	PROGRAMMABILIT A' DELLA PROCEDURA A CARICO SUAM	DATA PERENTORIA DI ARRIVO AL SERVIZIO SANITA' ATTI RIGUARDANTI LA DEFINIZIONE DELLE CARATTERISTICHE TECNICHE E DEI RELATIVI COSTI PARAMETRICI PER TUTTI I CONTRATTI PROGRAMMATI A CARICO DELLA SUAM (SIA PER LA FASE SPERIMENTALE CHE A REGIME)	DATA PERENTORIA DI ARRIVO ALLA SUAM DELLA PROGETTAZIONE TECNICA ED ESTIMATIVA PER TUTTI I CONTRATTI PROGRAMMATI A CARICO DELLA SUA (SIA PER LA FASE SPERIMENTALE CHE A REGIME)	DATA DI PREVISTA ESECUTORIETA' DEL CONTRATTO SUAM
2016				
Radiofarmaci	SI	15/07/2016	01/10/2016	01/07/2017
Guanti chirurgici (sterili e non sterili) e da esame	SI	15/07/2016	01/10/2016	01/07/2017
Prodotti per medicazione	SI	15/01/2016	01/04/2016	01/01/2017
Dietetici e nutrienti	SI	15/07/2016	01/04/2016	01/01/2017
Servizio lavanolo	SI	15/07/2016	01/04/2016	01/01/2017
Medicazioni avanzate	SI	15/07/2016	01/04/2016	01/01/2017
Materiale di pulizia e convivenza	SI	15/09/2016	01/12/2016	01/09/2017

Fonte: D.g.r.m. n. 468 del 09/05/2016

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

Sempre finalizzato al processo di centralizzazione degli acquisti, come già riportato sopra, con la d.g.r.m. n. 1461 del 22/12/2014 la SUAM è stata individuata anche “Soggetto Aggregatore”, di cui all’art. 9 del decreto legge n. 66/2014, convertito dalla legge n. 89/2014.

Con determinazione n. 3 del 25/02/2015, l’ANAC ha fornito le prime indicazioni interpretative sugli obblighi di cui al nuovo art. 33, comma 3-bis, del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, in particolare in relazione ai rapporti tra gli istituti della Centrale Unica di Committenza (CUC) e la Stazione Unica Appaltante (SUA).

Nello specifico, l’ANAC ha ricordato che il d.p.c.m. 30 giugno 2011, all’art. 2, comma 2, ha espressamente riconosciuto alla SUA la natura di Centrale di committenza. Pertanto, sia la SUA che i soggetti aggregatori sono centrali di committenza, con l’unica differenza che, come chiarito dall’Autorità, il Soggetto Aggregatore è una Centrale di committenza “qualificata” ed “abilitata”

(ex lege o tramite valutazione dell'ANAC) all'approvvigionamento di lavori, beni e servizi per conto dei soggetti che se ne avvalgano.

Con delibera n. 58 del 22/07/2015, l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), ha iscritto la SUAM, per la Regione Marche, nell'elenco dei soggetti aggregatori di cui all'articolo 9 del decreto legge n. 66/2014. A tal riguardo, l'art. 28 della legge regionale 4 dicembre 2014, n. 33, ha modificato l'art. 1 della citata legge regionale n. 12/2012, aggiungendo il comma 1 bis, in forza del quale, ai fini del contenimento e della razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi, la SUAM è costituita quale centrale di acquisto in attuazione dell'art. 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007).

La SUAM, come Soggetto Aggregatore assume un ruolo ancora più pregnante nel processo di centralizzazione degli acquisti. Infatti, fermo restando quanto sopra, il comma 3 del citato art. 9, stabilisce che *"...con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi entro il 31 dicembre di ogni anno, sono individuate le categorie di beni e di servizi;... nonché le soglie al superamento delle quali ... le regioni, gli enti regionali, nonché loro consorzi e associazioni, e gli enti del servizio sanitario nazionale ricorrono a "CONSIP" o agli altri soggetti aggregatori per lo svolgimento delle relative procedure. Per le categorie di beni e servizi individuate dal decreto di cui al periodo precedente, l'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (ora ANAC) non rilascia il codice identificativo gara (CIG) alle stazioni appaltanti che, in violazione degli adempimenti previsti dal presente comma, non ricorrono a "CONSIP" o ad altro Soggetto Aggregatore. Con il decreto di cui al presente comma, sono altresì individuate le relative modalità attuative"*.

A seguito di un percorso iniziato nel 2014, in data 08/06/2015, è stato sottoscritto digitalmente dalla Stazione Unica Appaltante Marche (SUAM), dal Ministero dell'economia e delle finanze (MEF) e da CONSIP un protocollo di Intesa, approvato in forma di schema dalla Giunta regionale con deliberazione n. 202 del 20/03/2015, in forza del quale la SUAM può utilizzare gratuitamente il sistema informatico di negoziazione, in modalità Asp (Application Service provider), del MEF per lo svolgimento di specifiche procedure di gara, previa comunicazione al MEF medesimo e a CONSIP entro il mese di dicembre di ogni anno solare il piano preliminare delle gare da svolgere, comunque in numero non superiore a tre procedure per ciascun anno solare.

Con deliberazione n. 664 del 06/08/2015, è stata demandata alla SUAM la procedura contrattuale per l'acquisizione del servizio "Centro di Prenotazione Unico Regionale" per gli enti del SSR ed è stato

111 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

incaricato il dirigente del Servizio sanità della Regione Marche di tutti i conseguenti adempimenti di cui alla d.g.r.m. n. 1670/2012.

Nella Gazzetta Ufficiale n. 32 del 09/02/2016 è stato pubblicato il d.p.c.m. 24 dicembre 2015, attuativo dell'art. 9 del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66. Per effetto di tale pubblicazione, l'operatività della SUAM, quale Soggetto Aggregatore, è divenuta definitiva ed immediata relativamente agli acquisti della Regione, degli enti regionali e degli enti del Servizio sanitario.

Per il biennio 2016-2017, il d.p.c.m. ha previsto le seguenti categorie di beni e servizi e le relative soglie di obbligatorietà per il settore sanitario:

Beni	Soglia
1. Farmaci	40.000,00
2. Vaccini	40.000,00
3. Stent	Soglia comunitaria
4. Ausili per incontinenza (ospedalieri e territoriali)	40.000,00
5. Protesi d'anca	Soglia comunitaria
6. Medicazioni generali	40.000,00
7. Defibrillatori	Soglia comunitaria
8. Pace-maker	Soglia comunitaria
9. Aghi e siringhe	40.000,00

Servizi specifici in area sanità

10. Servizi Integrati per gestione apparecchiature Elettromedicali	40.000,00
11. Servizi pulizia per gli enti SSN	40.000,00
12. Servizi di ristorazione per gli enti SSN	40.000,00
13. Servizi di lavanderia per gli enti SSN	40.000,00
14. Servizi smaltimento rifiuti sanitari	40.000,00

Servizi di uso comune

15. Vigilanza armata	40.000,00
16. Facility management immobili	Soglia comunitaria
17. Pulizia immobili	Soglia comunitaria
18. Guardiania	40.000,00
19. Manutenzione immobili e impianti	Soglia comunitaria

Per le categorie di beni e servizi sopra individuate, è stato disposto che l'ANAC non rilascerà il CIG (Codice Identificativo di Gara) alle stazioni appaltanti che non ricorrano a Consip o ad altro Soggetto 112 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

Aggregatore. Le soglie indicate rappresentano l'importo massimo annuo, a base d'asta, negoziabile autonomamente per ciascuna categoria merceologica da parte delle singole amministrazioni.

La pubblicazione del d.p.c.m. in parola ha comportato la contestuale pubblicazione, da parte della Regione Marche, nelle forme previste, dell'elenco delle iniziative di acquisto relative al biennio 2016/2017 programmate dalla SUAM sulla base delle esigenze quali-quantitative e temporali comunicate dagli enti del Servizio sanitario regionale.

Le pubbliche amministrazioni dovranno quindi ricorrere obbligatoriamente alle gare svolte dai soggetti aggregatori per l'acquisizione di quei beni e di quei servizi che rientrano nelle categorie - e nelle Soglie - individuate dal d.p.c.m..

Per chiarire alcune difficoltà interpretative ed operative, il Ministero delle finanze ed il Ministero della salute, con nota prot. n. 20518 del 19 febbraio 2016, hanno fornito le prime indicazioni operative agli enti del SSN, e, in particolare, ai loro Direttori Generali. In essa è stato stabilito, in primo luogo, che gli enti del SSN devono verificare la presenza di iniziative attive (leggi convenzioni) alle quali aderire presso il Soggetto Aggregatore di riferimento o presso CONSIP. Nell'ipotesi in cui la centrale di riferimento non fosse attiva o non disponesse dei beni o servizi richiesti, occorrerà individuare, ai fini dell'approvvigionamento, un'altra Centrale di committenza, fra cui anche CONSIP. In assenza di iniziative attive sarà possibile per l'ente stipulare un "contratto ponte" per lo "stretto tempo necessario" all'avvenuta attivazione del contratto da parte della centrale d'acquisto di riferimento. Si potrà anche stipulare anche un "contratto ponte", nel caso in cui il contratto in scadenza lo avesse previsto, per "la ripetizione di servizi analoghi", per lo "stretto tempo necessario" all'avvenuta attivazione del contratto da parte della centrale d'acquisto di riferimento. Infine, si potrà disporre la proroga del contratto, nel caso vi sia espressa previsione nel bando di gara iniziale e, comunque, non oltre la data di attivazione del contratto da parte della centrale d'acquisto di riferimento. In ogni caso, in questi contratti ponte deve essere presente una clausola risolutiva espressa secondo cui qualora fosse attivata, da parte dell'ente di riferimento, una convenzione per le categorie merceologiche di cui si necessita, il contratto risulterebbe risolto.

Inoltre, in materia di centralizzazione degli acquisti i principi sono fatti salvi e rafforzati dal decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 *"Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino*

della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture”, pubblicato sulla G.U. Serie Generale n. 91 del 19/4/2016 - Supplemento Ordinario n. 10.

Il mutato quadro normativo e lo stato di avanzamento del processo organizzativo della SUAM, hanno reso inevitabile per la Regione Marche la verifica della validità ed attendibilità:

- della pianificazione deliberata dalla Giunta regionale con d.g.r.m. n. 1752 del 27/12/2013 e, in alcuni casi, con la d.g.r.m. n. 649 del 06/05/2013;
- della previsione di cui alla d.g.r.m. n. 664/2015, di demandare alla SUAM la procedura contrattuale per l’acquisizione del servizio “Centro di Prenotazione Unico Regionale” per gli enti del SSR e la conseguente impossibilità di avviare la suddetta procedura (all’epoca rappresentata dal Direttore della SUAM);
- delle modalità di funzionamento della SUAM di cui alla d.g.r.m. n. 1670/2012.

Pertanto, la Regione Marche, con deliberazione n. 468 del 09/05/2016, ha disposto l’approvazione del piano biennale degli acquisti di beni e servizi per gli enti del servizio sanitario regionale, mediante procedure contrattuali gestite dalla SUAM, costituito dall’elenco delle iniziative di acquisto relative al biennio 2016/2017 programmate dalla SUAM, quale Soggetto Aggregatore ai sensi dell’art. 9 del decreto legge n. 66/2014, convertito dalla legge n. 89/2014, pubblicato sul sito <http://suam.Regione.marche.it/soggettiaggregatori.aspx>, nonché dalle seguenti ulteriori procedure contrattuali:

1. Fornitura di prodotti di cancelleria, carta in risme e supporti meccanografici per le necessità degli enti del SSR;
2. Fornitura di presidi antidecubito per le necessità degli enti del SSR;
3. Servizio regionale del “Centro di Prenotazione Unico Regionale” per gli enti del SSR;
4. Servizio regionale di elisoccorso;
5. Servizio di lavorazione del plasma e produzione emoderivati per il DIRMT;
6. Fornitura in service di sistemi diagnostici e produttivi per il DIRMT.

Conseguentemente alla definizione della nuova programmazione, la Regione Marche ha ritenuto necessario revocare le deliberazioni n. 649 del 06/05/2013 e n. 1752 del 27/12/2013.

Inoltre, con la medesima deliberazione è stato dato mandato al dirigente del Servizio Sanità di individuare formalmente, su indicazione dei Direttori generali degli enti SSR, il personale tecnico preposto, sia alla definizione delle caratteristiche tecniche omogenee e dei relativi costi parametrici

di tutti i beni e servizi oggetto delle procedure costituenti il piano, sia alla redazione della progettazione tecnica ed estimativa da porre a base delle relative procedure, assegnando tempi e modalità di svolgimento di entrambi gli incarichi.

Per quanto riguarda il piano triennale degli acquisti, approvato e ridefinito da ultimo con la d.g.r.m. n. 1752 del 27/12/2013, la SUAM:

- con decreto n. 4/SUAM del 25/06/2015, ha avviato la procedura aperta per fornitura di antisettici e disinfettanti (azienda capofila: AOU - Ospedali Riuniti di Ancona), per le necessità degli enti del servizio sanitario della Regione Marche, costituita da n. 30 lotti, per un importo a base di gara pari a 2.737.674,80 euro. Con decreto 1/SUAM del 03/03/2016 tutti i 30 lotti sono stati definitivamente aggiudicati per un importo complessivo pari a euro 1.609.435,31, con una economia di euro 1.128.239,49 (pari al 41 per cento dell'importo complessivo dei 30 lotti a base di gara);
- con decreto n. 5/SUAM del 09/07/2015, ha avviato la procedura aperta per la fornitura di aghi, siringhe e accessori vari (azienda capofila: INRCA), per gli enti del SSR Marche, costituita da n. 96 lotti e per un importo a base di gara pari a 22.207.277,32 euro. La gara si è conclusa nel 2016;
- con decreto 17/SUAM del 27/10/2016, ha proceduto all'aggiudicazione definitiva di n. 38 lotti per un valore complessivo di euro 4.726.330,78 (IVA esclusa), dando atto che sarebbero state valutate con gli enti del SSR le adeguate procedure di affidamento della fornitura relativa ai lotti per cui non è pervenuta alcuna offerta o le cui offerte sono risultate irregolari;
- con decreto n. 10/SUAM del 27/06/2016, ha avviato la procedura aperta per la fornitura di prodotti di cancelleria, carta in risme e supporti meccanografici per le necessità degli enti del S.S.R. Marche, per un importo a base di gara pari a 9.317.373,28 euro, articolata in n. 4 lotti e nel rispetto dei CAM di settore. Il bando di gara è stato pubblicato il 13/07/2016. La scadenza del termine di presentazione delle offerte era stata stabilita per il giorno 13/09/2016 e la prima seduta pubblica di gara si è tenuta, come previsto, il giorno 14/09/2016. La procedura di che trattasi è stata gestita in modalità telematica in ossequio al dettato normativo di cui all'art. 40 (obbligo di uso dei mezzi di comunicazione elettronici nello svolgimento di procedure di aggiudicazione) del d.lgs. n. 50/2016 e, in particolare, di quella di cui al comma 1, in forza della quale *“Le comunicazioni e gli scambi di informazioni nell'ambito delle procedure di cui al presente codice svolte da centrali di committenza sono eseguiti utilizzando mezzi di comunicazione elettronici ai sensi*

dell'articolo 5-bis del decreto legislativo 07/03/2005, n. 82, Codice dell'amministrazione digitale" (a tale fine la Regione ha precisato che la SUAM ha stipulato in data 08/06/2015 un protocollo di Intesa con il MEF e la CONSIP, per l'utilizzo in modalità ASP e a titolo gratuito, del sistema informatico di negoziazione di proprietà del MEF). Con decreto 20 del 29/11/2016 tutti i 4 lotti sono stati aggiudicati per un importo complessivo pari a euro 6.588.744,53, con una economia di euro 2.728.628,75 (pari al 29 per cento dell'importo complessivo dei 4 lotti a base di gara);

- con decreto n. 13/SUAM del 27/07/2016 è stata avviata la procedura di cui all'art. 36, comma 2, lett. a), del d.lgs. n. 50/2016, con invito esteso a più operatori economici, per l'affidamento diretto del servizio di pubblicità legale sui quotidiani, degli estratti dei bandi di gara e degli avvisi sui risultati relativi a cinque procedure contrattuali di competenza della SUAM. Con decreto n. 18 del 08/11/2016 è stata aggiudicata la procedura. In data 06/09/2016, la Stazione Unica Appaltante della Regione Marche (SUAM) ha pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Unione Europea, sul Profilo del committente SUAM, sul sito della Regione Marche, istituito ai sensi del d.m. n. 20/2001 (www.contrattipubblici.marche.it/BAND/), e sulla specifica sezione dei siti istituzionali degli enti committenti (www.asur.marche.it, www.ospedaliriuniti.marche.it, www.ospedalimarchenord.it, www.inrca.it), un avviso di consultazione preliminare di mercato, ai sensi dell'art. 66 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, per la preparazione dell'appalto e per lo svolgimento della relativa procedura inerente la fornitura a noleggio e gestione full-service di presidi antidecubito, per le esigenze del Servizio Sanitario Regionale. La "consultazione" è avvenuta alle condizioni di cui al successivo art. 67 del medesimo d.lgs. n. 50/2016;
- con decreto n. 7/SUAM del 17/05/2017 è stato dato avvio dell'Appalto specifico indetto dalla Regione Marche per la fornitura di vaccini ad uso umano e vaccini antinfluenzali per le necessità degli enti del SSR Marche, nell'ambito del sistema dinamico di acquisizione della pubblica amministrazione.

Inoltre, in aggiunta alla pianificazione di cui alla citata d.g.r.m. n. 468 del 09/05/2016, sono state individuate dal dirigente del Servizio Sanità e dal Segretario Generale (sentiti i Direttori Generali degli enti del SSR e il Direttore della SUAM), le seguenti ulteriori procedure che, per lo stato di avanzamento progettuale raggiunto in attuazione delle citate precedenti delibere di programmazione

o per la complessità ed urgenza o per la competenza istituzionale posta in capo alla Regione Marche, sono state gestite a cura della SUAM:

1. gara fornitura a noleggio e gestione full service di presidi antidecubito - La procedura è composta da 4 lotti per un importo complessivo a base di gara pari a euro 7.068.692,00. Il 06/09/2016 è stato pubblicato un avviso consultazione preliminare di mercato ai sensi dell'art. 66 del nuovo Codice dei contratti pubblici. I contributi dovevano pervenire entro il 31/10/2016. Con nota n. 791864 dell'8/11/2016 i contributi pervenuti sono stati inviati all'Azienda Ospedaliera Marche Nord (capofila) ed in data 17/11/2016 si è tenuto un incontro presso la SUAM nel corso del quale si è discusso dei conseguenti adeguamenti progettuali;
2. gara d'appalto per la gestione del servizio CUP unico interaziendale regionale della Regione Marche - La procedura è composta da 2 lotti per un importo complessivo a base di gara pari a euro 16.825.000,00. Il 27/10/2016 è stato pubblicato un avviso consultazione preliminare di mercato ai sensi dell'art. 66 del nuovo Codice dei contratti pubblici. I contributi dovevano essere trasmessi entro il 30/11/2016. Con nota n. 876926 del 13/12/2016, i contributi trasmessi sono stati inviati al gruppo di progettazione;
3. gara per la fornitura in service di sistemi diagnostici e produttivi per il DIRMT (data consegna progettazione 11/11/2016). E' stato effettuato un incontro preliminare in data 14/10/2016. In data 14/12/2016 è stato chiesto ai progettisti di relazionare in ordine allo stato di avanzamento della progettazione, in considerazione del fatto che il termine assegnato dal Servizio Sanità fosse scaduto l'11/11/2016. In data 14/12/2016 il gruppo ha dato comunicazione dell'invio per e-mail dei capitolati.

Il Collegio Sindacale, nel questionario sul rendiconto 2016, ha confermato che, l'acquisizione di beni e servizi appartenenti alle categorie merceologiche individuate dal d.p.c.m. 24 dicembre 2015 (G.U. n. 32 del 09/02/2016) è avvenuta esclusivamente attraverso la CONSIP o le Centrali regionali di committenza, ai sensi dell'art. 1, commi 548 e 549, l. n. 208/2015.

Lo stesso Collegio Sindacale ha, inoltre, attestato che non si sono verificati casi di proroghe di contratti relativi alle categorie merceologiche individuate dal sopra citato d.p.c.m. oltre la data di attivazione di quelli aggiudicati dalla Centrale di committenza (art. 1, comma 550, l. n. 208/2015).

Si rileva che, il Collegio Sindacale, come emerso dall'esame del verbale n. 3 del 24/02/2017, ha preso atto, anche in riferimento a quanto già evidenziato in occasioni precedenti, che l'ASUR, con determine n. 801/DG/2016⁵¹, n. 802/DG/2016⁵², n. 803/DG/2016⁵³, n. 804/DG/2016⁵⁴ e n. 819/DG/2016⁵⁵ del 29/12/2016 e n. 829/DG/2016 del 30/12/2016⁵⁶, ha avviato diverse procedure per la definizione dei "contratti ponte" per le categorie merceologiche di cui al d.p.c.m. 24/12/2015, nelle more della definizione da parte del Soggetto Aggregatore regionale (SUAM) delle nuove procedure di gara. A tal riguardo, l'ASUR, con nota prot. 5254 del 16/02/2017, ha chiesto alla SUAM la conferma rispetto alle suddette categorie merceologiche delle date stimate di attivazione dei relativi contratti, al fine di consentire l'emissione di atti coerenti con la programmazione, compreso l'eventuale avvio di proprie procedure di gara ad evidenza pubblica, precisando che, qualora la SUAM non fosse in grado di rispettare la tempistica come già definita, l'Azienda necessariamente dovrà provvedere ad avviare autonome procedure di gara.

In proposito, lo stesso Collegio Sindacale, ha rilevato che, a tutt'oggi, l'istituzione di questo Organismo, che sarebbe dovuto servire ad ottenere una migliore trasparenza e velocità, congiuntamente a risultati di economia, non sembra essere ancora pienamente decollata.

In sede istruttoria, è stato richiesto se, allo stato attuale, siano state attivate le relative procedure di gara.

La Regione Marche, con nota prot. n. 379073 del 5 aprile 2018, in merito all'aggiornamento dell'attività della SUAM per il servizio sanitario regionale, in relazione alle categorie merceologiche comprese nel d.p.c.m. di competenza, ha rappresentato quanto segue.

⁵¹ Cfr. determina ASUR n. 801/DG/2016 del 29/12/2016, avente ad oggetto: "Determina a contrarre per l'affidamento del servizio di ristorazione utenti e mensa dipendenti per le necessità dell'Area Vasta n. 2 - sede operativa di Jesi".

⁵² Cfr. determina ASUR n. 802/DG/2016 del 29/12/2016, avente ad oggetto: "Determina a contrarre per l'affidamento del servizio di pulizia e sanificazione per le necessità delle strutture dell'Area Vasta n. 2".

⁵³ Cfr. determina ASUR n. 803/DG/2016 del 29/12/2016, avente ad oggetto: "Determina a contrarre per l'affidamento del servizio di lavanolo per le necessità delle strutture dell'Area Vasta n. 2".

⁵⁴ Cfr. determina ASUR n. 804/DG/2016 del 29/12/2016, avente ad oggetto: "Determina a contrarre per l'affidamento del servizio di vigilanza armata/guardiania per le necessità delle strutture dell'Area Vasta n. 2 - sede operativa di Ancona".

⁵⁵ Cfr. determina ASUR n. 819/DG/2016 del 29/12/2016, avente ad oggetto: "Area Vasta 4 - Determina a contrarre per contratto ponte ex art. 63 comma 2 lett. c d.lgs. 50/2016 appalto pulizie".

⁵⁶ Cfr. determina ASUR n. 829/DG/2016 del 30/12/2016, avente ad oggetto: "Procedura aperta per la fornitura di medicinali ed emoderivati per le aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione marche - contratto ponte nelle more dell'attivazione di nuovo contratto da parte del Soggetto Aggregatore".

A seguito del d.p.c.m. 24 dicembre 2015, attuativo dell'art. 9 del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, pubblicato nella GURI n. 32 del 09/02/2016, la Regione Marche ha ritenuto necessaria la verifica degli atti programmatori deliberati dalla Giunta regionale con d.g.r.m. n. 1752/2013, n. 649/2013 e n. 664/2015, oltre che rivedere il modello organizzativo della Stazione Unica Appaltante Marche di cui al d.g.r.m. n. 1670/2012.

Con d.g.r.m. n. 468 del 09/05/2016, la Regione Marche ha pertanto approvato il piano biennale degli acquisti gestite dalla SUAM, quale Soggetto Aggregatore, oltre ad ulteriore procedure contrattuali, revocando le deliberazioni di programma assunte in precedenza. Oltre a ciò, con il medesimo atto, veniva dato incarico al dirigente del Servizio Sanità della Regione Marche di individuare, per ogni procedura di cui al nuovo piano di programmazione, i gruppi tecnici di progettazione al fine di definire la progettazione tecnica ed estimativa da porre a base delle relative procedure.

Ancorché revocata, sulla base della d.g.r.m. n. 1752/2013, la SUAM aveva comunque avviato alcune procedure per le esigenze degli enti del SSR che in parte ha portato a compimento come di seguito specificato:

- procedura aperta per fornitura di antiseptici e disinfettanti per le necessità degli enti del servizio sanitario della Regione Marche, avviata con decreto n. 4/SUAM del 25/06/2015, costituita da n. 30 lotti, per un importo a base di gara pari a 2.737.674,80 euro; aggiudicata definitivamente con decreto 1/SUAM del 03/03/2016 per un importo complessivo pari a 1.609.435,31 euro, con una economia di 1.128.239,49 euro (pari al 41 per cento dell'importo complessivo dei lotti a base di gara);
- procedura aperta per la fornitura di aghi, siringhe e accessori vari per gli enti del SSR Marche, avviata con decreto n. 5/SUAM del 09/07/2015, costituita da n. 96 lotti e per un importo a base di gara pari a 22.207.277,32 euro. Aggiudicata definitivamente con decreti n. 14/SUAM del 26/09/2016 e n. 17/SUAM del 27/10/2016 per un importo complessivo di 9.657.797,555 euro con una economia di 10.297.620,769 euro (pari al 51,60 per cento dell'importo complessivo dei lotti aggiudicati a base di gara);
- procedura aperta per la fornitura di prodotti di cancelleria, carta in risme e supporti meccanografici per le necessità degli enti del S.S.R. Marche avviata con decreto n. 10/SUAM del 27/06/2016, per un importo a base di gara pari a 9.317.373,28 euro, articolata in n. 4 lotti e nel rispetto dei CAM di settore. La procedura è stata gestita in modalità telematica (con protocollo

di Intesa con il MEF e la CONSIP, per l'utilizzo in modalità ASP e a titolo gratuito, del sistema informatica di negoziazione di proprietà del MEF). Aggiudicata definitivamente con decreto 20/SUAM del 29/11/2016 per un importo complessivo pari a 6.588.744,53 euro, con una economia di 2.728.628,75 euro (pari al 29 per cento dell'importo complessivo dei lotti a base di gara);

- procedura per l'affidamento diretto del servizio di pubblicità legale sui quotidiani, degli estratti dei bandi di gara e degli avvisi sui risultati relativi a cinque procedure contrattuali di competenza della SUAM per le procedure del SSR avviata con decreto n. 13/SUAM del 27/07/2016. Aggiudicata con decreto n. 18/SUAM del 08/11/2016;
- fornitura a noleggio e gestione full-service di presidi antidecubito, per le esigenze del Servizio Sanitario Regionale, avviata tramite avviso di consultazione preliminare di mercato, ai sensi dell'art. 66 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, per la preparazione dell'appalto e per lo svolgimento della relativa procedura inerente e pubblicato in data 06/09/2016. La procedura è composta da 4 lotti per un importo complessivo a base di gara pari a 7.068.692,00 euro e le risultanze dell'indagine sono state viste dal gruppo di progettazione che ad oggi non ha ancora definito quale sia lo strumento da utilizzare per lo svolgimento della procedura oltre alla verifica della procedura stessa da avviare;
- consultazione preliminare di mercato, ai sensi dell'art. 66 del nuovo Codice dei contratti pubblici, per la gestione del servizio CUP unico interaziendale regionale della Regione Marche, avviata il 27/10/2016. La procedura è composta da 2 lotti per un importo complessivo a base di gara pari a 16.825.000,00 euro. I contributi sono stati trasmessi al gruppo di progettazione incaricato con decreto del Servizio Sanità n. 24/SAN/2015. In seguito, il progetto è stato rivisto e inviato alla SUAM per l'appalto, come di seguito specificato.

Successivamente, con la riorganizzazione della Regione Marche, approvata con d.g.r.m. n. 1536 del 07/12/2016, la Stazione Unica Appaltante della Regione Marche è stata collocata a livello di macro-struttura divenendo un Servizio della Regione Marche.

Conseguentemente, sono state riviste le priorità delle procedure da avviare con la condivisione della dirigente del Servizio Sanità della Regione Marche e con i provveditori degli enti Sanitari della Regione Marche e pertanto:

- a seguito dell'Accordo di collaborazione sottoscritto con la Regione Toscana e la Regione Umbria, la Regione ha aderito alla gara indetta dalla Regione Toscana, con determina ESTAR

n. 481 del 29/03/2017, a procedura aperta per la conclusione di Convenzioni per l'affidamento in lotti separati della fornitura di medicazioni generali per le esigenze del SSR della Toscana e delle Marche (ID ANAC N. 6665220) per 7.210.695,75 euro, attualmente in fase di stipula della Convenzione;

- con decreto n. 7/SUAM del 17/05/2017, è stato avviato l'Appalto specifico indetto dalla Regione Marche per la fornitura di vaccini ad uso umano e vaccini antinfluenzali per le necessità degli enti del SSR Marche, nell'ambito dello SDAPA Consip, composta di 46 lotti, per un importo complessivo di 33.605.235,02 euro e per un periodo di 12 mesi oltre alle opzioni di 12 mesi di rinnovo e dell'eventuale proroga di 6 mesi. Aggiudicata con decreto n. 16/SUAM del 27/09/2017, per un importo complessivo annuo pari a 11.816.914,71 euro, per 30 lotti aggiudicati. Il gruppo tecnico di progettazione è stato individuato e incaricato con decreto del Servizio Sanità n. 48/SAN/2016;
- con decreto n. 4/SUAM del 21/08/2017, è stato avviato l'Appalto specifico per la fornitura di prodotti farmaceutici necessari agli enti del S.S.R. ASUR, AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA, AO OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD, INRCA oltre ad AUSL VALLE D'AOSTA, per un periodo di 48 mesi, nell'ambito del bando istitutivo di CONSIP avente ad oggetto il sistema dinamico di acquisizione della pubblica amministrazione (SDAPA) per la fornitura di prodotti farmaceutici, per un importo complessivo a base di gara pari a 525.568.198,158 euro, composto da 1813 lotti. Il 21/12/2017 è stata disposta la proposta di aggiudicazione con l'apertura delle offerte economiche, aggiudicata definitivamente, in seguito dei rilanci e sorteggi oltre che delle verifiche di legge, con decreto n. 8/SUAM del 09/03/2018 e n. 11/SUAM del 4/04/2018, per n. 1245 lotti e per un importo complessivo di 325.766.196,76 euro;
- con decreto n. 22/SUAM del 27/10/2017, è stata avviata la procedura negoziata per la fornitura per farmaci nuovi anticoagulanti orali (NAO) in Distribuzione per Conto (DPC) per l'ASUR Marche, per un periodo di 12 mesi e per un importo di 12.474.860,51 euro. Con decreto n. 2/SUAM del 30/01/2018, è stata aggiudicata per un importo di 12.474.669,00 euro. Il gruppo tecnico di progettazione è stato individuato e incaricato con decreto del Servizio Sanità n. 48/SAN/2016;
- con decreto n. 25/SUAM del 21/11/2017, è stata avviata la procedura aperta per l'affidamento del servizio relativo alla gestione del servizio CUP Unico Interaziendale Regionale Marche, per

conto Regione Marche, composta da n. 2 lotti per un importo di 16.825.000,00 euro. La procedura è in corso. La SUAM il 27/10/2016 aveva pubblicato un avviso di consultazione di mercato come sopra riportato;

- con decreto n. 30/SUAM del 20/12/2017, è stata avviata la procedura aperta per la definizione di un accordo quadro per la fornitura di pace - maker e defibrillatori per le esigenze degli enti del servizio sanitario regionale per un periodo di 48 mesi, composta da 21 lotti, per un importo complessivo di 44.224.040,00 euro. Il gruppo tecnico di progettazione è stato individuato e incaricato con decreto del Servizio Sanità n. 48/SAN/2016. La procedura è in corso;
- con decreto n. 31/SUAM del 20/12/2017, è stata avviata la procedura aperta per la definizione di un accordo quadro per la fornitura farmaci Biologici per le esigenze degli enti del servizio sanitario regionale per una durata di 48 mesi e per un importo complessivo di 49.665.436,94 euro. La procedura è in corso;
- per la categoria delle protesi d'anca il gruppo tecnico di progettazione delle Marche, individuato e incaricato con decreto del Servizio Sanità n. 48/SAN/2016, con l'intermediazione della SUAM, ha aderito alla procedura indetta dalla Regione Toscana e con decreto ESTAR n. 100 del 26/1/2018 è stata pubblicata la procedura per la stipula di un accordo quadro per fornitura di protesi d'anca comprensivo anche del fabbisogno degli enti del SSR delle Marche per 17 lotti per la durata 48 mesi e un importo a base di gara di 10.417.120 euro. La procedura è in corso;
- il 16/02/2018 è stato pubblicato l'avviso di consultazione preliminare di mercato ex art.66, d.lgs. 50/2016, per la procedura aperta del servizio di pulizia per le esigenze degli enti del servizio sanitario regionale. Il gruppo tecnico di progettazione è stato individuato e incaricato con decreto del Servizio Sanità n. 48/SAN/2016. La procedura è composta da 10 lotti, il servizio avrà una durata di 60 mesi, per un importo presunto di 108.000.000,00 euro;
- il 4/04/2018 è stato pubblicato l'avviso di consultazione preliminare di mercato ex art. 66, d.lgs. 50/2016, per la procedura aperta per l'affidamento del servizio relativo alla raccolta, trasporto e smaltimento rifiuti sanitari e non sanitari delle aziende sanitarie della regione marche, composta da 10 lotti, per una durata di 60 mesi e per un importo di 25.006.994,45 euro. Il gruppo tecnico di progettazione è stato incaricato con decreto del servizio Sanità della Regione Marche n. 48/5AN/2016.

La SUAM, inoltre, si è resa parte attiva per le seguenti attività propedeutiche all'avvio delle relative procedure sempre in risposta alle esigenze degli enti del SSR:

- Servizio di lavanderia (lavanolo) per le esigenze degli enti del servizio sanitario regionale: funzionari della SUAM partecipano al sottogruppo operativo istituito presso il MEF "Servizi di Lavanderia per gli enti del SSN" insieme a CONSIP e agli altri soggetti aggregatori regionali al fine di individuare le linee guida per tale categoria merceologica a livello nazionale;
- Servizio di ristorazione per le esigenze degli enti del servizio sanità: funzionari della SUAM partecipano al sottogruppo operativo istituito presso il MEF "Servizi di ristorazione" insieme a CONSIP e agli altri soggetti aggregatori regionali al fine di individuare le linee guida per tale categoria merceologica a livello nazionale;
- Fornitura di medicazioni generali per le esigenze degli enti del SSR al di fuori della gara già espletata in forma congiunta con la Toscana. Il gruppo tecnico di progettazione è stato individuato e incaricato con decreto del Servizio Sanità n. 48/SAN/2016 e sta predisponendo il progetto con la raccolta del fabbisogno restante dopo la Convenzione in fase di stipula;
- Servizio di vigilanza e guardiania Il gruppo tecnico di progettazione è stato individuato e incaricato con decreto del Servizio Sanità n. 50/SAN/2017 e in data 31/01/2018 è pervenuta alla SUAM la prima stesura del capitolato tecnico e della relazione accompagnatoria;
- Fornitura in service di sistemi diagnostici e produttivi per il DIRMT: il 20/03/2018 è pervenuta alla SUAM la prima stesura del progetto tecnico ed estimativo per l'appalto.

2.9.4 Verifica circa l'attuazione del tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici

Gli interventi normativi in materia di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria hanno interessato anche i dispositivi medici.

In particolare:

- l'art. 17, comma 1, lett. c), del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, come convertito, con modificazioni, in legge 15 luglio 2011, n. 111, recante "*Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria*", che ha previsto - a decorrere dal 01/01/2013 ed in attesa della determinazione dei costi standardizzati sulla base dei livelli essenziali delle prestazioni - l'inserimento di un tetto di spesa del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) per l'acquisto dei dispositivi medici e per l'assistenza protesica a carico del SSN, nonché l'onere in capo alle Regioni di recuperare l'eventuale

superamento di tale tetto mediante misure di contenimento della spesa sanitaria regionale o con misure di copertura a carico di altri voci di bilancio. Non è tenuta al ripiano la Regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo;

- l'art. 15, comma 13, lett. f), del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, come convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135, che ha definito il tetto nazionale di spesa per l'acquisto dei dispositivi medici e per l'assistenza protesica a carico del SSN, successivamente rideterminato, con legge 24 dicembre 2012, n. 228, al 4,4 per cento del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), a decorrere dal 2014;
- l'art. 9 ter, del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125 (decreto enti territoriali), che ha rimodulato la procedura di rinegoziazione per i contratti in essere aventi ad oggetto i dispositivi medici. La norma stabilisce infatti che la rinegoziazione deve essere condotta nel rispetto del tetto di spesa nazionale (confermato al 4,4 per cento) e dei tetti di spesa regionali relativi ai dispositivi. Inoltre, l'offerta di rinegoziazione deve consentire di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti in essere, senza che ciò comporti modifica della durata del contratto stesso. Si ricorda, che l'art. 9 ter stabilisce che i tetti di spesa regionali devono essere definiti, coerentemente con la composizione pubblico-privata dell'offerta, da un Accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni entro il 15 settembre 2015, e poi aggiornati con cadenza biennale.

Ai fini dell'applicazione delle disposizioni sulla rinegoziazione dei contratti, il decreto enti territoriali ha fissato ulteriori adempimenti:

- il Ministero della salute, nelle more dell'individuazione dei prezzi di riferimento dei dispositivi da parte dell'A.N.A.C., dovrà mettere a disposizione delle regioni i prezzi unitari dei dispositivi medici presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario (NIS);
- il Ministero dell'economia e delle finanze dovrà trasmettere mensilmente al Ministero della salute le informazioni concernenti i dati delle fatture elettroniche riguardanti i dispositivi acquistati dalle strutture pubbliche del SSN, comprensivi del codice di repertorio;
- presso il Ministero della salute, dovrà inoltre essere istituito l'Osservatorio nazionale sui prezzi dei dispositivi medici allo scopo di supportare e monitorare le stazioni appaltanti e verificare la coerenza dei prezzi a base d'asta con i prezzi di riferimento definiti dall'A.N.A.C. o ai prezzi unitari disponibili nel flusso consumi del Nuovo sistema informativo sanitario.

In caso di mancato accordo circa i termini della rinegoziazione, sia il concessionario che l'ente del Servizio sanitario hanno diritto di recedere dal contratto.

Il decreto enti territoriali ha poi introdotto anche per i dispositivi medici, nei casi del superamento del tetto di spesa regionale, il meccanismo del ripiano. L'eventuale superamento del tetto di spesa regionale è stato posto a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici per una quota complessiva pari al 40 per cento nell'anno 2015, al 45 per cento nell'anno 2016 ed al 50 per cento a decorrere dal 2017. Ciascuna azienda fornitrice concorre alle quote di ripiano in misura pari all'incidenza percentuale del proprio fatturato sul totale della spesa per l'acquisto di dispositivi medici a carico del Servizio sanitario regionale. L'eventuale sfioramento del tetto deve essere certificato entro il 30 settembre di ogni anno, da un decreto interministeriale salute/economia (per il 2015 e il 2016 i decreti non risultano emanati). Le modalità procedurali del ripiano dovranno essere definite con apposito Accordo in sede di Conferenza Stato-regioni;

- i commi 551- 552, dell'art. 1, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), che hanno disposto che le regioni adottino provvedimenti per garantire che gli enti del SSN non istituiscano unità organizzative di valutazione, ricorrendo a strutture regionali o nazionale e che la Cabina di regia, istituita in attuazione dell'art. 26 del Patto per la salute 2014-2016, provveda ad attuare le disposizioni previste in materia di Health Technology Assessment-HTA dei dispositivi medici, ovvero, svolga attività di valutazione tecnica multidimensionale dei dispositivi medici. Le norme prevedono che i singoli enti del Servizio sanitario nazionale non possano più svolgere tale attività autonomamente, bensì ricorrendo a strutture di valutazione istituite a livello regionale o nazionale, che dovranno comunque operare sotto il coordinamento e sulla base delle priorità individuate dalla Cabina di regia operante a livello nazionale, già istituita con decreto del Ministro della salute del 12/03/2015, in attuazione del Patto per la salute.

Come riportato nel “*Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica*”, approvato dall'adunanza delle Sezioni riunite in sede di controllo del 27/03/2017 (Del. n. 3/SSRRCO/RCFP/17), la spesa nel 2016 è stata superiore di oltre il 20 per cento rispetto all'obiettivo. Molto differenziato il risultato regionale: sono quattro le Regioni che presentano una spesa coerente con il tetto previsto (Lombardia, Lazio, Campania e Calabria). Particolarmente marcati (superiori del 50 per cento) gli scostamenti in otto regioni: nel Nord le Regioni a Statuto speciale (tranne la Valle d'Aosta), tutte le

Regioni centrali (tranne il Lazio) l'Abruzzo e la Sardegna. Tra queste solo Toscana e Abruzzo registrano una flessione rispetto alla spesa dello scorso anno.

Al riguardo, le Sezioni riunite in sede di controllo, hanno osservato che, a quasi due anni dall'approvazione del d.l. n. 78/2015, non risulta ancora attuato quanto disposto con l'art. 9ter, comma 1, lett. a), riguardo alla definizione dei tetti di spesa a livello regionale e alle modalità per il ripiano.

Il tetto alla spesa per dispositivi medici nel 2016

(migliaia di euro)

Regioni	FSN Gen-Dic 2016	Dispositivi medici **	Tetto (4,4%)	scostamento		incid. %
				D=B-C	% del Tetto	
	A	B	C=A*4,4%			B/A%
Piemonte	8.194.516	464.225	360.559	103.666	28,80%	5,67%
Valle d'Aosta	230.405	12.047	10.138	1.909	18,80%	5,23%
Lombardia	18.079.496	791.555	795.498	-3.943	-0,50%	4,38%
PA di Bolzano	901.462	62.905	39.664	23.241	58,60%	6,98%
PA di Trento	948.978	65.560	41.755	23.805	57,00%	6,91%
Veneto	8.922.400	521.449	392586	128.863	32,80%	5,84%
Friuli V.G.	2.241.144	161.415	98.610	62.805	63,70%	7,20%
Liguria	3.094.349	163.981	136.151	27830	20,40%	5,30%
Emilia Romagna	8.172.308	434.738	359.582	75.156	20,90%	5,32%
Toscana	6.957.189	495.965	306.116	189.849	62,00%	7,13%
Umbria	1.668.440	121.075	73.411	47.664	64,90%	7,26%
Marche	2.868.128	193.563	126.198	67.365	53,40%	6,75%
Lazio	10.612.921	458.111	466.969	-8.858	-1,90%	4,32%
Abruzzo	2.436.985	183.193	107.227	75.966	70,80%	7,52%
Molise	609.338	33.859	26.811	7.048	26,30%	5,56%
Campania	10.429.112	427.628	458.881	-31.253	-6,80%	4,10%
Puglia	7.321.653	448.985	322.153	126.832	39,40%	6,13%
Basilicata	1.065.424	47.676	46.879	797	1,70%	4,47%
Calabria	3.553.251	139.563	156.343	-16.780	-10,70%	3,93%
Sicilia	9.048.459	405.787	398.132	7.655	1,90%	4,48%
Sardegna	2.972.713	206.466	130.799	75.667	57,80%	6,95%
Italia	110.328.668	5.839.746	4.854.461	985.285	20,30%	5,29%

** La base per il calcolo del tetto di spesa per i dispositivi medici differisce da quella traibile dal monitoraggio AIFA in ragione dell'aggiornamento operato dal Ministero della salute nel marzo 2017

Fonte: Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica, approvato dall'adunanza delle Sezioni riunite in sede di controllo del 27 marzo 2017 (Del. n. 3/SSRRCO/RCFP/17)

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

Si rileva che, dall'esame della tabella sopra riportata, acclusa al medesimo Rapporto di coordinamento di finanza pubblica, elaborata secondo i dati del Ministero della salute, la spesa a livello nazionale per i dispositivi medici nel 2016 è stata pari a 5.839.746 mila euro, superiore dell'1,43 per cento rispetto all'anno precedente, che è stata pari a 5.757.572 mila euro.

La Sezione ha verificato che, **nell'anno 2016, la Regione Marche non ha rispettato il tetto per l'acquisto di dispositivi sanitari, pari al 4,4 per cento del Fondo sanitario regionale, ai sensi dell'art. 1, comma 131, lett. b), legge 24 dicembre 2012, n. 228 (legge di stabilità 2013).**

Come si evince dalla tabella sopra riportata, la Regione Marche ha conseguito il risultato del 6,75 per cento, con una spesa complessiva pari ad euro 193.563 mila euro.

Lo scostamento è risultato essere del 2,35 per cento e in termini assoluti di 67.365 mila euro.

Rispetto all'anno precedente, la spesa risulta incrementata del 2,87 per cento, pari a 5.395 mila euro.

L'Organo di revisione, nel questionario sul rendiconto generale della Regione Marche esercizio 2016, ha precisato che le motivazioni che hanno determinato lo sfioramento del tetto di spesa debbono essere ricondotte al fatto che la percentuale di strutture private, nella Regione Marche, è insignificante. Pertanto, tutti i costi dei dispositivi medici, rispetto a quanto si verifica in altre regioni, ricadono nel pubblico⁵⁷.

Si rileva che, la Regione Marche, a seguito di verifica degli adempimenti regionali ai fini dell'accesso all'integrazione al finanziamento per l'anno 2016, è **stata dichiarata adempiente dal Tavolo tecnico, con riferimento all'adempimento di cui alla lettera p) – (dispositivi medici)⁵⁸**, come da verbale della riunione del 22 febbraio 2018 (Allegato 4) trasmesso dalla stessa Regione, con nota prot. n. 340908 del 28 marzo 2018.

Relativamente all'ASUR, come rappresentato dal Direttore Generale nella Relazione al bilancio

⁵⁷ Come precisato nella relazione del Collegio dei revisori dei conti, quale parere sulla proposta di legge di conto consuntivo per l'esercizio finanziario 2015 della Regione Marche, allegata al verbale n. 21/2016 dell'11/11/2016 e trasmesso a questa Sezione di controllo in data 16/11/2016, tale tetto, fissato esclusivamente per la spesa diretta sostenuta dalle aziende sanitarie, finisce per favorire quelle regioni con forte presenza di strutture private accreditate (poiché, come nel caso dei farmaci ospedalieri, il costo del dispositivo viene rilevato non autonomamente, ma nella "tariffa-DRG" riconosciuta all'operatore privato). Inoltre, nella categoria dei dispositivi medici sono compresi prodotti altamente differenziati, da articoli molto semplici (cerotti, termometri, etc.) ad apparecchiature ad alto contenuto tecnologico, il cui costo è in funzione del livello di innovazione raggiunto negli anni più recenti.

⁵⁸ Si veda il verbale di riunione del 22/02/2018 del Tavolo di verifica per gli adempimenti "Allegato 4 – 110 Marche – Verifica adempimenti anno 2016" (pag. 6), trasmesso dalla Regione Marche in allegato alla nota prot. n. 340908 del 28 marzo 2018.

Verifica adempimenti LEA (Fonte: Ministero della salute - Note Questionario LEA 2016 - Raccolta della documentazione necessaria per la verifica degli adempimenti relativi all'anno 2016):

P) Dispositivi medici

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici (decreto ministeriale 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale");
- d.m. 25 novembre 2013: Ampliamento del nucleo di informazioni essenziali relative ai contratti di dispositivi medici previsto dall'articolo 6, comma 2, del decreto 11 giugno 2010, recante "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale".

d'esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256/DG/2017 del 02/05/2017), la spesa dei dispositivi medici nell'anno 2016, pari a 71.083.568 euro, ha registrato un incremento rispetto al bilancio consuntivo 2015 di 807 mila di euro (+0,88 per cento). Tale variazione, è risultata coerente con l'aumento dell'attività ospedaliera dell'Area Vasta 1 e 2 (Chirurgia, Ortopedia e Urologia), mentre nell'Area Vasta 3 i maggiori consumi sono legati al Laboratorio di Emodinamica e alla Sala pace-maker.

In merito all'acquisto di dispositivi medici (art. 15, comma 13, lett. f), d.l. n. 95/2012, e art. 9 ter, comma 1, lett. b), d.l. n. 78/2015), il Collegio Sindacale, nel questionario sul rendiconto 2016 dell'ASUR, ha attestato che sono stati attribuiti all'Azienda obiettivi da parte della Regione e che, tuttavia, non sono stati raggiunti.

Si rileva che, la Regione Marche, con la già citata d.g.r.m. n. 1106 del 19/09/2016, relativa all'approvazione dei criteri per l'anno 2016 per la valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali degli enti del Servizio Sanitario Regionale, ha previsto, tra gli altri, il perseguimento, per gli stessi, dell'obiettivo della riduzione per l'anno 2016 del 5 per cento della spesa per i dispositivi medici rispetto al valore registrato nel 2015, come da tabella sotto riportata:

Tabella obiettivo 2016 riduzione spesa per dispositivi medici

ASUR MARCHE				
OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	FONTE DATI	PUNTI
Spesa per dispositivi medici	Riduzione della spesa per l'anno 2016 rispetto al valore registrato nel 2015	Riduzione della spesa anno 2015 (98.305.000 €) del <u>5.00%</u> , <u>corrispondente per il 2016 a € 93.389.750</u>	Report ARS dispositivi medici	1,5

Fonte: Regione Marche – D.g.r.m. n. 1106 del 19/09/2016

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

In sede istruttoria, è stato evidenziato che, il valore complessivo della spesa anno 2015 dei dispositivi medici, indicato nella tabella sopra riprodotta, relativa all'obiettivo 2016 di riduzione della spesa, pari a 98.305.000 euro, non sembrerebbe corretto, in quanto:

- il dato a consuntivo 2015 dei dispositivi medici, nell'aggregato dei “Beni sanitari”, di cui alla Relazione del Direttore Generale allegata al bilancio esercizio 2016 (Allegato E alla determina

n. 256 del 02/05/2017), relativamente al conto 501130101, pari a 70.463.720 euro, non risulta essere stato rettificato, come da nota ASUR prot. n. 12085 del 21/04/2017⁵⁹, che risulta, invece, essere pari a 70.462.366 euro;

- i dati dei Consumi anno 2015, ossia gli acquisti +/- la variazione delle rimanenze, risultano pari a 97.812.643 euro, come evidenziato nella sotto riportata tabella⁶⁰.

VOCE DI CONSUMO		ANNO 2015
501130101	Acquisti di dispositivi medici	70.462.366
501140101	Acquisti di dispositivi medici impiantabili attivi	4.275.492
501150101	Acquisti di dispositivi medici diagnostici in vitro	23.149.188
TOTALE CONSUMI AAVV (a)		97.887.046
VAR. RIM. (b)		74.403
- di cui 0525011301	Variazione rimanenze dispositivi medici	-337.433
- di cui 0525011401	Variazione rimanenze dispositivi medici impiantabili attivi	20.502
- di cui 0525011501	Variazione rimanenze dispositivi medici diagnostici in vitro	391.334
ACQUISTI (c) = CONSUMI (a)-VAR. RIM (b)		97.812.643

Elaborazione: Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

Pertanto, sono stati richiesti chiarimenti in merito al criterio di determinazione del valore a consuntivo della spesa 2015, pari a 98.305.000 euro, di cui alla d.g.r.m. n. 1106/2016.

La Regione Marche, con nota prot. n. 379073 del 5 aprile 2018, ha precisato che, la fonte dati della spesa dei dispositivi medici, indicata nella d.g.r.m. n. 1106/2016, è il flusso “informatizzato” dei consumi, definito in base al decreto del Ministero della Salute (d.m. 11/06/2010) e alle disposizioni della Regione Marche (d.g.r.m. n. 806 del 04/06/2012) elaborato dall’ARS (Agenzia Regionale Sanitaria). Il disallineamento con i dati del bilancio è determinato principalmente dal fatto che i valori economici dei dispositivi nel flusso regionale sono rilevati in base al prezzo medio ponderato.

Si rileva, inoltre, che, con le seguenti determinazioni del Direttore Generale dell’ASUR:

⁵⁹ Vd. Relazione al bilancio 2015 allegata alla deliberazione Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche – n. 57/2017/PRSS del 25/05/2017.

⁶⁰ Cfr. Tabella obiettivi di Area Vasta anno 2015, riportata nella Relazione al bilancio 2015 allegata alla deliberazione Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche – n. 57/2017/PRSS del 25/05/2017, come da vs. nota prot. n. 12085 del 21/04/2017 e mail del 24/04/2017.

- n. 736 del 29/11/2016 è stato recepito il contenuto della d.g.r.m. n. 1090 del 19/09/2016 di assegnazione degli obiettivi sanitari per l'anno 2016 agli enti del Servizio Sanitario Regionale, come definiti nell'Allegato A alla medesima determina, nonché è stato modificato e sostituito, conseguentemente, l'Allegato 1 alla determina ASUR n. 412 del 11/07/2016, con la quale sono stati assegnati ai Direttori di Area Vasta, in via provvisoria, gli obiettivi sanitari anno 2016, con il nuovo Allegato A, contenuto nella determina, tra cui quello relativo al rispetto dei vincoli di spesa sui Dispositivi medici;
- n. 769 del 21/12/2016 sono stati approvati i criteri di valutazione dei risultati di gestione conseguiti e della realizzazione degli obiettivi fissati per l'anno 2016 dai Direttori di Area Vasta, come riportati nell'Allegato 1 della determina, che, relativamente all'obiettivo sui Dispositivi medici, vengono qui di seguito riportati.

Criteri di valutazione Direttori di Area Vasta Definitivo Anno 2016							
SETTORE STRATEGICO	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	PESO DIRIGENZA	VALORE ATTESO	RANGE PUNTEGGIO	NOTE
Economico-finanziario	Rispetto dei vincoli di spesa sui Dispositivi medici	Contenimento dei costi dei Dispositivi medici	COSTO DEI DISPOSITIVI MEDICI	2	Riduzione del 5% rispetto all'anno precedente	100% l'obiettivo si ritiene comunque raggiunto se si rispetta il tetto di spesa di Area Vasta	

Fonte: Determina ASUR n. 769 del 21/12/2016

Elaborazione: Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

Il Direttore Generale, nella Relazione di accompagnamento al bilancio 2016 (Allegato E alla determina n. 256/2017), ha rappresentato il grado di raggiungimento dell'obiettivo di razionalizzazione dei costi dei dispositivi medici per l'anno 2016, come indicato nella tabella sotto riportata.

N. Indicatore	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione	ASUR Valore Numeratore 2016	ASUR Valore Denominatore 2016	ASUR Valore Indicatore	Asur Valore atteso 2016	%	NOTE
102	Razionalizzazione dei costi dei dispositivi medici	Produzione di documentazione attestante la costituzione di una commissione dei DM finalizzata: a. alla gestione ed omogeneizzazione dei singoli repertori dei DM; b. alla valutazione tramite criteri di costo-efficacia dei nuovi DM da inserire nella pratica; c. al monitoraggio di spesa e consumi dei DM; d. al confronto dei dati sui DM tra strutture di analoga complessità; e. alla promozione della vigilanza sui DM.	Relazione inviata alla P.F. Farmaceutica entro data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	clinica e in repertorio:svolgimento			FATTO	Relazione		

Legenda:
 obiettivo raggiunto

Fonte: Relazione Direttore Generale ASUR al bilancio esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256 del 02/05/2017)

In sede istruttoria, è stato richiesto alla Regione ed all'Ente di relazionare in merito all'esito dell'obiettivo della riduzione della spesa dei dispositivi medici rispetto all'anno precedente, di cui alla sopra citata d.g.r.m. n. 1106/2016.

Il Direttore Generale dell'ASUR, con nota prot. n. 10100 del 5 aprile 2018, ha attestato, in merito a tale obiettivo, il mancato raggiungimento della riduzione del 5 per cento di spesa dei dispositivi medici, rispetto all'anno precedente, in quanto a bilancio consuntivo 2016 è stato registrato un incremento di spesa di 1,550 milioni di euro rispetto all'anno precedente, passando la spesa da 97.812 mila euro del 2015 a 99.362 mila euro del 2016, così come rappresentato nella tabella seguente.

OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO (*)	RISULTATO RAGGIUNTO	% RAGGIUNGIMENTO
2.3 Spesa per dispositivi medici	Riduzione della spesa per l'anno 2016 rispetto al valore registrato nel 2015	Riduzione della spesa anno 2015 (98.305.000) del 5,00%, corrispondente per il 2016 a € 93.389.750	Incremento dei costi di 1.550 mila euro (97.812 mila euro nel 2015 contro i 99.362 mila euro nel 2016)	Scostamento del 1,6% pari a Euro 1550 mila euro

() Il valore target non trova riscontro nella voce del CE consuntivo 2015 relativa ai Dispositivi medici (BA0210), che risulta essere pari a 97.812 mila euro.*

Fonte: Nota Direttore Generale prot. n. 10100 del 5 aprile 2018.

Per il raggiungimento dell'obiettivo, l'ASUR ha assegnato alle Aree Vaste l'obiettivo di costituzione di una Commissione per i Dispositivi Medici, a cui competono funzioni di omogenizzazione e razionalizzazione dei consumi dei dispositivi medici, perseguito da più Aree Vaste.

Lo stesso Direttore Generale ha evidenziato che la spesa dei dispositivi medici è risultata in aumento in coerenza con l'andamento dell'attività ospedaliera, di laboratorio di Emodinamica e Sala Pacemaker, come evidenziato nella Relazione del DG al bilancio consuntivo 2016.

La Regione Marche, con nota prot. n. 379073 del 5 aprile 2018, relativamente alla valutazione dei risultati conseguiti dalle Direzioni generali nell'anno 2016, ha attestato che, in data 23 febbraio 2018, il MEF ha trasmesso formalmente l'esito della verifica degli adempimenti sanitari ed economici e, con nota del 5 marzo 2018, è stato avviato il procedimento per la valutazione. Appena detto procedimento sarà concluso, la Regione provvederà a trasmettere le risultanze relative agli obiettivi di riduzione della spesa per dispositivi medici.

2.9.5 Verifica costi per acquisto di beni e servizi

Il Collegio Sindacale, nella Relazione al bilancio 2016, allegata al verbale n. 7 del 12/05/2017, ha attestato che la spesa relativa ad “Altri costi per acquisti di beni e servizi” è stata pari a **409.505.728 euro**, in diminuzione di 3.265.513 euro (-0,79 per cento) rispetto all’anno precedente, che è stata pari a 412.771.241 euro, non riscontrando significativi elementi di rilievo.

Tale somma è costituita dai costi indicati in bilancio alle voci B1 + B2 + B3 + B4, decurtate delle somme per mobilità passiva, farmaceutica e convenzioni esterne, come sotto riportato:

Acquisti di beni	361.732.036
a) Acquisti di beni sanitari	352.239.251
b) Acquisti di beni non sanitari	9.492.785
Acquisti di servizi sanitari	1.420.056.237
Acquisti di servizi non sanitari	97.256.527
Manutenzione e riparazione	26.029.824
Godimento di beni e servizi	21.208.579
<u>Totale</u>	<u>1.926.283.203</u>
- Mobilità passiva	531.917.551
- Farmaceutica	480.702.590
- Convenzioni esterne	504.157.334
<u>TOTALE</u>	<u>409.505.728</u>

Si evidenzia che, nella **Relazione del Direttore Generale dell’ASUR di accompagnamento al bilancio d’esercizio 2016** (Allegato E alla determina n. 256 del 02/05/2017), i **totali dei costi relativi agli acquisti di “Beni sanitari” e “Beni non sanitari”, risultano pari, rispettivamente, a 350.239.608 euro e 9.668.407 euro**; nondimeno, i valori di cui sopra non risultano coincidenti con **gli importi iscritti nel Conto Economico, pari a 352.239.251 euro, per gli acquisti “Beni sanitari”, e pari a 9.492.787 euro, per gli acquisti di “Beni non sanitari”, poiché, come già precisato dall’ASUR, in sede istruttoria di controllo del bilancio esercizio 2014 da parte di questa Sezione (vd. Relazione allegata alla Deliberazione Sezione di controllo Regione Marche n. 83/2016/PRSS del 01/04/2016), nel bilancio di esercizio sono esposti separatamente i valori delle rimanenze, mentre nella Relazione del Direttore**

Generale sono esposti direttamente i Consumi, ossia gli acquisti +/- la variazione delle rimanenze, come evidenziato nelle sotto riportate tabelle.

Aggregato acquisti Beni sanitari

BENI SANITARI		Bilancio di esercizio anno	Bilancio di esercizio anno	Bilancio di previsione	Scostamento bilancio 2016 e bilancio 2015		Scostamento bilancio 2016 e previsione 2016		
		2016	2015	2016	assoluta	%	assoluta	%	
501010103		Acquisti di medicinali con AIC, ad eccezione	237.003.812	226.508.818	235.788.724	10.494.994	4,63%	1.215.088	0,52%
501010105		Acquisti di medicinali senza AIC	678.176	629.428	703.775	48.747	7,74%	-25.599	-3,64%
501020103		Acquisti di emoderivati di produzione regionale	0	0	0	0	0,00%	0	0,00%
501020105	Aziende SSR	Acquisti di sangue ed emocomponenti	0	0	0	0	0,00%	0	0,00%
501020105	Aziende SSN	Acquisti di sangue ed emocomponenti	0	0	0	0	0,00%	0	0,00%
501020105		Acquisti di sangue ed emocomponenti	1.235.840	1.111.595	1.124.484	124.245	11,18%	111.355	9,90%
501030101		Acquisti di ossigeno	1.580	1.290	0	290	22,51%	1.580	
501040101		Acquisti di prodotti dietetici	3.612.072	3.396.695	3.582.709	215.377	6,34%	29.362	0,82%
501050101		Acquisti di materiali per la profilassi igienico-sanitaria	8.404.672	6.574.169	7.636.664	1.830.503	27,84%	768.008	10,06%
501110101		Acquisti di prodotti farmaceutici ad uso veterinario	159.330	356.415	395.492	-197.085	-55,30%	-236.162	-59,71%
501120101		Acquisti di materiali chirurgici, sanitari e diagnostici ad uso veterinario	21.582	20.537	20.693	1.045	5,09%	889	4,30%
501130101		Acquisti di dispositivi medici	71.083.568	70.463.720	71.271.924	619.848	0,88%	-188.356	-0,26%
501140101		Acquisti di dispositivi medici impiantabili attivi	4.743.081	4.275.492	5.112.206	467.589	10,94%	-369.125	-7,22%
501150101		Acquisti di dispositivi medici diagnostici in vitro	22.867.731	23.149.188	22.660.443	-281.457	-1,22%	207.288	0,91%
501150103		Acquisti di prodotti chimici	85.221	80.485	86.370	4.736	5,88%	-1.149	-1,33%
501160101		Acquisti di altri beni e prodotti sanitari	207.150	184.852	207.950	22.298	12,06%	-800	-0,38%
501160101	Aziende SSR	Acquisti di altri beni e prodotti sanitari	135.793	81.520	48.665	54.273	100,00%	87.127	100,00%
		TOTALE	350.239.608	336.834.206	348.640.101	13.405.402	3,98%	1.599.507	0,46%

Fonte: Relazione Direttore Generale ASUR al bilancio esercizio 2016 – pag. 153 (Allegato E alla determina n. 256 del 02/05/2017)

Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

In sede istruttoria, è stato rilevato che, dall'esame dell'aggregato "Acquisti Beni sanitari", di cui alla Relazione del Direttore Generale allegata al bilancio esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256 del 02/05/2017), relativamente al valore indicato al conto 501130101 - voce di spesa "Dispositivi medici" - bilancio di esercizio anno 2015 -, pari a 70.463.720 euro, come già segnalato in precedenza, non risulta essere stato debitamente rettificato (vd. nota ASUR prot. n. 12085 del 21/04/2017, trasmessa a questa Sezione a seguito di istruttoria sul bilancio d'esercizio 2015), in quanto il valore corretto risulta essere pari a 70.462.366 euro, come evidenziato nella sotto riportata tabella.

BENI SANITARI			Bilancio di esercizio anno	Bilancio di esercizio anno	Bilancio di previsione	Scostamento bilancio 2016 e bilancio 2015		Scostamento bilancio 2016 e previsione 2016	
			2016	2015	2016	assoluta	%	assoluta	%
501010103		Acquisti di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	237.003.812	226.508.818	235.788.724	10.494.994	4,63%	1.215.088	0,52%
501010105		Acquisti di medicinali senza AIC	678.176	629.428	703.775	48.747	7,74%	-25.599	-3,64%
501020103		Acquisti di emoderivati di produzione regionale	0	0	0	0	0,00%	0	0,00%
501020105	Aziende SSR	Acquisti di sangue ed emocomponenti	0	0	0	0	0,00%	0	0,00%
501020105	Aziende SSN	Acquisti di sangue ed emocomponenti	0	0	0	0	0,00%	0	0,00%
501020105		Acquisti di sangue ed emocomponenti	1.235.840	1.111.595	1.124.484	124.245	11,18%	111.355	9,90%
501030101		Acquisti di ossigeno	1.580	1.290	0	290	22,51%	1.580	
501040101		Acquisti di prodotti dietetici	3.612.072	3.396.695	3.582.709	215.377	6,34%	29.362	0,82%
501050101		Acquisti di materiali per la profilassi igienico-sanitaria	8.404.672	6.574.169	7.636.664	1.830.503	27,84%	768.008	10,06%
501110101		Acquisti di prodotti farmaceutici ad uso veterinario	159.330	356.415	395.492	-197.085	-55,30%	-236.162	-59,71%
501120101		Acquisti di materiali chirurgici, sanitari e diagnostici ad uso veterinario	21.582	20.537	20.693	1.045	5,09%	889	4,30%
501130101		Acquisti di dispositivi medici	71.083.568	70.462.366	71.271.924	621.202	0,88%	-188.356	-0,26%
501140101		Acquisti di dispositivi medici impiantabili attivi	4.743.081	4.275.492	5.112.206	467.589	10,94%	-369.125	-7,22%
501150101		Acquisti di dispositivi medici diagnostici in vitro	22.867.731	23.149.188	22.660.443	-281.457	-1,22%	207.288	0,91%
501150103		Acquisti di prodotti chimici	85.221	80.485	86.370	4.736	5,88%	-1.149	-1,33%
501160101		Acquisti di altri beni e prodotti sanitari	207.150	184.852	207.950	22.298	12,06%	-800	-0,38%
501160101	Aziende SSR	Acquisti di altri beni e prodotti sanitari	135.793	81.520	48.665	54.273	100,00%	87.127	100,00%
		TOTALE	350.239.608	336.832.852	348.640.101	13.406.757	3,98%	1.599.507	0,46%

Il Direttore generale dell'ASUR, con nota prot. n. 10100 del 5 aprile 2018, ha attestato che, come correttamente rilevato dalla Sezione, dall'esame dell'aggregato "Acquisti Beni sanitari", tabella 5.1.1 di pagina 153, di cui alla Relazione del Direttore Generale, allegata al bilancio esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256 del 02/05/2017), è stato nuovamente riportato, per mero errore materiale, il valore pari a 70.463.720 euro, anziché, il valore corretto pari a 70.462.366 euro, indicato al conto economico 0501130101 "Acquisti di dispositivi medici" - bilancio di esercizio anno 2015, come già in precedenza comunicato alla Corte dei conti - Sezione regionale di controllo per le Marche, a seguito di istruttoria sul bilancio d'esercizio 2015, con nota ASUR protocollo n. 12085/ASUR/DG/P del 21/04/2017.

E' stata, pertanto, allegata la tabella n. 5.1.1 con il valore corretto relativo agli Acquisti di dispositivi medici del Bilancio di esercizio 2015.

BENI SANITARI		Bilancio di esercizio anno	Bilancio di esercizio anno	Bilancio di previsione	Scostamento bilancio 2016 e bilancio		Scostamento bilancio 2016 e previsione	
		2016	2015	2016	assoluta	%	assoluta	%
0501010103	Acquisti di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	237.003.812	226.508.818	235.788.724	10.494.994	4,63%	1.215.088	0,52%
0501010105	Acquisti di medicinali senza AIC	678.176	629.428	703.775	48.747	7,74%	-25.599	-3,64%
0501020103	Acquisti di emoderivati di produzione regionale	0	0	0	0	0,00%	0	0,00%
Aziende 0501020105	Acquisti di sangue ed emocomponenti	0	0	0	0	0,00%	0	0,00%
Aziende 0501020105	Acquisti di sangue ed emocomponenti	0	0	0	0	0,00%	0	0,00%
0501020105	Acquisti di sangue ed emocomponenti	1.235.840	1.111.595	1.124.484	124.245	11,18%	111.355	9,90%
0501030101	Acquisti di ossigeno	1.580	1.290	0	290	22,51%	1.580	
0501040101	Acquisti di prodotti dietetici	3.612.072	3.396.695	3.582.709	215.377	6,34%	29.362	0,82%
0501050101	Acquisti di materiali per la profilassi igienico-sanitaria	8.404.672	6.574.169	7.636.664	1.830.503	27,84%	768.008	10,06%
0501110101	Acquisti di prodotti farmaceutici ad uso veterinario	159.330	356.415	395.492	-197.085	-55,30%	-236.162	-59,71%
0501120101	Acquisti di materiali chirurgici, sanitari e diagnostici ad uso veterinario	21.582	20.537	20.693	1.045	5,09%	889	4,30%
0501130101	Acquisti di dispositivi medici	71.083.568	70.462.366	71.271.924	621.202	0,88%	-188.356	-0,26%
0501140101	Acquisti di dispositivi medici impiantabili	4.743.081	4.275.492	5.112.206	467.589	10,94%	-369.125	-7,22%
0501150101	Acquisti di dispositivi medici diagnostici in vitro	22.867.731	23.149.188	22.660.443	-281.457	-1,22%	207.288	0,91%
0501150103	Acquisti di prodotti chimici	85.221	80.485	86.370	4.736	5,88%	-1.149	-1,33%
0501160101	Acquisti di altri beni e prodotti sanitari	207.150	184.852	207.950	22.298	12,06%	-800	-0,38%
Aziende 0501160101	Acquisti di altri beni e prodotti sanitari	135.793	81.520	48.665	54.273	100,00%	87.127	100,00%

Fonte: Nota Direttore Generale prot. n. 10100 del 5 aprile 2018.

Aggregato acquisti Beni non sanitari

BENI NON SANITARI			Bilancio di esercizio anno	Bilancio di esercizio anno	Bilancio di previsione	Scostamento bilancio 2016 e bilancio 2015		Scostamento bilancio 2016 e previsione 2016	
			2016	2015	2016	assoluta	%	assoluta	%
503010101		Acquisti di prodotti alimentari	2.087.076	2.130.245	2.085.722	- 43.169	-2,03%	1.354	0,06%
503020101		Acquisti di materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza	1.395.977	1.341.350	1.302.015	54.626	4,07%	93.962	7,22%
503030101		Acquisti di combustibili, carburanti e lubrificanti	1.814.672	1.982.125	1.676.535	- 167.453	-8,45%	138.137	8,24%
503040101		Acquisti di supporti informatici, cancelleria e stampati	2.692.838	3.888.343	2.401.876	- 1.195.505	-30,75%	290.962	12,11%
503050101		Acquisti di materiale tecnico strumentale per manutenzioni e riparazioni	1.595.705	1.649.110	1.709.349	- 53.405	-3,24%	- 113.644	-6,65%
503060101		Acquisti di altri materiali non sanitari	82.039	39.927	48.500	42.112	105,47%	33.539	69,15%
503060101	Aziende SSR	Acquisti di altri materiali non sanitari	100	-	-	100	0,00%	100	0,00%
		TOTALE	9.668.407	11.031.101	9.223.996	-1.362.694	-12,35%	444.411	4,82%

Fonte: Relazione Direttore Generale ASUR al bilancio esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256 del 02/05/2017)

Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

Tabella determinazione acquisti Beni sanitari e non sanitari +/- la variazione delle rimanenze

Allegato B - Determina ASURDG 256/2017	Allegato D - Determina ASURDG 256/2017	2016
Acquisti beni sanitari	BA0020-B.1.A) Acquisti di beni sanitari	€ 352.239.251
Variazione rimanenze sanitarie	BA2670-B.15.A) Variazione rimanenze sanitarie	-€ 1.999.643
Totale		€ 350.239.608
Allegato B - Determina ASURDG 256/2017	Allegato D - Determina ASURDG 256/2017	2016
Acquisti beni non sanitari	BA0310-B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	9.492.787
Variazione rimanenze non sanitarie	BA2680-B.15.B) Variazione rimanenze non sanitarie	175.620
Totale		9.668.407

Fonte: Regione Marche – Modelli ministeriali CE (Allegati B e D alla determina ASUR n. 256 del 02/05/2017)

Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

Si rileva che, dall'analisi dei seguenti **aggregati** è risultato:

- **Beni sanitari:** un incremento di costi di 13,4 milioni di euro (+3,98 per cento) rispetto al bilancio 2015 e di 1,59 milioni di euro (+0,46 per cento) rispetto al bilancio di previsione 2016;
- **Beni non sanitari:** un decremento di costo di -1,3 milioni di euro (-12,35 per cento) rispetto al bilancio consuntivo 2015 ed un incremento di +444 mila euro rispetto al bilancio di previsione 2016 (4,82 per cento).

In forte diminuzione, a confronto con l'esercizio 2015, i consumi di “supporti informatici, cancelleria e stampati” (-1,1 milioni di euro pari al -30,7 per cento), per effetto della cessazione del contratto Asur per la fornitura degli stampati a cui non è seguito pari aumento degli acquisti diretti di stampati, e carburanti (-167 mila euro pari al -8,4 per cento), come rappresentato dal Direttore Generale dell'ASUR nella Relazione sul bilancio esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256 del 02/05/2017).

Significativo incremento, invece, degli acquisti di altri materiali non sanitari (+105,5 per cento) rispetto all'esercizio precedente.

Le restanti voci sono risultate complessivamente in sostanziale allineamento ai consumi dell'anno precedente.

In sede istruttoria sono stati richiesti, pertanto, chiarimenti in merito a tale significativa variazione.

Il Direttore Generale dell'ASUR, con nota prot. n. 10100 del 5 aprile 2018, ha attestato che, in relazione all'incremento rilevato alla voce relativa agli “Acquisti di altri materiali non sanitari”, l'aumento del 105,5 per cento rispetto all'esercizio precedente (pari a 42.112 euro) è legato in via prioritaria alla diversa classificazione dei costi dell'Azienda Agraria di Montecosaro, che sono stati

iscritti nella sezione dare del conto “Altri ricavi non caratteristici” fino all’anno 2015 e a partire dall’anno 2016 nei conti di costo sulla base della natura. Si allega la tabella che evidenzia il trend del conto in oggetto, al netto di tale riclassificazione.

<i>DESCRIZIONE</i>	CONSUNTIVO 2015	CONSUNTIVO 2016	CONSUNTIVO 2016 - CONSUNTIVO 2015	VAR. %
Acquisti di altri materiali non sanitari	39.927	82.039	42.112	105%
di cui Azienda Agraria		28.578		
Totale al netto Azienda Agraria	39.927	53.461	13.534	34%

La variazione residuale, pari al 34 per cento, è da legarsi all’andamento non costante di tale voce di bilancio nel tempo, accogliendo diverse fattispecie di prodotti di materiale non sanitario.

In merito all’**aggregato dei Servizi**, sotto riportato, in cui sono stati rappresentati gli scostamenti tra il bilancio d’esercizio 2016, il bilancio d’esercizio 2015, il bilancio di previsione 2016, si evidenzia che, il bilancio 2016, rispetto all’anno precedente, registra un decremento di costi pari a complessivi 1,4 milioni di euro e rispetto al bilancio di previsione, invece, un incremento pari a 1 milione di euro; infine, non si evidenziano scostamenti rilevanti rispetto al dato Preconsuntivo (decremento di circa 122 mila euro).

Tale voce raccoglie un mix eterogeneo di fattori produttivi che vanno dai servizi appaltati, alle manutenzioni, alle utenze, consulenze, godimento beni di terzi, costi generali e, infine, alle imposte e tasse.

Aggregato Servizi

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2015	BILANCIO DI PREVISIONE 2016	PRECONSUNTIVO 2016	CONSUNTIVO 2016	CONSUNTIVO 2016 - CONSUNTIVO 2015	CONSUNTIVO 2016 - BUDGET 2016	CONSUNTIVO 2016 - PRECONSUNTIVO 2016
A23	SERVIZI	177.375.141	175.000.297	176.125.903	176.003.320	-1.371.821	1.003.023	-122.582
A231	APPALTI	93.213.655	94.322.832	93.997.905	95.153.341	1.939.686	830.510	1.155.436
A232	MANUTENZIONI	25.783.955	26.205.282	26.688.594	26.029.824	245.869	-175.458	-658.770
A233	UTENZE	24.618.794	22.985.153	24.046.294	23.628.849	-989.945	643.696	-417.445
A234	CONSULENZE AMMINISTRATIVE E GESTIONALI	35.809	44.899	25.741	41.183	5.374	-3.716	15.443
A235	CONSULENZE SANITARIE	59.681	73.458	76.828	57.862	-1.819	-15.596	-18.966
A236	GODIMENTO BENI DI TERZI	23.744.958	20.871.214	21.114.287	21.208.579	-2.536.378	337.365	94.292
A237	COSTI GENERALI	8.765.329	8.962.503	8.856.422	8.730.681	-34.648	-231.822	-125.741
A238	IMPOSTE DI ESERCIZIO	1.152.960	1.534.956	1.319.832	1.153.000	40	-381.956	-166.832

Fonte: Relazione Direttore Generale ASUR al bilancio esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256 del 02/05/2017)

Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

Analizzando successivamente l'aggregato dei Servizi sanitari (CE Ministeriale - Allegato E Determina DG ASUR n. 256/2017), sotto riportato, si rileva che i costi dell'anno 2016 risultano in aumento di 23.853.825 euro (+1,7 per cento) rispetto all'anno precedente.

CE Ministeriale – Aggregato acquisti di servizi sanitari

CONTO ECONOMICO SCHEMA DI BILANCIO Decreto Interministeriale 118/2011 e smi		Importi: Euro			
		Anno 2016	Anno 2015	VARIAZIONE 2016/2015	
				Importo	%
2) Acquisti di servizi sanitari		1.420.056.236	1.396.202.411	23.853.825	1,7%
a)	Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	171.309.091	172.838.403	-1.529.312	-0,9%
b)	Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	245.585.053	249.383.319	-3.798.266	-1,5%
c)	Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	158.851.869	153.997.265	4.854.604	3,2%
d)	Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	68.495.069	68.895.920	-400.851	-0,6%
e)	Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	24.578.654	25.261.665	-683.011	-2,7%
f)	Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	15.383.935	14.734.465	649.470	4,4%
g)	Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	483.436.071	476.923.249	6.512.822	1,4%
h)	Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	21.192.598	19.757.874	1.434.724	7,3%
i)	Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	57.444.220	43.493.112	13.951.108	32,1%
j)	Acquisti prestazioni termali in convenzione	4.037.420	4.462.296	-424.876	-9,5%
k)	Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	22.549.189	23.143.977	-594.788	-2,6%
l)	Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	90.955.745	85.825.375	5.130.370	6,0%
m)	Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	16.916.233	17.709.601	-793.368	-4,5%
n)	Rimborsi Assegni e contributi sanitari	9.596.940	9.848.059	-251.119	-2,5%
o)	Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios.	12.342.692	13.546.101	-1.203.409	-8,9%
p)	Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	17.381.458	16.381.730	999.728	6,1%
q)	Costi per differenziale Tariffe TUC	-	0	0	

Fonte: CE Ministeriale – Allegato B alla Determina DG ASUR n. 256 del 02/05/2017
Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

Dall'analisi dell'aggregato dei Servizi non sanitari (CE Ministeriale - Allegato E Determina DG ASUR n. 256/2017), la tabella seguente evidenzia un decremento dei costi dell'anno 2016, rispetto all'anno precedente, per un importo pari a -487.676 euro (-0,5 per cento).

CE Ministeriale - Aggregato acquisti di servizi non sanitari

CONTO ECONOMICO SCHEMA DI BILANCIO Decreto Interministeriale 118/2011 e smi		Importi: Euro			
		Anno 2016	Anno 2015	VARIAZIONE 2016/2015	
				Importo	%
3) Acquisti di servizi non sanitari		97.256.527	97.744.203	-487.676	-0,5%
a)	Servizi non sanitari	95.235.827	95.398.282	-162.455	-0,2%
b)	Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	923.739	1.007.306	-83.567	-8,3%
c)	Formazione	1.096.961	1.338.615	-241.654	-18,1%

Fonte: CE Ministeriale – Allegato B determina DG ASUR n. 256 del 02/05/2017
Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

In merito all'aggregato dei Servizi appaltati, accluso alla Relazione del Direttore Generale al bilancio 2016 (allegato E alla determina n. 256/2017), qui di seguito riportato, in sede istruttoria, è stata rilevata la non correttezza dei totali degli scostamenti assoluti tra il bilancio 2016 e il bilancio 2015 e tra il bilancio 2016 ed il bilancio di previsione 2016, nonché i relativi scostamenti percentuali, in quanto nella sommatoria non risultavano essere stati considerati i costi per altri servizi non sanitari.

Aggregato acquisto di servizi appaltati

ACQUISTO DI SERVIZI APPALTATI		Bilancio di esercizio anno	Bilancio di previsione	Bilancio di esercizio anno	Scostamento bilancio 2016 e bilancio 2015		Scostamento bilancio 2016 e previsione 2016	
		2016	2016	2015	assoluta	%	assoluta	%
505030101	Acquisti di servizi di trasporto sanitario - autoambulanza	21.442.985	22.333.291	22.333.291	-890.305	-3,99%	-890.305	-3,99%
505030103	Acquisti di servizi di trasporto sanitario - eliambulanza	2.602	2.602	2.602	0	0,00%	0	0,00%
509010101	Lavanderia e lavanolo	13.376.127	13.341.677	13.383.118	-6.991	-0,05%	34.450	0,26%
509010103	Pulizia e lavaggio stoviglie	21.169.828	21.077.650	21.135.835	33.992	0,16%	92.178	0,44%
509010105	Servizio di ristorazione e mensa	9.299.250	9.410.426	9.158.337	140.913	1,54%	-111.176	-1,18%
509010107	Riscaldamento e gestione calore	13.883.767	13.242.165	13.696.962	186.805	1,36%	641.602	4,85%
509010109	Servizi di elaborazione dati	954.186	997.493	945.344	8.842	0,94%	-43.307	-4,34%
509010111	Servizi di trasporto	1.877.232	1.795.242	1.843.284	33.949	1,84%	81.990	4,57%
509010113	Smaltimento rifiuti	3.853.002	3.827.584	4.048.371	-195.369	-4,83%	25.418	0,66%
509010115	Servizi di vigilanza	1.355.968	1.439.016	1.403.470	-47.502	-3,38%	-83.048	-5,77%
509010117	Regione Servizio di distribuzione farmaci e altri prodotti sanitari	3.361.786	2.601.558	1.307.766	2.054.020	157,06%	760.228	29,22%
509010117	Extra regione Servizio di distribuzione farmaci e altri prodotti sanitari	4.236	25.966	25.966	-21.730	-83,69%	-21.730	-83,69%
509010119	Altri servizi esternalizzati	4.467.242	4.211.625	3.888.379	578.863	14,89%	255.617	6,07%
509030401	Costi per altri servizi non sanitari	105.130	16.538	40.931	64.199	156,85%	88.592	535,69%
TOTALE		95.153.341	94.322.832	93.213.655	1.875.487	2,01%	741.917	0,79%

Fonte: Relazione Direttore Generale ASUR al bilancio esercizio 2016 (Allegato E alla Determina n. 256 del 02/05/2017)
Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

Pertanto, è stato riportato qui di seguito l'aggregato dei Servizi appaltati con i dati corretti, ricalcolati da questa Sezione di controllo della Corte dei conti.

ACQUISTO DI SERVIZI APPALTATI		Bilancio di esercizio anno	Bilancio di previsione	Bilancio di esercizio anno	Scostamento bilancio 2016 e bilancio 2015		Scostamento bilancio 2016 e previsione 2016	
		2016	2016	2015	assoluta	%	assoluta	%
505030101	Acquisti di servizi di trasporto sanitario - autoambulanza	21.442.985	22.333.291	22.333.291	-890.305	-3,99%	-890.305	-3,99%
505030103	Acquisti di servizi di trasporto sanitario - eliambulanza	2.602	2.602	2.602	0	0,00%	0	0,00%
509010101	Lavanderia e lavanolo	13.376.127	13.341.677	13.383.118	-6.991	-0,05%	34.450	0,26%
509010103	Pulizia e lavaggio stoviglie	21.169.828	21.077.650	21.135.835	33.992	0,16%	92.178	0,44%
509010105	Servizio di ristorazione e mensa	9.299.250	9.410.426	9.158.337	140.913	1,54%	-111.176	-1,18%
509010107	Riscaldamento e gestione calore	13.883.767	13.242.165	13.696.962	186.805	1,36%	641.603	4,85%
509010109	Servizi di elaborazione dati	954.186	997.493	945.344	8.842	0,94%	-43.307	-4,34%
509010111	Servizi di trasporto	1.877.232	1.795.242	1.843.284	33.949	1,84%	81.991	4,57%
509010113	Smaltimento rifiuti	3.853.002	3.827.584	4.048.371	-195.369	-4,83%	25.418	0,66%
509010115	Servizi di vigilanza	1.355.968	1.439.016	1.403.470	-47.502	-3,38%	-83.048	-5,77%
509010117	Regione Servizio di distribuzione farmaci e altri prodotti sanitari	3.361.786	2.601.558	1.307.766	2.054.020	157,06%	760.228	29,22%
509010117	Extra regione Servizio di distribuzione farmaci e altri prodotti sanitari	4.236	25.966	25.966	-21.730	-83,69%	-21.730	-83,69%
509010119	Altri servizi esternalizzati	4.467.242	4.211.625	3.888.379	578.863	14,89%	255.617	6,07%
509030401	Costi per altri servizi non sanitari	105.130	16.538	40.931	64.199	156,85%	88.592	535,69%
TOTALE		95.153.341	94.322.832	93.213.655	1.939.686	2,08%	830.511	0,88%

Fonte: Relazione Direttore Generale ASUR al bilancio esercizio 2016 (Allegato E alla Determina n. 256 del 02/05/2017)

Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

In sede istruttoria, sono stati richiesti, tuttavia, chiarimenti in merito alla mancata coincidenza dei totali sopra evidenziati.

Il Direttore Generale dell'ASUR, con nota prot. n. 10100 del 5 aprile 2018, ha precisato che, in riferimento all'aggregato dei Servizi appaltati, accluso alla Relazione del Direttore Generale al bilancio 2016 (Allegato E alla determina n. 256 del 02/05/2017 pagina 157), come rilevato dalla Sezione, i totali degli scostamenti assoluti tra il bilancio 2016 e il bilancio 2015 e tra il bilancio 2016 ed il bilancio di previsione 2016, nonché i relativi scostamenti percentuali, non sono corretti, in quanto nella sommatoria non sono stati considerati, per mero errore, i costi per altri servizi non sanitari.

Si riporta di seguito la tabella con gli scostamenti corretti.

ACQUISTO DI SERVIZI APPALTATI	Bilancio di esercizio	Bilancio di previsione	Bilancio di esercizio	Scostamento bilancio 2016 e bilancio 2015		Scostamento bilancio 2016 e previsione 2016	
	2016	2016	2015	assoluta	%	assoluta	%
0505030101 Acquisti di servizi di trasporto sanitario - autoambulanza	21.442.985	22.333.291	22.333.291	-890.305	-3,99%	-890.305	-3,99%
0505030103 Acquisti di servizi di trasporto sanitario - eliambulanza	2.602	2.602	2.602	0	0,00%	0	0,00%
0509010101 Lavanderia e lvanolo	13.376.127	13.341.677	13.383.118	-6.991	-0,05%	34.450	0,26%
0509010103 Pulizia e lavaggio stoviglie	21.169.828	21.077.650	21.135.835	33.992	0,16%	92.178	0,44%
0509010105 Servizio di ristorazione e mensa	9.299.250	9.410.426	9.158.337	140.913	1,54%	-111.176	-1,18%
0509010107 Riscaldamento e gestione calore	13.883.767	13.242.165	13.696.962	186.805	1,36%	641.603	4,85%
0509010109 Servizi di elaborazione dati	954.186	997.493	945.344	8.842	0,94%	-43.307	-4,34%
0509010111 Servizi di trasporto	1.877.232	1.795.242	1.843.284	33.949	1,84%	81.991	4,57%
0509010113 Smaltimento rifiuti	3.853.002	3.827.584	4.048.371	-195.369	-4,83%	25.418	0,66%
0509010115 Servizi di vigilanza	1.355.968	1.439.016	1.403.470	-47.502	-3,38%	-83.048	-5,77%
0509010117 Regione Servizio di distribuzione farmaci e altri prodotti sanitari	3.361.786	2.601.558	1.307.766	2.054.020	157,06%	760.228	29,22%
0509010117 Extra regione Servizio di distribuzione farmaci e altri prodotti sanitari	4.236	25.966	25.966	-21.730	-83,69%	-21.730	-83,69%
0509010119 Altri servizi esternalizzati	4.467.242	4.211.625	3.888.379	578.863	14,89%	255.617	6,07%
0509030401 Costi per altri servizi non sanitari	105.130	16.538	40.931	64.199	156,85%	88.592	535,69%

Fonte: Nota Direttore Generale ASUR prot. n. 10100 del 5 aprile 2018

Dall'esame di tale aggregato, si evidenzia un **incremento dei costi dell'anno 2016 rispetto all'anno precedente, per un importo pari a 1.939.686 euro (+2,08 per cento) ed in aumento rispetto al dato previsionale di euro 830.511 (+0,88 per cento).**

Come rappresentato dal Direttore Generale dell'ASUR, nella Relazione di accompagnamento al bilancio 2016 (Allegato E alla determina n. 256/2017), in merito ai Servizi appaltati, la specificità della gestione dei contratti aziendali, per la maggior parte dislocati per Area Vasta (Area Vasta 1, per Pesaro Urbino e Fano, Area Vasta 2, per Senigallia, Ancona, Jesi e Fabriano, Area Vasta 3 per Civitanova, Macerata e Camerino, Area Vasta 4 per Fermo, Area Vasta 5 per San Benedetto e Ascoli P.), ha giocato un ruolo essenziale nell'eterogeneità degli scostamenti dei diversi fattori produttivi. L'analisi di dettaglio per singolo fattore produttivo ha evidenziato uno scostamento rispetto al bilancio d'esercizio 2015 di +1.939.686 euro, che può essere così scomposto per le voci più rilevanti:

1. Autoambulanza -890 mila euro (-3,9 per cento);
2. Servizio di ristorazione e mensa +140 mila euro (+1,5 per cento);
3. Riscaldamento e gestione calore +186 mila euro (+1,36 per cento);
4. Servizio di trasporto +33 mila euro (+1,8 per cento);
5. Smaltimento rifiuti -195 mila euro (-4,8 per cento);

6. Servizi di vigilanza -47 mila euro (-3,3 per cento);
7. Servizio di distribuzione farmaci ed altri prodotti sanitari +2.032 mila euro (+152 per cento).

Per le restanti voci non sono stati rilevati scostamenti considerevoli e sono risultati in linea con quanto rendicontato l'anno precedente.

Il Direttore Generale, nella Relazione al bilancio 2016, ha evidenziato che il decremento degli acquisti di **servizio di trasporto sanitario - autoambulanza** rispetto al bilancio 2015 è in parte fittizio, in quanto alla voce Altri fondi sono stati accantonati 555.248 euro, di conseguenza il decremento complessivo risulterebbe pari a 335.057 euro.

Inoltre, ha precisato che, nell'esercizio 2016, sono state implementate manovre di razionalizzazione dei trasporti territoriali ed ospedalieri complementari a quelle già intraprese negli anni precedenti al fine di raggiungere obiettivi di riduzione di spesa derivanti dalla legge n. 315 del 7 agosto 2012 e dai vincoli di budget sottoscritto, che hanno portato alla costituzione della Centrale Unica del 118 ed alla realizzazione della Centrale di Coordinamento Trasporti (C.C.T.) in ogni Area Vasta.

In merito al **Servizio di ristorazione e mensa**, è stato evidenziato un incremento per l'AV1 di circa 19.500 euro ed un incremento anche per l'AV3 per 135.000 euro; quest'ultimo riconducibile ad un protocollo di intesa stipulato con l'appaltatore del servizio per garantire l'attività di ristorazione all'interno della struttura di Macerata al di fuori dei locali di proprietà dell'amministrazione che sono risultati non più a norma alle prescrizioni antincendio. Contemporaneamente, con riferimento alla convenzione con il Comune di Tolentino e sempre in AV3, è stata rilevata una riduzione del servizio per inagibilità della struttura a seguito degli eventi sismici e quindi riduzione degli oneri per il servizio. L'incremento del servizio nell'Ospedale di Civitanova è derivato, invece, dall'estensione del servizio ai degenti provenienti dalle Case di riposo divenute inagibili ed ospitati presso l'Ospedale di Comunità di Recanati. In AV2, è stata registrata una contrazione di costi per 47.000 euro, correlata all'effetto trascinarsi della revisione dei prezzi avviata in AV2 nel 2015, ai sensi della legge n. 125 ed in parte ad una contrazione dei volumi di attività ospedaliera.

L'incremento registrato alla voce del **riscaldamento e gestione del calore**, è risultato in parte fittizio, in quanto, in sede di bilancio 2015, in AV2 era stata accantonata una quota di circa 300 mila euro per conguaglio dell'ultimo semestre 2015 non compresa nel conto in oggetto. L'incremento di circa 65.000 euro, registrato in AV3, è correlato ai maggiori consumi da parte di tutte le strutture dell'intera Area Vasta all'interno della quale sono aumentati i volumi da riscaldare (nuovi spazi Tac 142 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

e radioterapia ospedale di Macerata, CSA Montelupone, Distretto Tolentino nella sede dell'ex Farmacia comunale); sono, altresì, intervenuti il condizionamento della Farmacia UMACA dell'Ospedale di Civitanova, dell'Apoteca di Macerata, Geriatria di Macerata, Oncologia di Tolentino. Un ulteriore incremento è stato registrato nell'AV4, per circa 207.000 euro, connesso all'estensione degli spazi nel PO di Fermo, frutto dei percorsi riorganizzativi, nel rispetto delle disposizioni regionali in essere.

Per quanto concerne la riduzione del costo relativo allo **Smaltimento rifiuti**, la flessione del dato, rispetto al consuntivo 2015, è dovuta all'effetto della riduzione della produzione di rifiuti per effetto delle politiche di sensibilizzazione alla raccolta differenziata.

L'incremento alla voce **Servizio di distribuzione farmaci ed altri prodotti sanitari**, espone l'onere per la distribuzione dei beni sanitari ad opera delle farmacie private convenzionate secondo le indicazioni regionali, l'incremento è interamente riconducibile agli effetti della d.g.r.m. 881/2015 che ha avviato la distribuzione per conto di medicinali acquistati dall'ASUR attraverso la rete delle farmacie territoriali convenzionate in grado di garantire la capillarità del servizio farmaceutico ai cittadini e l'omogeneità dei comportamenti su tutto il territorio regionale.

Dall'analisi della tabella seguente, relativa all'aggregato dei **Servizi di manutenzione**, si rileva un incremento dei costi dell'anno 2016, rispetto al consuntivo dell'anno precedente, per un importo pari a 245.869 euro (+0,95 per cento), ed un decremento rispetto al dato previsionale per 175.458 euro (-0,66 per cento).

Aggregato Servizi di manutenzione

MANUTENZIONI		Bilancio di esercizio anno	Bilancio di previsione	Bilancio di esercizio anno	Scostamento bilancio 2016 e bilancio 2015		Scostamento bilancio 2016 e previsione 2016	
		2016	2016	2015	assoluta	%	assoluta	%
510010105	Manutenzioni e riparazioni fabbricati e loro pertinenze	3.768.514	3.897.272	3.984.097	-215.583	-5,41%	-128.757	-3,30%
510010107	Manutenzioni e riparazioni agli impianti e macchinari	3.537.889	3.343.863	3.197.486	340.404	10,65%	194.026	5,80%
510020101	Manutenzioni e riparazioni attrezzature sanitarie	14.544.676	14.791.190	15.250.892	-706.216	-4,63%	-246.514	-1,67%
510030101	Manutenzioni e riparazioni attrezzature tecnico - economali	328.150	397.790	377.407	-49.257	-13,05%	-69.640	-17,51%
510040101	Manutenzioni e riparazioni attrezzature informatiche	905.921	892.990	664.022	241.899	36,43%	12.931	1,45%
510050101	Manutenzioni software	2.299.226	2.264.475	1.718.671	580.555	33,78%	34.751	1,53%
510060101	Manutenzioni e riparazioni automezzi	634.981	570.480	589.682	45.299	7,68%	64.501	11,31%
510070101	Manutenzioni e riparazioni mobili e arredi	10.467	47.222	1.698	8.769	516,42%	-36.756	-77,84%
TOTALE		26.029.824	26.205.282	25.783.955	245.869	0,95%	-175.458	-0,66%

Fonte: Relazione Direttore Generale ASUR al bilancio esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256 del 02/05/2017)

Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

Si rileva che gli incrementi di spesa riguardano, in particolar modo, le manutenzioni e riparazioni agli impianti e macchinari (+340 mila euro, +10,6 per cento), le manutenzioni e riparazioni attrezzature informatiche (+241 mila euro, +36,4 per cento) e, infine, le manutenzioni software (+580 mila euro, +33,78 per cento).

In merito alle manutenzioni software, il Direttore Generale dell'ASUR, nella Relazione di accompagnamento al bilancio esercizio 2016, ha precisato che l'incremento è riconducibile, per circa 130 mila, alla riclassificazione del conto di assistenza software del sistema gestionale del laboratorio analisi di AV3, in precedenza iscritto nel conto dei canoni hardware.

Per quanto concerne l'aggregato dei Servizi relativo alle **Utenze**, di seguito si evidenziano gli scostamenti per conto economico tra il bilancio d'esercizio 2016, il bilancio d'esercizio 2015 ed il bilancio di previsione 2016.

Aggregato Utenze

UTENZE		Bilancio di esercizio anno	Bilancio di previsione	Bilancio di esercizio anno	Scostamento bilancio 2016 e bilancio 2015		Scostamento bilancio 2016 e previsione 2016	
		2016	2016	2015	assoluta	%	assoluta	%
509020101	Energia elettrica	14.545.829	13.609.548	15.010.629	-464.801	-3,10%	936.281	6,88%
509020103	Acqua	2.812.842	2.813.943	2.831.085	-18.244	-0,64%	-1.101	-0,04%
509020105	Telefonia	4.283.735	4.427.047	4.651.956	-368.221	-7,92%	-143.312	-3,24%
509020107	Gas	1.961.992	2.098.747	2.089.486	-127.493	-6,10%	-136.755	-6,52%
509020109	Internet	0	0	0	0	0,00%	0	0,00%
509020111	Canoni radiotelevisivi	24.451	24.654	24.423	28	0,12%	-203	-0,82%
509020113	Banche dati	0	0	11.214	-11.214	-100,00%	0	
TOTALE		23.628.849	22.973.939	24.618.793	-989.945	-4,02%	654.910	2,85%

Fonte: Relazione Direttore Generale ASUR al bilancio esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256 del 02/05/2017)

Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

Rispetto all'anno precedente, le Utenze, risultano complessivamente in diminuzione di circa 989.945 euro (-4,02 per cento), invece, rispetto al bilancio di previsione 2016, in incremento di 654.910 (+2,85 per cento). Il bilancio di previsione presumeva un risparmio più rilevante sul conto dell'energia elettrica.

Si evidenzia che, la Regione Marche, con nota prot. n. 531510 del 5 giugno 2017, ha attestato che il **Tavolo di verifica degli adempimenti ha rilevato il mantenimento dell'equilibrio economico che è stato garantito anche per l'anno 2016.**

La Regione ha precisato che il mantenimento dell'equilibrio economico, in un contesto di riduzione delle risorse disponibili, è stato reso possibile dall'avvio di azioni volte a orientare interventi di particolare importanza sia sui fattori di produzione che sui processi sanitari in termini di efficienza nell'uso delle risorse e di efficacia nell'erogazione di servizi e prestazioni definite dalla Regione Marche con propri atti.

La finalità di riduzione della spesa per consumi intermedi della pubblica amministrazione è stata realizzata anche adottando misure volte ad incrementare i processi di centralizzazione e razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi della pubblica amministrazione, per la realizzazione di economie di scala funzionali al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica.

L'Amministrazione regionale ha adottato misure finalizzate alla razionalizzazione degli acquisti, incrementando, tra l'altro, l'utilizzo di strumenti di e-procurement, al fine di semplificare e velocizzare le procedure di approvvigionamento di beni e servizi, riducendone i relativi costi. E' stato quindi valutato l'utilizzo di sistemi telematici di negoziazione, già a disposizione di altre amministrazioni, al fine di ottimizzazione e risparmio di risorse pubbliche, nonché di condivisione di conoscenze ed esperienze tra soggetti pubblici.

Ai fini del rispetto dei suddetti vincoli normativi, la Regione Marche ha comunque garantito l'equilibrio del bilancio sanitario anche per l'anno 2016 (art. 9-septies del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78).

Si rileva che, la Regione Marche, a seguito di verifica degli adempimenti regionali ai fini dell'accesso all'integrazione al finanziamento per l'anno 2016, è stata **dichiarata adempiente con raccomandazione dal Tavolo tecnico, con riferimento all'adempimento di cui alla lettera b) – (acquisto di beni e servizi)**, con l'invito a presidiare l'applicazione dell'art. 15, comma 13, lettera e), del decreto legge n. 95/2012⁶¹, come da verbale della riunione del 22 febbraio 2018 (Allegato 4), trasmesso dalla stessa Regione, con nota prot. n. 340908 del 28 marzo 2018.

⁶¹ Decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, art. 15, comma 13, lettera e) *“costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN, ai sensi della vigente legislazione, la verifica della redazione dei bandi di gara e dei contratti di global service e facility management in termini tali da specificare l'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale relativamente all'importo complessivo dell'appalto. Alla verifica del predetto adempimento provvede il Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, sulla base dell'istruttoria effettuata dall'Autorità nazionale anticorruzione. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano mettono a disposizione della CONSIP e dell'Autorità nazionale anticorruzione, secondo modalità condivise, tutte le informazioni necessarie alla verifica del predetto adempimento, sia con riferimento alla rispondenza delle centrali di committenza regionali alle disposizioni* 145 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

2.10 SPESA FARMACEUTICA

La spesa per i medicinali prescritti a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), viene definita dalla **spesa farmaceutica territoriale** e dalla **spesa farmaceutica ospedaliera**.

Per il finanziamento della spesa farmaceutica è destinata una quota del finanziamento complessivo ordinario del SSN.

Le regioni sono divenuti attori rilevanti ai fini del contenimento della spesa farmaceutica, poiché il contenimento dei costi è una conseguenza diretta del sistema di distribuzione da queste prescelto, implicando la distribuzione diretta uno sconto medio del 50 per cento per le ASL che acquistano i farmaci direttamente dalle ditte produttrici. In particolare, le regioni hanno la facoltà di attivare la distribuzione diretta dei farmaci di fascia A⁶² contenuti nel PH-T (Prontuario Ospedale Territorio), introdotto dall'AIFA con la determinazione 29 ottobre 2004 che rimanda al Prontuario quale strumento per garantire la continuità assistenziale. L'adozione del PH-T, per entità e modalità dei farmaci elencati, dipende dall'assetto normativo, dalle scelte organizzative e dalle strategie assistenziali definite e assunte da ciascuna regione.

La spesa farmaceutica viene definita in:

- **spesa farmaceutica convenzionata**, ovvero, l'erogazione di medicinali a carico del SSN da parte delle farmacie aperte al pubblico. La dispensazione avviene previa presentazione della prescrizione medica su ricettario SSN e riguarda i medicinali ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria (LEA);
- **spesa farmaceutica non convenzionata**, ovvero, la spesa farmaceutica ospedaliera unitamente alla spesa derivante dai farmaci dispensati attraverso la distribuzione diretta.

di cui all'articolo 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, sia con riferimento alle convenzioni e alle ulteriori forme di acquisto praticate dalle medesime centrali regionali".

⁶² Farmaci di Fascia A: comprendente i farmaci essenziali e per malattie croniche, interamente rimborsati dal SSN, fatta salva la presenza di una nota AIFA, la cui prescrizione vincola la rimborsabilità a specifiche condizioni patologiche o terapeutiche in atto. La modalità di fornitura di questi farmaci avviene attraverso le farmacie territoriali o le strutture sanitarie pubbliche (distribuzione diretta).

La spesa farmaceutica territoriale

Ai sensi dell'articolo 5, comma 1, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222⁶³, la base di calcolo per la determinazione della spesa farmaceutica territoriale è costituita dal finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale, al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie.

La spesa farmaceutica ospedaliera

La spesa farmaceutica ospedaliera indica, in particolare, la spesa riferibile ai medicinali di fascia H acquistati o resi disponibili all'impiego da parte delle strutture sanitarie direttamente gestite dal SSN, ad eccezione dei medicinali dispensati in distribuzione diretta.

L'articolo 15, commi da 4 a 11, del decreto legge 95/2012 ha rimodulato la spesa farmaceutica ospedaliera, precisandone la definizione e i suoi componenti.

La spesa farmaceutica ospedaliera è rilevata dai modelli CE riferibili ai medicinali di fascia H acquistati, o resi disponibili all'impiego, da parte delle strutture sanitarie direttamente gestite dal SSN, ad eccezione dei medicinali dispensati in distribuzione diretta e per conto, nonché, innovando, al netto delle spese per i vaccini, per i farmaci di fascia C, e al netto delle preparazioni magistrali e

⁶³ Articolo 5, comma 1, del decreto-legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222 "A decorrere dall'anno 2008 l'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica territoriale, comprensiva sia della spesa dei farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, sia della distribuzione diretta di medicinali collocati in classe "A" ai fini della rimborsabilità, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera, non può superare a livello nazionale ed in ogni singola regione il tetto del 14 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. Il valore assoluto dell'onere a carico del SSN per la predetta assistenza farmaceutica, sia a livello nazionale che in ogni singola regione è annualmente determinato dal Ministero della salute, entro il 15 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento, sulla base del riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale deliberato dal CIPE, ovvero, in sua assenza, sulla base della proposta di riparto del Ministro della salute, da formulare entro il 15 ottobre. Entro quindici giorni dalla fine di ciascun mese, le regioni trasmettono all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze i dati della distribuzione diretta, come definita dal presente comma, per singola specialità medicinale, relativi al mese precedente, secondo le specifiche tecniche definite dal decreto del Ministro della salute 31 luglio 2007, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 229 del 2 ottobre 2007, concernente l'istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta. Le regioni, entro i quindici giorni successivi ad ogni trimestre, trasmettono all'AIFA, al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze i dati relativi alla spesa farmaceutica ospedaliera. Il rispetto da parte delle regioni di quanto disposto dal presente comma costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato. Nelle more della concreta e completa attivazione del flusso informativo della distribuzione diretta, alle regioni che non hanno fornito i dati viene attribuita, ai fini della determinazione del tetto e della definizione dei budget di cui al comma 2, in via transitoria e salvo successivo conguaglio, una spesa per distribuzione diretta pari al 40 per cento della spesa complessiva per l'assistenza farmaceutica non convenzionata rilevata dal flusso informativo del nuovo sistema informativo sanitario".

officinali effettuate nelle farmacie ospedaliere, dei medicinali esteri e dei derivati del plasma di produzione regionale.

Inoltre, la spesa farmaceutica ospedaliera è calcolata al netto delle somme corrispondenti a:

- somme versate con il meccanismo del pay-back dalle aziende farmaceutiche a fronte della sospensione della riduzione del 5 per cento del prezzo dei farmaci stabilita con Determinazione AIFA n. 26 del 27 settembre 2006 sul prezzo al pubblico comprensivo di IVA di tutti i farmaci rimborsabili dal SSN (fascia A-H⁶⁴);
- somme restituite alle regioni e alle province Autonome dalle aziende farmaceutiche a seguito del superamento del limite massimo di spesa fissato per il medicinale in sede di contrattazione;
- somme restituite dalle aziende farmaceutiche, anche sotto forma di extra sconti, in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionata per farmaci innovativi.

Tetto della spesa farmaceutica, sfioramento e ripiano

Il decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, ha introdotto, all'articolo 5, un sistema di regolazione della spesa dei farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale, in base al quale l'AIFA attribuisce ad ogni azienda titolare di autorizzazioni all'immissione in commercio (AIC) di farmaci un budget annuale, calcolato distintamente per i medicinali equivalenti e per quelli coperti da brevetto. La somma dei budget di ciascuna azienda, incrementata dal Fondo relativo alla spesa per i farmaci innovativi e dal Fondo di garanzia per esigenze allocative in corso d'anno, deve corrispondere all'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica territoriale. In caso di superamento del tetto per la farmaceutica territoriale, la filiera dei privati (azienda farmaceutica, grossista e farmacista) è tenuta a coprire integralmente l'eventuale sfioramento in misura proporzionale alle relative quote di spettanza sui prezzi dei medicinali, fermo restando l'obbligo per le regioni di adottare le necessarie misure di contenimento. Ai sensi dell'articolo 5, comma 3, lettera c), del d.l. 159/2007⁶⁵, il ripiano a carico dei

⁶⁴ Fascia H: comprendente i farmaci di esclusivo uso ospedaliero utilizzabili solo in ospedale o che possono essere distribuiti dalle strutture sanitarie.

⁶⁵ Articolo 5, comma 3, lettera c), del 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222 "Ai fini del ripiano, per le aziende farmaceutiche si applica il sistema di cui all'articolo 1, comma 796, lettera g), della legge 27 dicembre 2006, n. 296; per la quota a carico dei grossisti e dei farmacisti, l'AIFA ridetermina, per i sei mesi successivi, le relative quote di spettanza sul prezzo di vendita dei medicinali e il corrispondente incremento della percentuale di sconto a favore del SSN. Le aziende

148 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

grossisti e dei farmacisti è operato dall'AIFA mediante rideterminazione provvisoria (per sei mesi e su scala nazionale) delle relative quote di spettanza sul prezzo di vendita dei medicinali e della percentuale di sconto in favore del Servizio sanitario nazionale mentre per le aziende farmaceutiche si applica il sistema del pay-back⁶⁶. Le aziende farmaceutiche versano gli importi dovuti direttamente alle regioni dove si è verificato lo sfioramento, in proporzione al superamento del tetto di spesa regionale.

L'articolo 15, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ha proseguito e precisato le misure di razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica introdotte dall'articolo 17 del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111⁶⁷.

farmaceutiche versano gli importi dovuti, entro i termini previsti dalla lettera b) del presente comma, direttamente alle regioni dove si è verificato lo sfioramento in proporzione al superamento del tetto di spesa regionale”.

⁶⁶ Il meccanismo di ripiano del pay-back nasce per venire incontro all'esigenza di una maggiore flessibilità del mercato farmaceutico, consentendo da un lato l'erogazione di risorse economiche alle Regioni a sostegno della spesa farmaceutica di ciascuna, e dall'altro l'opportunità per le aziende farmaceutiche di effettuare le scelte sui prezzi dei loro farmaci, sulla base delle proprie strategie di intervento sul mercato.

E' stato previsto con norma della Finanziaria 2007 e permette alle aziende farmaceutiche di chiedere all'AIFA la sospensione della riduzione dei prezzi del 5 per cento, a fronte del contestuale versamento in contanti (pay back) del relativo valore su appositi conti correnti individuati dalle Regioni.

Il sistema del pay-back opera quindi quale meccanismo di ripiano in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di spesa programmata.

⁶⁷ Art. 17 del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111 - *Razionalizzazione della spesa sanitaria*

1. Al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, il livello del finanziamento a cui concorre lo Stato per il 2013 è incrementato dello 0,5 per cento rispetto al livello vigente per il 2012 ed è ulteriormente incrementato dell'1,4 per cento per il 2014. Conseguentemente, con specifica Intesa fra lo Stato e le regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, da stipulare entro il 30 aprile 2012, sono indicate le modalità per il raggiungimento dell'obiettivo di cui al primo periodo del presente comma. Qualora la predetta Intesa non sia raggiunta entro il predetto termine, al fine di assicurare per gli anni 2013 e 2014 che le regioni rispettino l'equilibrio di Bilancio sanitario, sono introdotte, tenuto conto delle disposizioni in materia di spesa per il personale di cui all'articolo 16, le seguenti disposizioni negli altri ambiti di spesa sanitaria:

b) in materia di assistenza farmaceutica ospedaliera, al fine di consentire alle regioni di garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati compatibili con il livello di finanziamento di cui al primo periodo del presente comma, a decorrere dall'anno 2013, con regolamento da emanare, entro il 30 giugno 2012, ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono disciplinate le procedure finalizzate a porre a carico delle aziende farmaceutiche l'eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, nella misura massima del 35 per cento di tale superamento, in proporzione ai rispettivi fatturati per farmaci ceduti alle strutture pubbliche, con modalità stabilite dal medesimo regolamento. Qualora entro la predetta data del 30 giugno 2012 non sia stato emanato il richiamato regolamento, l'Agenzia italiana del farmaco, con riferimento alle disposizioni di cui all'articolo 11, comma 7, lettera b), del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, a decorrere dall'anno 2013, aggiorna le tabelle di raffronto ivi previste, al fine di consentire alle regioni di garantire il conseguimento dei predetti obiettivi di risparmio, e conseguentemente, a decorrere dall'anno 2013 il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, come da ultimo modificato dall'articolo 22, comma 3, del decreto legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102 è rideterminato nella misura del 12,5 per cento;

d) a decorrere dall'anno 2014, con regolamento da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono introdotte misure di compartecipazione sull'assistenza farmaceutica e sulle altre prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale. Le misure di compartecipazione sono aggiuntive rispetto a quelle eventualmente già disposte dalle regioni e sono finalizzate ad assicurare, nel rispetto del principio di 149 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

Con il decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 (c.d. decreto Balduzzi), agli articoli 10 e 11, sono state introdotte misure regolatorie in materia di Prontuari farmaceutici nazionale e locali, prevedendo entro il 30 giugno 2013 una revisione straordinaria da parte dell'AIFA del Prontuario farmaceutico nazionale escludendo dalla rimborsabilità i farmaci non più di interesse per il SSN e la cui efficacia non risulti sufficientemente dimostrata.

La legge di stabilità 2014 (legge 27 dicembre 2013, n. 147) si è invece occupata del Prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio (PHT), che è, come precisato in precedenza, lo strumento che assicura la continuità terapeutica ospedale-territorio in aree diagnostiche caratterizzate da criticità terapeutica o bisognose di un periodico *follow-up* specialistico. L'art. 1, comma 426, della legge citata, ha stabilito che l'AIFA deve aggiornare il PHT con cadenza annuale. In occasione dell'aggiornamento, l'AIFA deve anche provvedere ad individuare un elenco di medicinali che, per le loro caratteristiche farmacologiche, possono essere dispensati attraverso la distribuzione per conto. Inoltre, nel corso della revisione del PHT, l'AIFA è stata incaricata di assegnare alla distribuzione in regime convenzionale (ovvero alla distribuzione attraverso le farmacie aperte al pubblico):

- i medicinali non coperti da brevetto (generici/equivalenti);
- i medicinali per i quali siano cessate le esigenze di controllo ricorrente da parte della struttura pubblica.

Il Ministero della salute, di concerto con il MEF, su proposta dell'AIFA, determinerà conseguentemente, a saldi invariati, l'entità della riduzione del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, caricando la riduzione, con equivalente attribuzione, al tetto della spesa farmaceutica territoriale.

I medicinali riportati nei prontuari PHT (nazionale e regionali) possono essere erogati attraverso le distinte modalità distributive, individuate dall'articolo 8 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347.

In particolare:

equilibrio finanziario, l'appropriatezza, l'efficacia e l'economicità delle prestazioni. La predetta quota di compartecipazione non concorre alla determinazione del tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale. Le regioni possono adottare provvedimenti di riduzione delle predette misure di compartecipazione, purché assicurino comunque, con misure alternative, l'equilibrio economico finanziario, da certificarsi preventivamente da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005.

1. la **distribuzione diretta**, che prevede l'erogazione diretta da parte delle strutture ospedaliere o dei distretti delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;
2. la **distribuzione per conto**, che prevede la possibilità per le strutture sanitarie di acquistare i medicinali inclusi nel PHT direttamente dalle case farmaceutiche a prezzi scontati almeno del 50 per cento, e di distribuirli tramite le farmacie pubbliche e private convenzionate, in base ad accordi stipulati dalle Regioni e dalle Province Autonome con le Associazioni sindacali delle farmacie medesime; i medicinali vengono, quindi, ceduti al prezzo d'acquisto ai grossisti, che provvedono alla fornitura delle farmacie. In tal caso ai farmacisti e ai grossisti vengono riconosciuti per l'attività distributiva margini inferiori, più convenienti per il SSN rispetto a quanto avverrebbe attraverso la tradizionale filiera della distribuzione: industria farmaceutica, grossisti, farmacie;
3. il **modello misto** che utilizza sia la farmacia ospedaliera/distrettuale che le farmacie private territoriali.

Con legge di stabilità 2015 (legge 23 dicembre 2014, n. 190), all'articolo 1, comma 585⁶⁸, è stato prorogato al 31/12/2015 il termine per la revisione straordinaria da parte dell'AIFA del Prontuario farmaceutico, stabilendo che l'AIFA dovrà operare la revisione sull'esplicita base del criterio specifico del costo/beneficio e dell'efficacia terapeutica, nonché della previsione di prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee.

Inoltre, all'articolo 1, commi da 593 a 598, sono state introdotte disposizioni di favore per i medicinali innovativi⁶⁹.

⁶⁸ Legge 23 dicembre 2014, n. 190 "Disposizioni per la formazione del Bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015) - Art. 1, comma 585 "All'articolo 11, comma 1, primo periodo, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, le parole da: "Entro il 30 giugno 2013" fino a: "Prontuario farmaceutico nazionale" sono sostituite dalle seguenti: «Entro il 31 dicembre 2015 l'AIFA, sulla base delle valutazioni della Commissione consultiva tecnico-scientifica e del Comitato prezzi e rimborso, provvede a una revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale sulla base del criterio costo-beneficio ed efficacia terapeutica, prevedendo anche dei prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee».

⁶⁹ La definizione di innovatività, la sua valutazione ed il conferimento della qualifica di medicinale innovativo sono procedure di competenza dell'AIFA e delle sue Commissioni (art. 5, comma 2, lettera a), del decreto legge 159/2007). La qualifica di medicinale innovativo implica l'applicazione di benefici economici fissati dalla legge, limitati nel tempo (in genere 36 mesi) e potenzialmente soggetti a rivalutazione a fronte dell'emergere di nuove evidenze scientifiche. L'art. 5, co 3, lettera a), del decreto legge 159/2007 chiarisce che tali farmaci non concorrono ai vincoli ordinari di budget e usufruiscono di un fondo di risorse incrementali a loro dedicate (fondo aggiuntivo per la spesa dei farmaci innovativi). In caso di sfondamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale nazionale, se la spesa per i farmaci innovativi supera il valore del fondo aggiuntivo fissato ad inizio dell'anno, questi farmaci non partecipano al ripiano. Lo sfondamento da ripianare è, invece, ripartito tra tutte le aziende in proporzione ai rispettivi fatturati dei medicinali non innovativi coperti da brevetto. La legge di stabilità 2015 (art. 1, co. 595 della legge 190/2014) ha inoltre stabilito che, se il fatturato derivante dalla commercializzazione di un farmaco innovativo è superiore a 300 milioni di euro, la quota dello sfioramento imputabile al superamento del fondo aggiuntivo, resta, in misura pari al 20 per cento, a carico dell'azienda titolare dell'autorizzazione

151 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

Ulteriori misure nel settore della spesa farmaceutica sono state introdotte dall'art. **9-ter, commi 10 e 11, del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78 (decreto enti territoriali)**, che ha previsto:

- 1) la rinegoziazione in riduzione, da parte dell'AIFA ed entro il 30 settembre 2015, del prezzo dei farmaci a carico del SSN. La determina AIFA del 25/09/2015, n. 1252, ha dato attuazione alla disposizione, prevedendo la rinegoziazione dei prezzi dei medicinali di fascia A, suddivisi per raggruppamenti terapeuticamente assimilabili, separando, ai fini della determinazione del prezzo di rimborso a carico del SSN, i farmaci a brevetto scaduto da quelli coperti da brevetto;
- 2) l'inserimento dei medicinali equivalenti nel Prontuario farmaceutico nazionale in sede di periodico aggiornamento dello stesso Prontuario (aggiornamento per il quale non viene indicata nessuna scadenza) solo alla data di scadenza del brevetto o del certificato di protezione complementare del farmaco originatore di riferimento;
- 3) contenimento del prezzo dei farmaci biotecnologici alla scadenza del brevetto sul principio attivo. Con determina 1252/2015 l'AIFA ha attuato la disposizione. La ridefinizione è prevista per i farmaci biologici a scadenza brevettuale del principio attivo e in assenza dell'avvio di una concomitante procedura di contrattazione del prezzo relativa a un medicinale biosimilare o terapeuticamente assimilabile;
- 4) rinegoziazione in riduzione del prezzo dei farmaci soggetti a rimborsabilità condizionata.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica territoriale:

- il tetto per la spesa farmaceutica territoriale (a livello nazionale ed in ogni regione) viene portato dal 2013 all'11,35 per cento;
- i titoli degli sconti dovuti al SSN dai farmacisti e dalle aziende farmaceutiche sui medicinali di fascia A erogati in regime di SSN vengono incrementati;

all'immissione in commercio (AIC) relativa al medesimo farmaco, e il restante 80 per cento è ripartito, ai fini del ripiano, al lordo IVA, tra tutte le aziende titolari di AIC in proporzione dei rispettivi fatturati relativi ai medicinali non innovativi coperti da brevetto. Inoltre, la legge di stabilità 2015 (legge 190/2014) ha istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute al capitolo 3010, un Fondo per il rimborso alle regioni per l'acquisto di medicinali innovativi (legge 190/2014, art. 1, co. 593-598). La norma è collegata alla immissione in commercio di farmaci innovativi destinati alla cura dell'Epatite C e ai nuovi antitumorali.

Le risorse per il 2015 erano costituite da:

- a) un contributo statale, pari a 100 milioni di euro derivanti da una riduzione di pari importo del Fondo per interventi strutturali di politica economica (FISPE);
- b) 400 milioni di euro a valere sulle risorse del Fondo sanitario nazionale nella componente destinata alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale (PSN).

Le risorse per il 2016, pari a 500 milioni di euro, sono tutte a valere sul Fondo sanitario nazionale. Il Decreto 9 ottobre 2015, Rimborso alle regioni per l'acquisto dei farmaci innovativi, ha disciplinato le modalità operative di erogazione delle risorse stanziata a titolo di concorso al rimborso per l'acquisto dei medicinali innovativi per il 2015 e il 2016.

- il sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco, deve essere ridefinito sulla base di un accordo tra l'AIFA e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative. Il termine, originariamente fissato all'1/01/2013, dal decreto legge 06 luglio 2012, n. 95, convertito con legge 07 agosto 2012, n. 135 ("spending review"), è stato posticipato dalla legge di stabilità 2013 (legge 24 dicembre 2012, n. 228) al 30/06/2013 ed ulteriormente prorogato all'1/01/2015 sulla base del decreto legge 30 dicembre 2013, n. 150, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 febbraio 2014, n. 15. In ultimo, il decreto legge 31 dicembre 2014, n. 192, convertito, con modificazioni, dalla legge di conversione 27 febbraio 2015, n. 11, lo ha fatto slittare di un altro anno, ponendo il termine all'1/01/2016, ancora rinviato all'1/01/2017 dal decreto legge 30 dicembre 2015, n. 210, convertito, con modificazioni, in legge 25 febbraio 2016, n. 21.

Solo con l'entrata in vigore del nuovo metodo di remunerazione, perdono di efficacia le disposizioni che prevedono l'imposizione di sconti e trattenute su quanto dovuto alle farmacie per le erogazioni in regime di SSN.

- il meccanismo di ripiano totalmente a carico della filiera farmaceutica (aziende, grossisti, farmacisti) viene confermato anche se, sempre a decorrere dal 2013, il pay-back sarà erogato dalle aziende farmaceutiche per il 25 per cento alle sole regioni che hanno superato il tetto e per il restante 75 per cento a tutte le regioni, secondo la percentuale del riparto del fabbisogno indistinto del SSN.

Per quanto riguarda la **spesa farmaceutica ospedaliera**:

- il tetto della farmaceutica ospedaliera (a livello nazionale ed in ogni regione), dal 2013 viene portato a 3,5 punti percentuali;
- il ripiano, a decorrere dal 2013, in caso di sfioramento del tetto è a carico delle aziende farmaceutiche per una quota pari al 50 per cento del valore eccedente il livello nazionale. Le aziende effettuano versamenti (pay-back) alle regioni e alle province autonome in proporzione alla quota di riparto delle complessive disponibilità del SSN, al netto delle quote relative alla mobilità interregionale. Tale procedura è stata fissata sulla base delle procedure utilizzate per il ripiano della spesa farmaceutica territoriale, come stabilite dal citato art. 5, comma 3, lettera c), del d.l. 159/2007. Il restante 50 per cento dello sfioramento rimane a carico delle sole regioni nelle quali si sia superato il limite, in proporzione ai rispettivi valori eccedenti. L'eventuale

sforamento di detto valore è recuperato interamente a carico della regione 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 o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale. Non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo.

Pertanto, gli obiettivi 2016 da verificare, in materia di contenimento della spesa farmaceutica da parte della Regione Marche, sono i seguenti:

- 1) rispetto del limite della spesa farmaceutica territoriale (convenzionata, diretta e per conto), determinato nella misura del 11,35 per cento del finanziamento complessivo ordinario del SSN;
- 2) rispetto del limite della spesa farmaceutica ospedaliera, determinato nella misura del 3,5 per cento del finanziamento complessivo ordinario del SSN;
- 3) attuazione della distribuzione diretta dei farmaci.

2.10.1 Verifica rispetto limite di spesa farmaceutica territoriale a livello regionale

La Sezione ha verificato che, **nell'anno 2016, la Regione Marche non ha rispettato il tetto di spesa per la farmaceutica territoriale, determinato nella misura stabilita dall'art. 15, comma 2, d.l. n. 95/2012, pari all'11,35 per cento.**

Infatti, la spesa è risultata pari a 330.599.002 euro, corrispondente all'11,53 per cento, con uno scostamento rispetto al limite, in termini percentuali, dello 0,37 per cento, e in termini assoluti di euro 5.066.470, ed in diminuzione rispetto al 2015 dello 0,33 per cento (spesa 2015: 337.170.091 euro).

La spesa farmaceutica per la distribuzione diretta di fascia A, è risultata in crescita, rispetto al 2015, del 5,1 per cento, passando da euro 121.070.400 euro nel 2015 ad euro 127.230.688 nel 2016.

Tuttavia, la spesa farmaceutica convenzionata netta è risultata pari a 238.189.227 euro, in diminuzione dell'1,3 per cento rispetto all'anno 2015, pari a -3.239.370 euro, come evidenziato nella sottostante tabella.

Spesa farmaceutica territoriale nel periodo gennaio-dicembre 2016 e verifica del rispetto del tetto di spesa dell'11,35 per cento, per singola regione in ordine decrescente di incidenza sul FSR.

	A	B=A*11,35%	C	D	E	F	G	H	I	L=C+D+F+G-H-I	K=L-B	M=K/A*100	
Regione	FSN gen-dic 2016	Tetto 11,35%	Spesa netta [^]	Pay back 1,83%	Quota prezzo di riferimento	Ticket fisso per ricetta	Distribuzione diretta (#)	Payback ^{^^}	Fondo innovativi	Spesa territoriale	Scostamento assoluto (#)	Inc. % su FSR	
SARDEGNA	2.972.712.661	337.402.887	270.057.779	5.223.776	27.848.408	-	211.822.460	50.425.255	-	426.231.209	88.828.322	14,34%	
PUGLIA	7.321.652.518	831.007.561	654.610.445	13.875.130	81.885.312	50.793.517	464.838.237	168.213.262	28.853.282	959.300.524	128.292.964	13,10%	
CALABRIA	3.553.250.681	403.293.952	314.381.720	6.393.387	39.800.169	12.302.274	197.292.217	50.160.298	19.140.798	448.281.727	44.987.775	12,62%	
CAMPANIA	10.429.111.875	1.183.704.198	861.123.048	18.603.583	117.739.293	80.080.569	669.544.414	200.251.448	83.349.751	1.308.543.248	124.839.050	12,55%	
ABRUZZO	2.436.985.382	276.597.841	227.594.937	4.570.684	25.014.957	8.980.593	94.997.426	19.580.096	9.306.189	298.115.988	21.518.147	12,23%	
LAZIO	10.612.920.817	1.204.566.513	903.929.336	18.821.683	129.951.508	31.957.634	543.117.905	127.022.042	60.607.911	1.272.553.238	67.986.726	11,99%	
MARCHE	2.868.128.037	325.532.532	242.947.210	4.757.983	28.941.610	-	127.230.688	24.445.664	10.375.250	330.599.002	5.066.470	11,53%	
SICILIA	9.048.459.299	1.027.000.130	700.237.671	15.197.992	105.344.469	51.323.326	454.361.632	125.714.624	1.040.649.082	1.040.649.082	13.648.952	11,50%	
BASILICATA	1.065.424.325	120.925.661	80.451.188	1.704.522	10.796.168	6.346.510	55.389.397	16.271.586	4.697.147	119.513.839	-	1,411.822	11,22%
FRIULI V.G.	2.241.143.995	254.369.843	179.063.239	3.464.618	18.371.325	-	88.038.501	14.223.326	-	249.413.797	-	4.956.047	11,13%
UMBRIA	1.668.440.031	189.367.944	130.682.880	2.605.333	16.340.167	2.624.307	78.039.351	15.219.823	10.104.189	183.417.193	-	5.950.751	10,99%
TOSCANA	6.957.188.903	789.640.940	468.683.484	9.468.295	53.546.383	19.343.062	413.079.624	121.372.086	23.860.931	1.040.649.082	-	43.236.134	10,73%
MOLISE	609.337.536	69.159.810	42.986.705	899.399	6.113.158	2.806.986	28.804.516	4.965.746	3.951.624	64.781.436	-	4.378.374	10,63%
LOMBARDIA	18.079.496.129	2.052.022.811	1.362.637.217	28.466.470	129.587.379	136.204.682	776.925.142	287.389.068	73.349.471	1.886.562.032	-	165.460.778	10,43%
P.A. TRENTO	948.978.013	107.709.004	63.319.722	1.261.742	5.825.046	3.247.645	40.120.631	7.348.189	-	98.078.066	-	9.630.938	10,34%
LIGURIA	3.094.348.893	351.208.599	213.502.176	4.492.117	24.963.503	18.520.831	148.150.821	47.302.236	12.110.781	316.268.694	-	34.939.905	10,22%
PIEMONTE	8.194.515.705	930.077.533	600.919.940	11.830.244	66.544.880	7.764.830	375.655.383	89.243.555	51.254.004	832.012.351	-	98.065.182	10,15%
E. ROMAGNA	8.172.307.513	927.556.903	504.623.053	10.108.961	60.860.897	16.003.910	425.824.830	106.073.020	40.911.393	789.358.419	-	138.198.484	9,66%
VENETO	8.922.399.643	1.012.692.359	559.327.649	12.018.828	65.183.816	62.691.548	368.742.626	91.065.522	43.766.295	843.911.178	-	168.781.182	9,46%
V. D'AOSTA	230.404.789	26.150.944	13.738.920	305.707	1.578.161	2.286.676	7.416.607	1.739.170	-	21.397.325	-	4.753.619	9,29%
P.A. BOLZANO	901.461.610	102.315.893	48.513.529	1.014.725	5.307.406	4.515.097	35.939.798	6.463.990	-	81.489.708	-	20.826.185	9,04%
ITALIA	110.328.668.355	12.522.303.858	8.443.331.845	175.085.179	1.021.544.015	517.793.997	5.605.332.205	1.574.490.007	500.000.000	12.316.882.862	-	205.420.996	11,16%

(#) I dati sono al netto del fondo dei farmaci innovativi, sulla base dei dati definitivi inviati dal Ministero della salute, relativi alla ripartizione interregionale delle risorse per il rimborso dei farmaci innovativi relativi all'anno 2016, ai sensi del Decreto del Ministero della salute 9 ottobre 2015.

[^]Spesa al lordo del Payback 1,83%

^{^^} Somma dei Payback, ad eccezione del payback 1,83%:

1. Pay-back relativo alla sospensione della riduzione di prezzo del 5 per cento per medicinali di fascia A erogati in regime di assistenza convenzionata e non convenzionata, ai sensi dell'art. 1 comma 796, lettera g della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive proroghe (impatto gennaio-dicembre 2016 pari a 129,9 milioni di euro);
2. Pay-back dovuti a fronte del ripiano dello sfondamento dei tetti di prodotto disciplinati dalla delibera CIPE n.3 del 1 febbraio 2001 in attuazione di quanto disposto dall'art.48, comma 33 del decreto legge n.269 del 30 settembre 2003, convertito con modificazioni dalla Legge n.326 del 24 novembre 2003, attribuiti per cassa (al momento della pubblicazione del provvedimento di ripiano in G.U.) (impatto gennaio-dicembre 2016 pari a 74,5 milioni di euro);
3. Accordi negoziali dei farmaci per l'epatite: valori della scontistica degli accordi prezzo/volume attribuiti con criterio di competenza (impatto gennaio-dicembre 2016 pari a 737,2 milioni di euro) Tabella 8bis; capping (che rientra nelle tipologie degli accordi MEA) oltre la 12-ma settimana di trattamento attribuito con criterio di cassa (impatto gennaio-dicembre 2016 pari a 595,0 milioni di euro).
4. Modalità di riduzione di spesa a carico del SSN ai sensi dell'art. 48, comma 33-bis, del D.L. 269/2003, conv. dalla L. 326/2003 e ss.mm.ii. ai sensi dell'art. 11, comma 1, del D.L. 158/2012, conv. dalla L. 189/2012 e ss.mm.ii. (impatto gennaio-dicembre 2016: 37,9 milioni di euro).

Fonte: Monitoraggio AIFA gennaio-dicembre 2016 (Adempimento AIFA ai sensi della legge 222/2007 e della legge 135/2012, condotto sulla base dei dati di spesa convenzionata dell'OsMed e delle DCR acquisite dalle regioni, nonché dei dati acquisiti dall'INSIS del Ministero della salute, relativi alla tracciabilità del farmaco (dm 15/07/2004) ed alla distribuzione diretta e per conto (dm 31 luglio 2007), il 29 Maggio 2017 (n° prot. MSF/55629/A).

Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

La spesa farmaceutica per la distribuzione diretta di fascia A è aumentata, rispetto al 2015, del 5,1 per cento, passando da euro 121.070.400 nel 2015 ad euro 127.230.688 nel 2016, come risulta dalla seguente tabella:

Riepilogo della spesa per la distribuzione diretta di fascia A nel periodo gennaio-dicembre 2016, nelle singole regioni, rispetto allo stesso periodo del 2015

Regione	gen-dic 15 [^]	gen-dic 16 [^]	Var	Var %
UMBRIA	60.662.010	78.039.351	17.377.341	28,6%
P.A. TRENTO	31.585.864	40.120.631	8.534.767	27,0%
CAMPANIA	545.316.235	669.544.414	124.228.179	22,8%
PIEMONTE	313.454.682	375.655.383	62.200.701	19,8%
CALABRIA	164.663.418	197.292.217	32.628.799	19,8%
SICILIA	385.139.671	454.361.632	69.221.961	18,0%
P.A. BOLZANO	30.722.977	35.939.798	5.216.821	17,0%
SARDEGNA	182.747.203	211.822.460	29.075.257	15,9%
PUGLIA	408.784.285	464.838.237	56.053.952	13,7%
LOMBARDIA	688.929.799	776.925.142	87.995.343	12,8%
MOLISE	25.603.804	28.804.516	3.200.712	12,5%
VENETO	331.106.549	368.742.626	37.636.077	11,4%
LAZIO	491.464.716	543.117.905	51.653.189	10,5%
E. ROMAGNA	386.555.501	425.824.830	39.269.329	10,2%
LIGURIA	135.265.433	148.150.821	12.885.388	9,5%
TOSCANA	380.492.783	413.079.624	32.586.841	8,6%
BASILICATA	52.441.499	55.389.397	2.947.898	5,6%
MARCHE	121.070.400	127.230.688	6.160.288	5,1%
V. D'AOSTA	7.082.795	7.416.607	333.812	4,7%
ABRUZZO	91.554.628	94.997.426	3.442.799	3,8%
FRIULI V.G.	86.474.349	88.038.501	1.564.152	1,8%
ITALIA	4.921.118.599	5.605.332.205	684.213.607	13,9%

^ Tale valore è stato calcolato non avendo ancora escluso dalla spesa farmaceutica le risorse stanziare con il fondo per i medicinali innovativi, di cui all'art.1, comma 593, della legge 23 dicembre 2014, n.190, come disciplinato dal decreto del Ministero della salute 9 Ottobre 2015

Fonte: Monitoraggio AIFA gennaio-dicembre 2016 (Adempimento AIFA ai sensi della legge 222/2007 e della legge 135/2012, condotto sulla base dei dati di spesa convenzionata dell'OsMed e delle DCR acquisite dalle regioni, nonché dei dati acquisiti dall'NSIS del Ministero della salute, relativi alla tracciabilità del farmaco (dm 15/07/2004) ed alla distribuzione diretta e per conto (dm 31 luglio 2007), il 29 Maggio 2017 (n° prot. MSF/55629/A).

Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

Riepilogo della spesa farmaceutica convenzionata netta* nel periodo gennaio-dicembre 2016, nelle singole regioni, rispetto allo stesso periodo del 2015

Regione	gen-dic 15^	gen-dic 16^	Var	Var %
P.A. BOLZANO	47.730.356	47.498.803	-231.553	-0,5%
PUGLIA	646.114.437	640.735.315	-5.379.122	-0,8%
LOMBARDIA	1.346.287.232	1.334.170.747	-12.116.485	-0,9%
ABRUZZO	225.148.871	223.024.253	-2.124.618	-0,9%
FRIULI V.G.	177.392.190	175.598.621	-1.793.568	-1,0%
UMBRIA	129.426.469	128.077.547	-1.348.923	-1,0%
MARCHE	241.428.597	238.189.227	-3.239.370	-1,3%
BASILICATA	80.209.371	78.746.665	-1.462.706	-1,8%
P.A. TRENTO	63.231.956	62.057.980	-1.173.976	-1,9%
TOSCANA	469.384.912	459.215.190	-10.169.722	-2,2%
CAMPANIA	865.260.922	842.519.465	-22.741.457	-2,6%
CALABRIA	316.363.443	307.988.333	-8.375.110	-2,6%
VENETO	562.377.167	547.308.821	-15.068.347	-2,7%
LAZIO	910.259.953	885.107.653	-25.152.300	-2,8%
PIEMONTE	609.166.893	589.089.696	-20.077.197	-3,3%
SICILIA	708.917.501	685.039.679	-23.877.822	-3,4%
LIGURIA	216.808.688	209.010.058	-7.798.630	-3,6%
E. ROMAGNA	514.840.040	494.514.092	-20.325.948	-3,9%
SARDEGNA	284.454.586	264.834.004	-19.620.582	-6,9%
MOLISE	45.281.948	42.087.306	-3.194.642	-7,1%
V. D'AOSTA	17.095.274	13.433.213	-3.662.062	-21,4%
ITALIA	8.477.180.806	8.268.246.667	-208.934.139	-2,5%

* La spesa netta è ottenuta sottraendo dalla spesa lorda gli importi derivanti dal ticket (per ricetta e come compartecipazione al prezzo di riferimento), gli sconti obbligatori a carico del farmacista (media pari al 3 per cento), gli extrasconti derivanti dalle misure di ripiano (0,6 per cento a carico del produttore, dei farmacisti e dei grossisti) e gli sconti derivanti dai provvedimenti disposti dal d.l.78/2010 convertito con modificazioni dalla l. n. 122 del 30 agosto 2010, compreso le disposizioni contenute nell'art.15, comma 2, del d.l. 95/2012, convertito con modificazioni dalla l. 7 agosto 2012, n.135 (payback 1,83 per cento, impatto gennaio-ottobre 2016 pari a 146,8 milioni di euro).

Fonte: Monitoraggio AIFA gennaio-dicembre 2016 (Adempimento AIFA ai sensi della legge 222/2007 e della legge 135/2012, condotto sulla base dei dati di spesa convenzionata dell'OsMed e delle DCR acquisite dalle regioni, nonché dei dati acquisiti dall'NSIS del Ministero della salute, relativi alla tracciabilità del farmaco (dm 15/07/2004) ed alla distribuzione diretta e per conto (dm 31 luglio 2007), il 29 Maggio 2017 (n° prot. MSF/55629/A).

Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

Come riportato nella Relazione al giudizio di parificazione del rendiconto 2016 della Regione Marche (giusta deliberazione Sezione regionale di controllo n. 81/2017/PARI del 12/10/2017), il Collegio dei revisori, nel questionario sul rendiconto 2016, ha precisato ha confermato i dati AIFA della spesa

157 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

farmaceutica territoriale indicati nelle sopra riportate tabelle, precisando che, una parte dello sfioramento è imputabile agli interventi straordinari in materia sanitaria a seguito degli eventi sismici che hanno colpito la Regione Marche, istituiti con dd.gg.rr. n. 986/2016 e n. 1340/2016.

Tali interventi, riconducibili al codice di esenzione T16, hanno previsto l'erogazione gratuita dei farmaci di classe C (sia con o senza obbligo di ricetta medica) e l'esenzione dal pagamento della differenza di prezzo tra il farmaco prescritto e il prezzo di riferimento fissato da AIFA nelle liste di trasparenza per i farmaci di classe A.

La spesa territoriale totale, comprensiva di convenzionata, distribuzione diretta (DD) di classe A e distribuzione per conto (DPC) risulta leggermente diminuita rispetto al 2015 (-0,14 per cento, pari a circa 500.000 euro)

La spesa convenzionata, pur registrando un incremento dei consumi in termini di dose definita giornaliera (DDD) pari al 2,3 per cento rispetto al 2015, è diminuita rispetto al 2015 dell'1,3 per cento (circa 3.200.000 euro) rispetto alla media nazionale che ha registrato un calo del -2,5 per cento. Il decremento, rispetto all'anno precedente, denota un maggior utilizzo di farmaci a brevetto scaduto, in accordo alle dd.gg.rr. n. 1090/2016, avente ad oggetto gli obiettivi sanitari degli enti SSR, e n. 1106/2016, avente ad oggetto gli obiettivi di budget per i Direttori generali.

Da considerare che la Regione Marche, al pari del Friuli Venezia Giulia e della Sardegna, è una delle Regioni in cui non è stato introdotto il ticket. Inoltre, essendo stata colpita dal sisma, ha registrato una spesa, da agosto a dicembre 2016, relativamente al codice di esenzione T16, pari a 1.136.371 euro (di cui 1.096.348 euro relativi alla convenzionata).

La Distribuzione per conto risulta aumentata del 12,16 per cento (pari a 5.868.364 euro) rispetto all'anno precedente.

I farmaci nuovi anticoagulanti orali (NAO), fino al 30 aprile 2016, sono stati erogati esclusivamente con la distribuzione diretta e, a partire dal 01/05/2016, sono stati dispensati in DPC.

La spesa per i nuovi anticoagulanti orali risulta incrementata, a livello regionale, del 51,71 per cento rispetto al 2015, ovvero è stato registrato un incremento di quasi 3 milioni di euro.

Si rileva che, la Regione Marche, a seguito di verifica degli adempimenti regionali ai fini dell'accesso all'integrazione al finanziamento per l'anno 2016, è **stata dichiarata adempiente dal Tavolo tecnico, con riferimento al controllo della spesa farmaceutica (adempimento lettera I)**), come da verbale della

riunione del 22 febbraio 2018 (Allegato 4) trasmesso dalla stessa Regione, con nota prot. n. 340908 del 28 marzo 2018.

In particolare, lo stesso Tavolo tecnico, ha attestato che la Regione Marche, non avendo adottato alcun tipo di ticket in ambito farmaceutico nell'anno 2016, ha provveduto alla trasmissione al Tavolo tecnico (prot. n. 57 del 22/11/2017) della documentazione attestante le misure di contenimento della spesa farmaceutica territoriale, adottate nell'anno 2016, di importo pari ad almeno il 30 per cento dello sforamento (1,520 mln di euro).

Sulla base di tale documentazione, per quanto riguarda la spesa farmaceutica territoriale, la Regione è risultata adempiente, poiché le misure adottate consentono di coprire l'importo di 1,520 mln di euro, in relazione alla circostanza che il risparmio stimato è stato pari a circa 1,8 milioni di euro.

2.10.2 Verifica rispetto limite di spesa farmaceutica ospedaliera a livello regionale

La Sezione ha verificato che **la Regione Marche, nel 2016, non ha rispettato il tetto per la spesa farmaceutica ospedaliera, determinato nella misura stabilita dall'art. 15, comma 4, d.l. n. 95/2012, pari al 3,5 per cento.**

Infatti, la spesa è risultata pari a 162.075.404 euro, corrispondente al 5,70 per cento, con uno scostamento rispetto al limite, in termini percentuali del 2,20 per cento e in termini assoluti di 61.690.923 euro, ed in aumento rispetto al 2015 dello 0,40 per cento (spesa 2015: 150.621.153 euro).

Spesa farmaceutica ospedaliera individuata tramite il flusso della tracciabilità del farmaco nel periodo gennaio-dicembre 2016 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 3,5 per cento, per Regione

	A	B	C	D	E	F	G=C-D-E-F	H=G-B	I=G/A%
Regione	FSN gen-dic 2016	Tetto 3,5%	Spesa tracciabilità*^	Distribuzione diretta di fascia A	Spesa medicinali fascia C e C bis	Payback**	Spesa Ospedaliera	Scostamento assoluto	Inc. %
TOSCANA	6.957.188.903	243.501.612	904.853.344	413.079.624	36.971.934	15.222.624	439.579.162	196.077.550	6,30%
UMBRIA	1.668.440.031	58.395.401	187.216.767	78.039.351	8.855.783	3.364.398	96.957.235	38.561.834	5,80%
MARCHE	2.868.128.037	100.384.481	317.726.920	127.230.688	22.540.307	5.880.520	162.075.404	61.690.923	5,70%
ABRUZZO	2.436.985.382	85.294.488	246.479.272	94.997.426	12.101.560	4.759.076	134.621.210	49.326.722	5,50%
BASILICATA	1.065.424.325	37.289.851	119.644.998	55.389.397	5.566.358	2.088.302	56.600.941	19.311.090	5,30%
E. ROMAGNA	8.172.307.513	286.030.763	927.941.895	425.824.830	53.547.383	15.115.978	433.453.705	147.422.942	5,30%
SARDEGNA	2.972.712.661	104.044.943	388.154.177	211.822.460	14.745.057	4.803.411	156.783.250	52.738.307	5,30%
PUGLIA	7.321.652.518	256.257.838	896.425.617	464.838.237	31.419.655	15.412.854	384.754.872	128.497.034	5,30%
LIGURIA	3.094.348.893	108.302.211	331.000.087	148.150.821	15.310.576	6.378.200	161.160.490	52.858.279	5,20%
CALABRIA	3.553.250.681	124.363.774	393.849.558	197.292.217	12.535.590	5.100.320	178.921.432	54.557.678	5,00%
CAMPANIA	10.429.111.875	365.018.916	1.234.804.076	669.544.414	33.502.517	19.901.771	511.855.374	146.836.459	4,90%
PIEMONTE	8.194.515.705	286.808.050	815.922.552	375.655.383	38.795.498	13.480.579	387.991.092	101.183.042	4,70%
FRIULI V.G.	2.241.143.995	78.440.040	211.836.630	88.038.501	13.092.920	5.607.362	105.097.846	26.657.807	4,70%
LOMBARDIA	18.079.496.129	632.782.365	1.718.370.342	776.925.142	68.220.644	30.167.952	843.056.604	210.274.239	4,70%
P.A. BOLZANO	901.461.610	31.551.156	83.450.498	35.939.798	5.055.556	1.469.354	40.985.789	9.434.633	4,50%
V. AOSTA	230.404.789	8.064.168	19.257.775	7.416.607	1.151.328	306.603	10.383.237	2.319.070	4,50%
LAZIO	10.612.920.817	371.452.229	1.074.830.728	543.117.905	37.356.883	18.583.437	475.772.503	104.320.274	4,50%
SICILIA	9.048.459.299	316.696.075	899.734.253	454.361.632	31.128.126	12.267.112	401.977.383	85.281.308	4,40%
VENETO	8.922.399.643	312.283.987	825.942.673	368.742.626	46.635.948	17.255.960	393.308.139	81.024.151	4,40%
MOLISE	609.337.536	21.326.814	57.628.877	28.804.516	2.225.141	687.403	25.911.817	4.585.003	4,30%
P.A. TRENTO	948.978.013	33.214.230	77.041.638	40.120.631	4.158.831	1.770.562	30.991.613	-2.222.617	3,30%
ITALIA	110.328.668.355	3.861.503.392	11.732.112.677	5.605.332.205	494.917.596	199.623.777	5.432.239.099	1.570.735.706	4,90%

* la spesa non comprende i vaccini ed è calcolata sulla base del dato di tracciabilità trasmesso dalle aziende farmaceutiche.

** Pay-back a carico delle aziende farmaceutiche:

1. Pay-back relativo alla sospensione della riduzione di prezzo del 5 per cento per medicinali di fascia H erogati in regime di assistenza non convenzionata, ai sensi dell'art. 1 comma 796, lettera g della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive proroghe (impatto gennaio-dicembre 2016 pari a 53,3 milioni di euro);
2. Pay-back dovuti a fronte del ripiano dello sfondamento dei tetti di prodotto disciplinati dalla delibera CIPE n.3 del 1 febbraio 2001 in attuazione di quanto disposto dall'art.48, comma 33 del decreto legge n.269 del 30 settembre 2003, convertito con modificazioni dalla Legge n.326 del 24 novembre 2003, attribuiti per cassa (al momento della pubblicazione del provvedimento di ripiano in G.U.) (impatto gennaio-dicembre pari a 12,0 milioni di euro)
3. Pay-back versati dalle aziende farmaceutiche, anche sotto forma di extra-sconti, in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionata (payment-by-results, risk-sharing e cost-sharing) sottoscritte in sede di contrattazione del prezzo del medicinale ai sensi dell'articolo 48, comma 33, del decreto-legge 30 Settembre 2003, n.269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n.326, criterio per cassa (impatto gennaio-dicembre pari a 108,1 milioni di euro).
4. Modalità di riduzione di spesa a carico del SSN ai sensi dell'art. 48, comma 33-bis, del D.L. 269/2003, conv. dalla L. 326/2003 e ss.mm.ii. ai sensi dell'art. 11, comma 1, del D.L. 158/2012, conv. dalla L. 189/2012 e ss.mm.ii. (impatto gennaio-dicembre: 26,2 milioni di euro).

Fonte: Monitoraggio AIFA gennaio-dicembre 2016 (Adempimento AIFA ai sensi della legge 222/2007 e della legge 135/2012, condotto sulla base dei dati di spesa convenzionata dell'OsMed e delle DCR acquisite dalle regioni, nonché dei dati acquisiti dall'NSIS del Ministero della salute, relativi alla tracciabilità del farmaco (dm 15/07/2004) ed alla distribuzione diretta e per conto (dm 31 luglio 2007), il 29 Maggio 2017 (n° prot. MSF/55629/A).

Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

L'Organo di revisione, nel questionario sul rendiconto 2016 della Regione Marche, ha confermato i dati AIFA della spesa farmaceutica ospedaliera indicati nella sopra riportata tabella, precisando che, sia la Distribuzione diretta di classe H, sia l'ospedaliera pura, hanno subito un incremento rispetto al 2015, rispettivamente, del 18,95 per cento e 7,54 per cento, con estrema variabilità tra le 5 Aree Waste dell'ASUR e tra le Aziende ospedaliere.

L'incremento è dovuto sostanzialmente all'invecchiamento della popolazione, all'ingresso in commercio delle terapie ad alto costo, tra cui oncologici e biologici per l'utilizzo in ambito reumatologico, gastroenterologico e dermatologico; questi ultimi hanno determinato un incremento della spesa di + 5,8 per cento, pari a circa 2 milioni di euro in più rispetto al 2015.

Si evidenzia, come già rilevato in precedenza, che la Regione Marche, a seguito di verifica degli adempimenti regionali ai fini dell'accesso all'integrazione al finanziamento per l'anno 2016, è **stata dichiarata adempiente dal Tavolo tecnico, con riferimento all'adempimento di cui alla lettera l) - (controllo spesa farmaceutica)**, come da verbale della riunione del 22 febbraio 2018 (Allegato 4) trasmesso dalla stessa Regione, con nota prot. n. 340908 del 28 marzo 2018.

In particolare, **con riferimento al rispetto dell'adempimento in materia di spesa farmaceutica ospedaliera (adempimento lettera l.1), la Regione Marche non è tenuta al ripiano dello sforamento, poiché, avendo raggiunto l'equilibrio economico complessivo anche nell'anno 2016, è dichiarata adempiente, ai sensi dell'art. 5, comma 5, della legge n. 222/2007.**

Si riporta qui di seguito la tabella relativa alla spesa farmaceutica anno 2016 trasmessa dalla Regione Marche, in sede di giudizio di parificazione del rendiconto 2016 (vd. Relazione allegata alla deliberazione n. 81/2017/PARI del 12/10/2017), con nota prot. n. 884494 dell'11 settembre 2017:

Scheda per il calcolo della spesa farmaceutica e del tetto stabilito dalla L. 222/2007 e dalla L. 135/2012

SPESA FARMACEUTICA ANNO 2016			
TERRITORIALE		importo in €	% su FSN
A	Spesa Convenzionata Netta (fonte Agenas) al netto del pay back 1,83% a carico delle ditte	238.189.227	
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A (fonte AIFA)	3.614.152	
B.2	Altri Pay-back su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale e non (fonte AIFA)	18.882.489	
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A (fonte AIFA)	1.949.023	
B.4	Fondo Farmaci innovativi per la territoriale AIFA 8 bis CdA 20/7/2017	10.375.250	
C	Spesa Distribuzione Diretta classe A (fonte NSIS - Ministero della Salute)	127.230.688	
D=D.1 + D.2	Totale Compartecipazioni a carico del cittadino (fonte Agenas)	28.941.610	
D.1	di cui ticket fisso per ricetta (fonte Agenas)	0	
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento (fonte Agenas)	28.941.610	
E=A-B.1-B.2-B.3-B.4+C	Totale spesa Territoriale	330.599.001	
F	Fabbisogno 2016 "ex FSN" (Fonte DGPROG - Ministero della Salute)	2.868.128.037	
G=F*11,35%	Tetto 11,35 %	325.532.532	
H=E-G	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale	5.066.469	11,53%
I=D.1/H	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento (solo se >0)		
	Stima AIFA della spesa territoriale ai sensi dell'articolo 5, comma 4, Legge 222/2007		
OSPEDALIERA			
L	Spesa Ospedaliera rilevata dai modelli CE (Fonte NSIS – Ministero della Salute)	317.726.920	
L1	Spesa medicinali fascia C e C bis (AIFA)	22.540.307	
M	Spesa Distribuzione Diretta di ogni fascia di rimborsabilità (Fonte NSIS – Min. Salute)	214.873.378	
N.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H (Fonte AIFA)	1.515.971	
N.2	Pay back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H (Fonte AIFA)	1.132.443	
N.3	Pay back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.) (Fonte AIFA)	3.232.106	
O=L-L1-C-N.1-N.2-N.3	Totale spesa Ospedaliera	162.075.405	
P=F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	2.868.128.037	
Q=P×	3,5% Tetto 3,5%	100.384.481	
R=O-Q	Scostamento assoluto	61.690.923	5,70%
S=M/(E+O)	Incidenza % della distribuzione diretta sulla spesa farmaceutica regionale	44%	

Note:

I dati riportati sono stati forniti dall' AIFA nel report "Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale, gennaio-dicembre 2016 (riunione Consiglio di Amministrazione del 20.07.2017), ma non sono da considerarsi definitivi in quanto è ancora in atto una verifica, richiesta da AIFA, alle Regioni ed alle ditte farmaceutiche sulla farmaceutica territoriale e ospedaliera relativa all' anno 2016.

Fonte: Servizio Bilancio della Regione Marche - nota prot. n. 884494 dell'11/09/2017

Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

2.10.3 Verifica dei costi complessivi della spesa farmaceutica dell'ASUR

Ai fini di un'analisi complessiva della spesa farmaceutica dell'anno 2016, la stessa è stata suddivisa nelle varie voci di costo che la compongono, quali la spesa farmaceutica convenzionata (al netto della spesa relativa all'assistenza integrativa erogata tramite il canale delle farmacie convenzionate e dei costi dell'Enpaf⁷⁰), la distribuzione diretta classe "A" (comprendente la distribuzione per conto delle

⁷⁰ Enpaf: contributi previdenziali e assistenziali obbligatori dovuti da tutti gli iscritti agli albi degli Ordini provinciali dei farmacisti (articolo 21 del DLCPS n. 233/1946).

farmacie convenzionate, la distribuzione diretta tramite i presidi e la distribuzione dei farmaci di classe A da parte di questi ultimi, ad esclusione degli oneri di distribuzione), la distribuzione diretta dei farmaci “H” non somministrati in regime di ricovero e la spesa farmaceutica ospedaliera “pura”. Tali aggregazioni includono anche la spesa per l’ossigeno (territoriale e ad uso ospedaliero).

Il Collegio Sindacale, nella Relazione al bilancio 2016 dell’ASUR (verbale n. 7 del 12/05/2017), ha attestato che il **costo per la farmaceutica, pari a 480.702.590 euro, risulta essere non in linea con il dato regionale, nonché nazionale, e mostra un incremento rispetto all’esercizio precedente dell’1,57 per cento**, il cui costo è stato pari a 473.258.897 euro.

Lo stesso Collegio Sindacale ha, inoltre, attestato che non sono state istituite misure di contenimento della spesa, quali l’istituzione del ticket regionale.

Infine, ha attestato che è stata realizzata in maniera sistematica e non casuale un’attività di controllo tesa ad accertare il rispetto della normativa in materia di prescrizione e distribuzione dei farmaci.

Si rileva che l’Azienda ha attivato forme di distribuzione diretta e per conto.

In merito alla spesa farmaceutica sostenuta dall’ASUR nel 2016, il Collegio Sindacale, nel **questionario sul bilancio 2016**, ha indicato i valori delle singole voci di costo che la compongono:

	<i>(valori in euro)</i>
a) Spesa farmaceutica ospedaliera	58.681.764
b) Spesa per la distribuzione diretta	125.015.032
c) Spesa per la distribuzione per conto	53.986.771
d) Spesa farmaceutica convenzionata	243.019.023
<u>Totale</u>	<u>480.702.590</u>

Il Direttore Generale, nella Relazione di accompagnamento al bilancio esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256 del 02/05/2017), ha analizzato le singole componenti della spesa farmaceutica, esplicitando le variazioni rispetto al dato del consuntivo del 2015, sia rispetto al bilancio di previsione dell’anno 2016, come sotto riportato:

- **la spesa farmaceutica convenzionata netta** ha registrato un dato di consuntivo 2016 di 243 milioni di euro, che ha determinato una contrazione dei costi rispetto al 2015 di 3,1 milioni di euro, pari al -1,3 per cento e un lieve incremento di soli 54 mila euro rispetto al dato del bilancio di previsione 2016. La riduzione della spesa, rilevata nel 2016 rispetto all'anno precedente, è stata una conseguenza dell'effetto congiunto di diversi fattori: da un lato è dovuta agli effetti indotti da azioni di contenimento realizzate mediante l'avvio del nuovo accordo tra la Regione e le Farmacie Convenzionate per la distribuzione per conto avvenuta a decorrere dall'ultimo quadrimestre 2015, oltre alle azioni del pool di monitoraggio, e dall'altro lato dalla riduzione dei prezzi, legata ad aspetti quali: l'effetto di trascinamento dei minori prezzi dei principi attivi genericati nell'esercizio precedente a fronte di un livello di ricettazione del 2016 leggermente superiore a quello dell'anno precedente, del 0,3 per cento;
- **la distribuzione diretta dei farmaci di classe "A"** ha registrato nel 2016 una spesa di 106,1 milioni di euro, in incremento sia rispetto al consuntivo 2015, di 7 milioni di euro, corrispondenti al + 7,1 per cento ed in decremento rispetto al bilancio di previsione 2016 di 1,4 milioni di euro, pari al -1,4 per cento. Analizzando nel dettaglio le poste che costituiscono la distribuzione diretta dei farmaci di classe "A", l'incremento rilevato rispetto al valore del 2015 è determinato prevalentemente dall'incremento registrato nella "Distribuzione diretta tramite propri presidi", che rileva un incremento di 3,2 milioni di euro e dall'incremento nella "Distribuzione diretta classe A distribuiti solo dai propri presidi" che ha rilevato un incremento 3,9 milioni di euro;
- **la distribuzione diretta dei farmaci di classe "H"** ha registrato una spesa consuntiva 2016 di 72,8 milioni di euro, evidenziando un incremento sia rispetto al consuntivo 2015, di 860 mila euro, pari al 1,2 per cento, sia rispetto al bilancio di previsione 2015 di 691 mila euro, pari al +1 per cento. L'incremento rilevato è imputabile al normale trend di incremento registrato dai tali farmaci ad alto costo, distribuiti dalle strutture ospedaliere dell'ASUR ma in gran parte oggetto di prescrizione da parte dei medici ospedalieri dipendenti delle AA.OO.;
- **la spesa ospedaliera "pura"** ha registrato una spesa consuntiva 2016 di 58,6 milioni di euro in incremento rispetto al consuntivo 2015, di 2,6 milioni di euro, pari al 4,7 per cento, e in decremento rispetto al dato previsionale di 1.9 milioni di euro, pari al 3,5 per cento. Per quanto attiene all'incremento dei farmaci ospedalieri, esso risulta concentrato in particolari settori di attività.

Di seguito, si riporta la tabella della spesa farmaceutica ASUR anno 2016, suddivisa per spesa territoriale e spesa ospedaliera:

SPESA FARMACEUTICA			BILANCIO CONSUNTIVO 2015	BILANCIO PREVISIONE 2016	BILANCIO CONSUNTIVO 2016	Scostamento BILANCIO CONSUNTIVO 2016-2015		Scostamento BILANCIO CONSUNTIVO 2016 PREVISIONE 2015	
						VAR ASS	VAR %	VAR ASS	VAR %
TERRITORIALE	a	Farmaceutica convenzionata	246.120.052	242.964.640	243.019.023	-3.101.029	-1,30%	54.383	0,02%
	b=b1+b2+b3+b4	Distribuzione diretta classe "A"	99.091.454	107.644.077	106.149.284	7.057.830	7,10%	-1.494.794	-1,40%
	b1	di cui Distribuzione diretta tramite propri presidi	35.578.864	38.885.115	38.829.156	3.250.292	9,10%	-55.959	-0,10%
	b2	di cui Progetto Marche	48.258.262	48.949.010	48.893.914	635.652	1,30%	-55.096	-0,10%
	b3	di cui Progetto Ossigeno	5.828.316	5.398.996	5.092.857	-735.458	-12,60%	-306.138	-5,70%
	b4	di cui classe A distribuiti solo dai propri presidi	9.426.011	14.410.957	13.333.356	3.907.345	41,50%	-1.077.601	-7,50%
OSPEDALIERA	c	Distribuzione diretta classe "H"	71.988.390	72.160.799	72.852.519	864.129	1,20%	691.721	1,00%
	d	Farmaceutica ospedaliera "pura"	56.059.001	56.699.624	58.681.764	2.622.763	4,70%	1.982.141	3,50%
		di cui ossigeno per uso ospedaliero	674.289	628.652	581.929	-92.359	-13,70%	-46.723	-7,40%
	a	TOTALE FARMACEUTICA CONVENZIONATA	246.120.052	242.964.640	243.019.023	-3.101.029	-1,30%	54.383	0,02%
	b+c+d	TOTALE FARMACEUTICA OSPEDALIERA E DISTRIBUZIONE DIRETTA	227.138.845	236.504.500	237.683.568	10.544.723	4,60%	1.179.068	0,50%
	a+ b+c+d	TOTALE SPESA FARMACEUTICA	473.258.897	479.469.139	480.702.590	7.443.693	1,60%	1.233.451	0,30%

Valori in €

TERRITORIALE	345.211.505	350.608.717	349.168.307	3.956.801	1,10%	-1.440.410	-0,40%
OSPEDALIERA	128.047.391	128.860.422	131.534.284	3.486.892	2,70%	2.673.861	2,10%

Fonte: Relazione Direttore Generale ASUR al bilancio esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256 del 02/05/2017)

Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

Scostamento consuntivo 2016-2015 costi farmaceutica territoriale e ospedaliera per Area Vasta

SPESA FARMACEUTICA			Scostamento Consuntivo 2016-2015									
			AV1		AV2		AV3		AV4		AV5	
			VAR ASS	VAR %	VAR ASS	VAR %	VAR ASS	VAR %	VAR ASS	VAR %	VAR ASS	VAR %
TERRITORIALE	a	Farmaceutica convenzionata	-1.242.775	-2,3%	-1.464.424	-1,8%	-190.024	-0,4%	-237.416	-0,8%	33.609	0,1%
	b=b1+b2+b3+b4	Distribuzione diretta classe "A"	3.013.288	18,8%	2.017.876	7,1%	1.970.068	7,0%	560.598	3,7%	-504.000	-4,5%
	b1	di cui Distribuzione diretta tramite propri presidi	2.562.278	127,1%	-1.355.931	-23,0%	1.561.883	9,4%	400.765	4,8%	81.296	3,2%
	b2	di cui Progetto Marche	-81.996	-0,8%	9.832	0,1%	310.520	3,1%	320.930	6,3%	76.366	1,3%
	b3	di cui Progetto Ossigeno	-348.230	-29,2%	-227.230	-10,7%	43.335	5,1%	63.424	10,1%	-266.757	-25,6%
	b4	di cui classe A distribuiti solo dai propri presidi	881.236	35,0%	3.591.206	105,7%	54.330	8,8%	-224.521	-23,5%	-394.905	-20,4%
OSPEDALIERA	c	Distribuzione diretta classe "H"	-975.261	-8,0%	262.703	0,9%	599.292	8,7%	-604.649	-5,6%	1.582.044	12,0%
	d	Farmaceutica ospedaliera "pura"	-311.912	-7,1%	1.427.385	8,8%	91.345	0,5%	-84.603	-1,4%	1.500.548	14,9%
		di cui ossigeno per uso ospedaliero	-21.456	-7,8%	-	-	-	-	-	-	-70.904	-17,8%
	a	TOTALE FARMACEUTICA CONVENZIONATA	-1.242.775	-2,3%	-1.464.424	-1,8%	-190.024	-0,4%	-237.416	-0,8%	33.609	0,1%
	b+c+d	TOTALE FARMACEUTICA OSPEDALIERA E DISTRIBUZIONE DIRETTA	1.726.115	5,3%	3.707.965	5,0%	2.660.705	4,9%	-128.654	-0,4%	2.578.592	7,5%
	a+ b+c+d	TOTALE SPESA FARMACEUTICA	483.340	0,6%	2.243.540	1,4%	2.470.681	2,4%	-366.070	-0,6%	2.612.202	3,9%

Valori in €

TERRITORIALE	1.770.513	2,50%	553.452	0,5%	1.780.044	2,3%	323.182	0,70%	-470.390	-1,1%
OSPEDALIERA	-1.287.173	-7,8%	1.690.088	3,7%	690.637	2,7%	-689.252	-4,0%	3.082.592	13,2%

Fonte: Relazione Direttore Generale ASUR al bilancio esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256 del 02/05/2017)

Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

Dall'esame della tabella sopra riportata, si evince che, rispetto all'esercizio precedente:

- la spesa territoriale è aumentata dell'1,10 per cento, in termini percentuali, e di 3.956.801 euro, in termini assoluti;
- la spesa ospedaliera è aumentata del 2,70 per cento, in termini percentuali, e di 3.486.892 euro, in termini assoluti.

Mentre, la spesa convenzionata è diminuita dell'1,30 per cento, in termini percentuali, e di 3.101.029 euro, in termini assoluti.

Si rileva che la spesa per la distribuzione diretta dei farmaci, indicata dal Collegio Sindacale nel questionario sul rendiconto 2016, pari a 125.015.032 euro, risulta coincidente con il valore attestato nella Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016 (Allegato D alla determina ASUR n. 256/2017), che è pari a totale 176.025.504 euro, come evidenziato nella sotto riportata tabella.

Dettaglio acquisti di prodotti farmaceutici ed emoderivati – Nota integrativa ASUR

DETTAGLIO ACQUISTI DI BENI SANITARI PER TIPOLOGIA DI DISTRIBUZIONE	Distribuzione		TOTALE
	Diretta	Per conto	
Prodotti farmaceutici ed emoderivati:			
Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	125.015.032	53.986.771	179.001.803
Medicinali senza AIC	-	-	-
Emoderivati di produzione regionale	-	-	-
Prodotti dietetici	-	-	-
TOTALE	125.015.032	53.986.771	179.001.803

Fonte: Tabella 56 Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016 ASUR - (Allegato D alla determina n. 256 del 02/05/2017)

Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

In sede istruttoria, è stato rilevato, tuttavia, che il totale dei “Prodotti farmaceutici ed emoderivati” - voce BA0030 - del bilancio 2016 - Modello CE Ministeriale (Allegato A alla determina n. 256/2017), pari a 238.781.000 euro, non corrisponde a quello indicato nella Tabella 56 (Dettaglio acquisti di beni sanitari per tipologia di distribuzione) acclusa alla Nota Integrativa al bilancio 2016 (Allegato D alla determina n. 256/2017), che è pari a 179.001.803 euro, come da tabella sotto riportata.

CODICE	VOCE MODELLO CE MINISTERIALE	IMPORTO ANNO 2015
BA0030	B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	238.780.953
BA0040	B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	238.107.222
BA0050	B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC	673.731
BA0060	B.1.A.1.3) Emoderivati di produzione regionale	-

Valori in migliaia di euro

Fonte: CE Ministeriale – Allegato A al bilancio 2016 ASUR – determina n. 256/2017

Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

Nondimeno, l'importo indicato nella Nota Integrativa, sotto la colonna distribuzione "Diretta", che, come precisato dall'ASUR, con nota prot. n. 12085 del 21/04/2017, in risposta all'esito dell'istruttoria sul bilancio 2015⁷¹, è determinato dalla differenza tra le risultanze di contabilità di quel conto economico specifico ed il valore della distribuzione per conto, non risulterebbe corretto, come sotto evidenziato:

Codice BA0040 (Nota integrativa) = 238.107.222 euro (BA0040 CE Ministeriale) - 53.986.771 euro (distribuzione per conto) = 184.120.451 euro.

Inoltre, tale valore, dovrebbe essere comprensivo sia del valore della distribuzione diretta di farmaci di tipo territoriale, pari a euro 125.015.032, sia della spesa farmaceutica ospedaliera, pari a 58.681.764 euro (Tot. 183.696.796 euro).

Tale importo, infine, dovrebbe fare riferimento al valore di Acquisto di Medicinali con AIC e non al consumo, pertanto, nel confronto con il dato di consumo riportato nella relazione, andrebbe considerato il delta rimanenze, che, come sotto evidenziato, non risulterebbe coincidente.

BILANCIO CONSUNTIVO 2016

a) Spesa farmaceutica ospedaliera	58.681.764
b) Spesa per la distribuzione diretta	125.015.032
totale a+b	183.696.796
Rimanenze (delta)	1.178.885
totale acquisti	184.875.681

Sono stati richiesti, pertanto, chiarimenti in merito alla determinazione dei valori sopra esposti.

⁷¹ Cfr. Relazione al bilancio 2015 allegata alla deliberazione Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche – n. 57/2017/PRSS del 25/05/2017

167 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

Il Direttore Generale dell'ASUR, con nota prot. n. 10100 del 5 aprile 2018, ha confermato i dati esposti nella Tab. 56 della nota integrativa al bilancio d'esercizio 2016 ed ha precisato che, la valenza informativa della tabella, come si evince dal decreto Ministero della Salute 20/3/2013, è quella di evidenziare per tipologia il valore dei farmaci e di altri beni in distribuzione diretta e per conto, non di "quadrare" con quanto indicato nelle varie voci del modello CE Ministeriale (ad es. con la voce "BA0040 medicinali con AIC ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale"). Sulla base di questa lettura si sono modificate, rispetto al Bilancio d'esercizio 2015, le modalità di compilazione ritenendo che questa lettura fosse quella corretta. I valori indicati nella tab.56 della nota integrativa coincidono con i dati indicati nella pagina 25 del Questionario. Per quanto riguarda le rimanenze dei prodotti che possono essere usati in distribuzione diretta a livello di magazzino il prodotto e la relativa codificazione informatica è la stessa sia per uso in ambito ospedaliero sia come uso per distribuzione diretta. Per quanto riguarda la DPC in questo caso non vi sono rimanenze in quanto il costo di acquisto coincide con quanto distribuito.

2.10.4 Verifica raggiungimento obiettivi regionali in materia di spesa farmaceutica

La Regione Marche, con d.g.r.m. n. 1090 del 19/09/2016, nelle more dell'assegnazione del budget economico 2016, fermo restando l'autorizzazione alla gestione provvisoria dei bilanci preventivi economici per l'anno 2016 degli enti del SSR, di cui alla d.g.r.m. n. 1224/2015, ha ritenuto assegnare agli stessi obiettivi sanitari, come descritti nell'allegato A della medesima deliberazione, prevedendo, tra gli altri, il perseguimento di specifici obiettivi sulla spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, quali:

- l'aumento del consumo in termini di DDD dei farmaci a brevetto scaduto;
 - l'aumento dell'uso dei farmaci biosimilari nei pazienti naive;
 - la riduzione del consumo di antibiotici sul territorio,
- come da tabella sotto riportata.

Obiettivi sanitari enti SSR relativi all'assistenza farmaceutica anno 2016

ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU AN	Target AO MN	Target INRCA
Aumento uso farmaci di classe A con brevetto scaduto	OSMED ALFA	Consumo convenzionata	DDD farmaci con brevetto scaduto	DDT totale farmaci	Risultato anno 2015. 75,7%. Si richiede per l'anno 2016 un incremento del 2.5% che corrisponde ad un target del 77,5% (tutti gli enti devono contribuire al perseguimento dell'obiettivo)			
Aumento dell'uso dei farmaci biosimilari	ARS	Verifiche sull'uso del biosimilare nel paziente naive	PT di farmaci biosimilari prescritti ai pazienti naive	n° Tot. di PT prescritti ai pazienti naive	Produzione di un report contenente le seguenti informazioni: - N° tot. PT e % dei PT verificati (risultato atteso 100% PT verificati) - N° tot. PT naive - N° PT naive con prescrizione biosimilari (risultato atteso >=80%) - N° PT naive con prescrizione originator (risultato atteso non >20%) - Audit effettuati con i clinici sui naive con prescrizione di originator			
Consumo antibiotici sul territorio	OSMED AIFA	DDD/1000 abitanti die	DDD erogate	Popolazione pesata x 365 die	OBIETTIVO ASUR Risultato anno 2015 DDD/1000 abitanti DIE: 23. Si richiede per l'anno 2016 una riduzione del 5% che corrisponde ad un target di 22,5 DDD/1000 abitanti/die (tutti gli enti devono contribuire a perseguire obiettivo che ha ricadute sulla spesa farmaceutica territoriale)			

Fonte: Regione Marche – D.g.r.m. n. 1090 del 19/09/2016

Elaborazione: Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

Con successiva d.g.r.m. n. 1106 del 19/09/2016 sono stati approvati i criteri per l'anno 2016 relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori generali dell'ASUR, dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro, dell'INRCA e dal Direttore del DIRMT, contenuti negli allegati A e B della deliberazione.

In particolare, nell'allegato A, sono stati indicati i seguenti **stringenti obiettivi di razionalizzazione della spesa farmaceutica**:

- rispetto del tetto di spesa territoriale del 11,35 per cento del Fondo Sanitario Regionale nel 2016, partendo da uno sfioramento 2015 pari a 15 milioni;
- rispetto del tetto di spesa ospedaliera del 3,5 per cento del Fondo Sanitario Regionale nel 2016, partendo da uno sfioramento 2015 regionale pari a 51 milioni;

come sotto riportato nella tabella, individuati e valutati per singola azienda sanitaria:

Obiettivi sanitari ASUR anno 2016 relativi alla spesa farmaceutica

ASUR MARCHE				
OBIETTIVO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	FONTE DATI	PUNTI
Spesa farmaceutica territoriale	11,35% del Fondo Sanitario Regionale	Rispetto del tetto di spesa dell'11,35% del Fondo Sanitario Regionale	Report AIFA di monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale anno 2016	2
Spesa farmaceutica ospedaliera	3,50% del Fondo Sanitario Regionale	Rispetto del tetto di spesa del 3,50% del Fondo Sanitario Regionale	Report AIFA di monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale anno 2016	1,5

Fonte: Regione Marche - D.g.r.m. n. 1106 del 19/09/2016

Elaborazione: Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

Come già evidenziato in precedenza, con determina del Direttore Generale dell'ASUR n. 736 del 29/11/2016 è stato recepito il contenuto della citata d.g.r.m. n. 1090/2016, di assegnazione degli obiettivi sanitari per l'anno 2016 agli enti del Servizio Sanitario Regionale, come definiti nell'Allegato A alla medesima determina, nonché è stato modificato e sostituito, conseguentemente, l'Allegato 1 alla determina n. 412 del 11/07/2016, con la quale sono stati assegnati ai Direttori di Area Vasta, in via provvisoria, gli obiettivi sanitari anno 2016, con il nuovo Allegato A contenuto nella determina, tra cui l'obiettivo di rispetto del vincolo sul costo dei farmaci.

Con successiva determina del Direttore Generale dell'ASUR n. 769 del 21/12/2016 sono stati approvati i criteri di valutazione dei risultati di gestione conseguiti e della realizzazione degli obiettivi fissati per l'anno 2016 dai Direttori di Area Vasta, come riportati nell'Allegato 1 della determina, che, relativamente alla spesa farmaceutica, vengono qui di seguito riportati.

Criteri di valutazione Direttori di Area Vasta Definitivo Anno 2016							
SETTORE STRATEGICO	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	PESO DIRIGENZA	VALORE ATTESO	RANGE PUNTEGGIO	NOTE
Economico-finanziario	Rispetto del vincolo sul costo dei farmaci	Contenimento dei costi dei farmaci ospedalieri	COSTO DEI FARMACI OSPEDALIERI (Cod. 06,08,09,10,12,14,18,19)	2	<=2015	100%	Possibilità di derogare per i farmaci distribuiti per l'Epatiche C
		Contenimento della spesa farmaceutica convenzionata	SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA (Conto 0505040103)	2	Rispetto del valore programmato con il Piano di Rientro di Settembre 2016 AV1 53.486.135 euro AV2 78.712.923 euro AV3 48.060.532 euro AV4 27.420.838 euro AV5 29.976.208 euro	100% (scost <=0%) 75% (scost >0% e <=0,1% (^) 50% (scost >0,1% e <=0,2%) 30% (scost >0,2% e <=0,3%) 0% (scost <0,3%)	
		Potenziamento della distribuzione diretta	COSTO DEI FARMACI TERRITORIALI (Cod. 01,02,03,04,05,06bis,07,18bis Progetto Marche e Ossigeno)	1	>=3% rispetto al 2015	100% (scost >=0%) 75% (scost <0% e >=1%) 50% (scost <=1% e >=2%) 30% (scost <=2% e >=3%) 0% (scost >=3%)	

Fonte: Determina ASUR n. 769 del 21/12/2016

Elaborazione: Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

Il Direttore Generale, come riportato nella Relazione di accompagnamento al bilancio 2016 (Allegato E alla determina n. 256/2017), ha precisato che i risultati perseguiti nel corso dell'anno 2016, in merito al contenimento della spesa farmaceutica territoriale, sono stati positivi in termini di rispetto del Piano di rientro della spesa farmaceutica convenzionata previsto nel budget 2016 (scostamento di appena 54 mila euro); tale risultato è risultato ancora più evidente in considerazione dei maggiori costi indotti dalla d.g.r.m. n. 986 del 25/08/2016⁷² e successiva d.g.r.m. n. 1340 del 03/11/2016⁷³ che hanno introdotto l'esenzione sui farmaci per i residenti nei comuni del cratere (compresi farmaci di fascia C).

Nella tabella di seguito riportata, è rappresentato il grado di raggiungimento degli obiettivi di spesa farmaceutica per l'anno 2016, come indicato nella Relazione del Direttore Generale.

⁷² Cfr. d.g.r.m. n. 986 del 25/08/2016 "Interventi straordinari in materia sanitaria a seguito dell'evento sismico del 24/08/2016".

⁷³ Cfr. d.g.r.m. n. 1340 del 03/11/2016 "D.g.r. 986 del 25/08/2016 "Interventi straordinari in materia sanitaria a seguito dell'evento sismico del 24/08/2016". Integrazione a seguito dell'ulteriore evento sismico del 26/10/2016".

171 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

N. Indicatore	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione	ASUR Valore Numeratore 2016	ASUR Valore Denominatore 2016	ASUR Valore Indicatore 2016	Asur Valore atteso 2016	%	NOTE
89	Contenimento spesa farmaceutica territoriale convenzionata	Rispetto del valore programmato nel Piano di rientro 2016	(Spesa farmaceutica territoriale convenzionata netta 2016 da Piano di Rientro - Spesa farmaceutica territoriale convenzionata netta 2016 consuntiva)	Spesa farmaceutica territoriale 2016 da Piano di Rientro	54.317	243.029.035	0,02%	< = 0%		Dato l'importo esiguo si deve intendere raggiunto
90	Attivazione monitoraggio prescrizioni nella farmaceutica convenzionata (DGR 140/2009)	Produzione di documentazione attestante lo svolgimento: a. dell'analisi dei comportamenti prescrittivi dei MMG/PLS, specialmente sui farmaci che determinano incrementi della spesa e dei consumi; b. del controllo sul rispetto delle note AIFA, delle indicazioni nelle schede tecniche dei farmaci e dei piani terapeutici; c. della progettazione ed attuazione di azioni correttive; d. dell'applicazione di eventuali sanzioni.	Relazione inviata al Direttore Generale ASUR	Relazione inviata al Direttore Generale ASUR				le azioni sono state implementate		
91.1	Contenimento spesa farmaceutica territoriale convenzionata	DDD farmaci a brevetto scaduto	DDD Totale farmaci	Totale DDD farmaci	453.701.910	596.281.165	76,10%			Risultato anno 2015 75,7%. Si richiede per l'anno 2016 un incremento del 2,5% che corrisponde ad un target del 77,5% (tutti gli enti devono contribuire al perseguimento dell'obiettivo che ha riguardato sia sulla spesa farmaceutica territoriale)
91.2	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Statine: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta statine (ACT4 0AA)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	16.439.548	1.543.752	10,65	≤ 9		
91.3	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Sostanze modificatrici dei lipidi: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta sostanze modificatrici dei lipidi (ATC5 C10BA02 + C10AX09)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	8.303.024	1.543.752	5,38	≤ 3		
91.4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Inibitori di pompa acida: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta inibitori di pompa acida (A1134 A02BC)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	20.023.202	1.543.752	12,97	≤ 10		
91.5	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Inibitori di pompa acida: % Pazienti trattati rispetto ai residenti	Pazienti residenti con prescrizioni di farmaci inibitori di pompa acida (ATC4 A02BC)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	310.345	1.543.752	20%	≤ 17%		
91.6	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	% DDD Sartani associati e non su totale DDD sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	DDD Sartani associati e non (ATC4 C09CA + C09DA)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	57.774.026	119.933.781	48%	≤ 40%		
91.7	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Sartani non associati: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta sartani non associati (ATC4 C09CA)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	8.326.602	1.543.752	5,39	≤ 5		
91.8	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Sartani associati: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta sartani associati (ATC4 C09DA)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	7.720.647	1.543.752	5,00	≤ 6		
91.9	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Adrenergici respiratori: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta adrenergici respiratori (ATC4 R03AK)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	12.262.274	1.543.752	7,94	≤ 6		
92	Utilizzo PTO di AV (DRG 1696/2012)	% Controlli a campione sulle schede di dimissione per verificare la presenza nella prescrizione nel PTO di AV dei farmaci prescritti (percentuale massima 20%)	Controlli a campione effettuati su cartelle cliniche per verifica della presenza nel PTO di AV dei farmaci prescritti	Totale cartelle cliniche	2.261	47.795	5%	≥ 3%		Dato rilevato da 3 AAVV su 5
95	Utilizzo farmaci biosimilari	Incremento del 10% dell'utilizzo dei farmaci biosimilari rispetto all'anno 2013	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica	503.988	230.722	118%	Incremento 10%		
96	Appropriatezza prescrittiva farmaci biologici in ambito reumatologico, gastroenterologico e dermatologico	Produzione di documentazione attestante: a. la compilazione da parte dei centri prescrittori di una scheda di monitoraggio / piano terapeutico; b. la cartologazione da parte dei servizi farmaceutici delle schede di monitoraggio / piani terapeutici; c. l'erogazione del farmaco esclusivamente in presenza della scheda di monitoraggio / piano terapeutico.	Relazione inviata alla Direzione Generale ASUR	Relazione inviata alla Direzione Generale ASUR			SI	SI / NO		
97	Monitoraggio dei farmaci ad alto costo	Produzione di documentazione attestante il monitoraggio trimestrale dei consumi dei farmaci ad alto costo e l'elaborazione di possibili interventi correttivi nel caso di rilevamento di sostanziali anomalie nei consumi	Relazione inviata alla Direzione Generale ASUR	Relazione inviata alla Direzione Generale ASUR			SI	SI / NO		
98	Recupero rimborsi per farmaci soggetti a risk sharing, cost sharing, payment by result e success fee	Produzione di documentazione attestante la definizione del processo organizzativo che permetta il corretto e completo recupero dei rimborsi per gli anni 2012 e 2013 delle specialità medicinali sottoposte a monitoraggio dall'AIFA					100%	100%		
99	Farmaci oncologici	Produzione di documentazione attestante il completamento delle centralizzazioni dei laboratori di allestimento delle terapie oncologiche	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore			FATTO	Documentazione attestante la centralizzazione		
100.1	Potenziamento della farmaceutica in distribuzione diretta	Incremento consumi farmaceutica in distribuzione diretta rispetto ai consumi rendicontati nel 2015	Spesa farmaceutica in distribuzione diretta 2016 - Spesa farmaceutica in distribuzione diretta 2015	Spesa farmaceutica in distribuzione diretta	8.144.451	125.273.761	6,50%	>=0%		
100.2	Potenziamento della farmaceutica in distribuzione diretta	Produzione di documentazione attestante: a. la realizzazione di incontri con i medici delle U.O.O. per la definizione dei principi attivi (specialmente a brevetto scaduto) erogabili e dei corretti percorsi assistenziali; b. l'incentivazione delle collaborazioni tra medici delle U.O.O. e farmacisti; c. la realizzazione di una programmazione delle dimissioni e delle visite specialistiche per l'ottimizzazione degli accessi degli utenti alle farmacie; d. la predisposizione di un prontuario delle case di riposo al quale i medici prescrittori dovranno attenersi; e. l'implementazione delle risorse umane per il corretto adempimento delle attività sovaccitate.	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica			FATTO	Relazione		
180	Potenziamento della farmaceutica in distribuzione diretta	Implementazione distribuzione diretta presso le Aziende Ospedaliere tramite integrazione di supporto del Servizio Farmaceutico di AV (solo AV1 e AV2)					solo AV1	incremento almeno pari al 30% nell'ultimo trimestre 2016 rispetto allo stesso periodo 2015		
207	Utilizzo farmaci biosimilari	Verifiche sull'uso del biosimilare nel paziente naive	N° PT di farmaci biosimilari prescritti ai pazienti naive	N° totale di PT prescritti ai pazienti naive			n.d.	Produzione di un report contenente le seguenti informazioni: - N° tot PT e % dei PT verificati (risultato atteso 100% dei PT verificati) - N° tot PT naive - N° PT naive con prescrizione biosimilari (risultato atteso almeno 80%) - N° PT naive con prescrizione originator (risultato atteso non >20%) - Audit effettuati con i clinici sui naive con prescrizione di originator		
208	Consumo antibiotici sul territorio	DDD/1000 abitanti die	DDD erogate	Popolazione pesata x 365 die	12.938.496	563.469.480	22,96	22,5 DDD/1000		

Legenda:
 obiettivo raggiunto
 obiettivo non raggiunto
 obiettivo raggiunto al 50%

Fonte: Relazione Direttore Generale ASUR al bilancio esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256 del 02/05/2017)

Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

172 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

Si evidenzia che, in merito alla valutazione degli obiettivi sanitari ed economici, come già specificato in sede di parificazione del rendiconto 2015 della Regione Marche (vd. deliberazione della Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche – n. 157/2016/PARI del 30/11/2016), per la verifica dei risultati conseguiti dai Direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale, la Giunta Regionale si avvale del supporto del Comitato di controllo interno e di valutazione, integrato con il Dirigente della Sanità, ai sensi dell'art. 3, comma 2, lett. p) bis, della legge regionale 20 giugno 2003, n. 13.

Inoltre, le procedure di valutazione sono correlate alla definizione degli adempimenti del Tavolo LEA, i cui esiti per alcune verifiche intervengono dopo un biennio dalla chiusura del bilancio di esercizio delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale.

In sede istruttoria, tuttavia, è stato richiesto alla Regione di relazionare in merito allo stato di valutazione degli obiettivi di cui alle sopra citate d.g.r.m. n. 1090/2016 e d.g.r.m. n. 1106/2016, nonché sull'esito della valutazione degli obiettivi anno 2015, di cui alla d.g.r.m. n. 666 del 07/08/2015.

La Regione Marche, con nota prot. n. 379073 del 5 aprile 2018, ha attestato che, relativamente alla valutazione dei risultati conseguiti dalle Direzioni generali nell'anno 2015, sulla base dei criteri fissati nella d.g.r.m. n. 666 del 07/08/2015, il COCIV, integrato dal dirigente del Servizio Sanità, ha concluso l'istruttoria per la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi ai sensi dell'art. 3 bis) della l.r. n. 13/2003 e che è in corso di formalizzazione la proposta di deliberazione da sottoporre alla Giunta Regionale.

Con la medesima nota, la Regione ha precisato che, relativamente alla valutazione dei risultati conseguiti dalle Direzioni Generali nell'anno 2016, il MEF, in data 23 febbraio 2018, ha trasmesso formalmente l'esito della verifica degli adempimenti sanitari ed economici e, con nota del 5 marzo 2018, è stato avviato il procedimento per la valutazione. Al riguardo, la Regione ha rilevato che i bilanci di esercizio dell'anno 2016 degli enti del SSR sono stati approvati nel periodo giugno-settembre 2017 e che gli enti non hanno ancora inviato le relazioni per la rendicontazione previsti dalla d.g.r.m. n. 1106/2016 (ad eccezione dell'A.O.U. Ospedali Riuniti).

2.10.5 Misure di controllo dell'appropriatezza prescrittiva in ambito territoriale ed in ambito ospedaliero

Una prescrizione farmacologica può essere considerata appropriata se effettuata all'interno delle indicazioni cliniche per le quali il farmaco è stato dimostrato essere efficace e, più in generale, all'interno delle indicazioni d'uso (dose e durata del trattamento).

Generalmente, l'appropriatezza è valutata mediante l'analisi della variabilità prescrittiva e/o dell'aderenza delle modalità prescrittive a standard predefiniti.

A livello centrale, l'AIFA ha sviluppato quattro strumenti di governo dell'appropriatezza prescrittiva⁷⁴:

⁷⁴ Fonte: AIFA – Rapporto Nazionale 2015 “L'uso dei Farmaci in Italia”

Le Note AIFA definiscono la rimborsabilità di alcuni medicinali, rappresentano lo strumento regolatorio volto a garantire un uso appropriato dei medicinali, indirizzando l'attività prescrittiva dei medici sulla base delle migliori prove di efficacia presenti in letteratura. La revisione periodica delle Note rende tale strumento più rispondente alle nuove evidenze scientifiche e, soprattutto, flessibile alle necessità della pratica medica quotidiana sul territorio nazionale.

Le modifiche sono dirette ad una gestione più semplice e diretta del paziente da parte del medico, ad una migliore corrispondenza tra indicazioni di provata efficacia e quelle cui è ammesso il rimborso a totale carico del SSN e alla prevenzione dell'uso improprio o del rischio significativo solo per uno o più gruppi di popolazione.

I Piani Terapeutici sono strumenti normativi nati con l'obiettivo di assicurare l'appropriatezza d'impiego dei farmaci, orientando, in alcuni casi, le scelte terapeutiche a favore di molecole più efficaci e sperimentate e volti a definire con precisione le condizioni cliniche per le quali i farmaci sono a carico del SSN, limitando, in maniera vincolante, la rimborsabilità di questi farmaci alle indicazioni registrate riportate nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP). La compilazione del Piano Terapeutico, da parte del medico prescrittore, è obbligatoria quando disposta dall'AIFA nell'ambito dell'autorizzazione di un medicinale per il quale si sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- è indicato nel trattamento di patologie severe, di gestione specialistica, generalmente ad elevato impatto economico;
- è un medicinale di recente immissione in commercio;
- è indicato per condizioni cliniche nell'ambito delle quali si profila come trattamento di “seconda linea”;
- è un medicinale per il quale è necessario un attento monitoraggio del profilo beneficio/rischio.

Il Piano Terapeutico ha una duplice valenza di indirizzo e autorizzazione alla prescrizione per il medico di medicina generale e di strumento di controllo di medicinali caratterizzati da diverse criticità per le Aziende sanitarie per le implicazioni assistenziali ed economiche che conseguirebbero al loro impiego eventualmente inappropriato. Per questo motivo il Piano Terapeutico deve essere compilato correttamente in tutte le sue parti (comprese la sezione relativa ai dati anagrafici del paziente e quella preposta ad accogliere il timbro e la firma dello specialista che deve essere chiaramente identificabile) e deve riportare scrupolosamente le indicazioni delle Note AIFA, le indicazioni registrate per ciascun farmaco nonché i protocolli terapeutici individuati dalle Regioni.

Nel 2013 l'Agenzia ha sviluppato i primi Piani Terapeutici web-based per i quali si rimanda il medico prescrittore ad una compilazione informatizzata che risulta più efficace, sul versante del monitoraggio continuo, rispetto ai piani terapeutici cartacei.

I Registri dei farmaci sottoposti a monitoraggio rappresentano uno strumento avanzato di governo dell'appropriatezza prescrittiva sviluppato dall'Agenzia Italiana del Farmaco a partire dal 2005.

Generalmente i medicinali sono inseriti nei Registri immediatamente dopo la loro autorizzazione all'immissione in commercio, oppure dopo l'autorizzazione di un'estensione delle indicazioni terapeutiche. Attraverso i Registri vengono monitorati anche i medicinali rimborsati dal SSN ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648. Nel corso degli anni tale approccio è stato esteso a molteplici aree terapeutiche, laddove fosse ritenuta prioritaria dagli organismi decisionali dell'Agenzia una verifica dell'appropriatezza prescrittiva e della coerenza tra la spesa farmaceutica attesa dal percorso di definizione del prezzo e della rimborsabilità e la spesa, poi, effettivamente osservata in seguito all'immissione in commercio del medicinale soggetto a monitoraggio. Tuttavia, nel tempo, l'impostazione dei Registri AIFA ha subito un'evoluzione in funzione delle diverse opzioni informatiche e della tipologia dei medicinali autorizzati. Attualmente i Registri AIFA sono una realtà consolidata e dal 2012 sono entrati ufficialmente a far parte del Sistema Informativo del Servizio Sanitario Nazionale (art.15, comma 10, del d.l. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, nella legge 7 agosto 2012, n. 135).

174 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

- 1) le Note AIFA, che definiscono il regime di rimborsabilità di alcuni farmaci e indirizzano l'attività prescrittiva dei medici sulla base di indicazioni terapeutiche con efficacia dimostrata;
- 2) i tetti di spesa per singole specialità medicinali o per classi terapeutiche sottoscritti nell'ambito degli accordi negoziali (*Managed Entry Agreements*) con le aziende farmaceutiche;
- 3) i Piani Terapeutici, che definiscono le condizioni cliniche per le quali il farmaco è a carico del SSN e limitano il rimborso alle indicazioni terapeutiche registrate;
- 4) i Registri di monitoraggio, che seguono l'eleggibilità dei pazienti a un trattamento e ne seguono il percorso terapeutico in accordo con le indicazioni approvate.

I Registri AIFA, oltre a riguardare diverse aree terapeutiche e specialistiche, intervengono nell'organizzazione dell'assistenza farmaceutica, coinvolgendo: l'azienda farmaceutica, i medici prescrittori, i farmacisti che dispensano il medicinale e le regioni che lo erogano a carico del SSN.

I Registri AIFA consentono di passare da un'impostazione statica di erogazione del medicinale a carico del SSN, basata su evidenze formalizzate, ad una dinamica, in funzione dei risultati clinici effettivamente conseguibili nella pratica clinica quotidiana. Tale esigenza è tanto più prioritaria nel contesto regolatorio quanto più l'oggetto della valutazione sia un medicinale di recente autorizzazione, il cui rapporto beneficio/rischio, per quanto positivo, non sia del tutto definito o possa sensibilmente mutare in funzione delle sue modalità d'impiego; mentre, nel caso di autorizzazione di un'estensione dell'indicazione terapeutica di un medicinale già commercializzato, i Registri consentono di garantire che l'uso del medicinale sia strettamente conforme alla nuova indicazione. La maggior parte dei medicinali inseriti nei Registri AIFA proviene da una autorizzazione centralizzata (spesso accelerata e/o condizionata) e riguarda soprattutto farmaci biologici e/o ad alto costo per il SSN. Di conseguenza, l'esigenza di garantire un accesso rapido a medicinali potenzialmente prioritari per la tutela della salute deve essere necessariamente temperata da strategie di rimborsabilità che consentano al SSN di non disperdere le limitate risorse economiche a sua disposizione, soprattutto nel caso di medicinali con costi marginali molto alti.

L'istituzione e l'implementazione di un Registro prevedono, in primis, l'individuazione di indicatori specifici di predittività della risposta al trattamento, consentendo una delimitazione efficiente di sottopopolazioni di pazienti che possano ottenere il massimo beneficio dal medicinale. La selezione dell'indicatore e la sua parametrizzazione rispetto all'esito del trattamento sono un percorso svolto nell'ambito delle Commissioni AIFA (CTS e CPR), congiuntamente alle valutazioni delle implicazioni economiche connesse all'autorizzazione del medicinale. Successivamente, le Commissioni conferiscono il mandato all'Unità Registri per il "monitoraggio del protocollo dei farmaci" di comporre e validare la scheda di monitoraggio del medicinale. La scheda, successivamente compilata dagli operatori sanitari coinvolti, attraverso una modalità web-based, è finalizzata a garantire non solo l'appropriatezza prescrittiva, ma anche l'applicazione dei termini fissati negli accordi negoziali sottoscritti tra azienda farmaceutica e AIFA (*Managed Entry Agreements* (MEAs)). L'AIFA è il primo ente regolatorio al mondo ad aver fornito un'applicazione avanzata, nell'ambito dei MEAs, dei diversi modelli di rimborsabilità condizionata. Questi sono distinguibili, in base ad una tassonomia internazionale¹, in due principali categorie:

- a) accordi di condivisione del rischio basati sull'outcome (*Performance-Based Risk sharing schemes*);
- b) accordi di carattere prettamente finanziario (*Financial based schemes*).

Nella prima categoria rientrano gli accordi di *Payment by result* (PbR), *Risk sharing* (RS) e *Success fee* (SF), mentre nella seconda sono compresi gli accordi di *Cost sharing* (CS) e di *Capping*.

Il CS prevede uno sconto sul prezzo dei primi cicli di terapia per tutti i pazienti eleggibili al trattamento, così come individuati dal Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto. Il CS, generalmente, si adotta quando vi sono dati più certi sull'efficacia e sulla sicurezza del medicinale. Il modello di *Risk-Sharing*, rispetto al CS, prevede uno sconto che si applica esclusivamente ai pazienti non rispondenti al trattamento. Il modello di PbR, invece, estende le modalità del RS prevedendo un rimborso totale da parte dell'azienda farmaceutica di tutti i pazienti che non rispondono al trattamento (*payback* da parte delle aziende farmaceutiche del 100% dei fallimenti terapeutici). Solitamente si fa ricorso al PbR nel caso di medicinali il cui rapporto beneficio/rischio presenti un grado di incertezza maggiore e richieda una definizione della mancata risposta sulla base delle evidenze disponibili dai trial clinici registrativi. Il SF prevede che il SSN ottenga il medicinale dall'azienda titolare inizialmente a titolo gratuito e, successivamente, alla valutazione della risposta al trattamento, esclusivamente nei casi di successo terapeutico, provveda a remunerare le corrispondenti confezioni dispensate. L'accordo denominato *Capping* prevede che sia posta a carico dell'azienda farmaceutica l'erogazione del farmaco al superamento delle quantità stabilite dall'accordo negoziale.

A partire dal 1 gennaio 2013, i Registri di Monitoraggio sono entrati nella fase attuativa del nuovo sistema informativo dell'AIFA.

Al fine di ottenere una misura dell'appropriatezza d'uso dei farmaci, l'AIFA ha recentemente definito una serie di indicatori in grado di evidenziare le buone pratiche prescrittive del medico, il consumo dei farmaci e l'aderenza alla terapia prescritta.

A livello aziendale, lo strumento fondamentale, atto ad ottimizzare la gestione dei farmaci e di uniformare il comportamento delle singole Commissioni Terapeutiche periferiche⁷⁵, preposte al controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed al governo della spesa farmaceutica, è il Prontuario Terapeutico Ospedale - Territorio Regionale (PTOR), che costituisce l'elenco dei principi attivi che sono abitualmente disponibili all'interno degli Ospedali.

La gestione del PTOR rientra nelle politiche volte a favorire l'utilizzo appropriato dei farmaci in un'ottica di governo della spesa farmaceutica complessiva e di contenimento dei costi, garantendo al contempo un'omogenea ed adeguata assistenza terapeutica su tutto il territorio regionale.

Inoltre, secondo quanto previsto dalla legge 8 novembre 2012, n. 189:

- per garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (art. 10, comma 2), le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sono tenute ad assicurare l'immediata disponibilità agli assistiti dei medicinali a carico del Servizio Sanitario Nazionale erogati attraverso gli Ospedali e le Aziende sanitarie locali che, a giudizio della commissione tecnico-scientifica dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), possiedano, alla luce dei criteri predefiniti dalla medesima commissione, il requisito dell'innovatività terapeutica;
- per soddisfare gli adempimenti ministeriali a garanzia dei LEA (art. 10, comma 5), le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono tenute ad aggiornare, con periodicità almeno semestrale, i Prontuari Terapeutici Ospedalieri e a trasmetterne copia all'AIFA.

Si rileva che gli aggiornamenti del Prontuario Terapeutico Ospedale - Territorio (PTOR), rispetto alle precedenti versioni, sono stati apportati dalla Commissione Regionale per l'Appropriatezza Terapeutica (CRAT) ed approvati dalla Giunta regionale con le sotto riportate deliberazioni:

- D.g.r.m. n. 252 del 25/03/2016 - XI edizione aggiornata al I trimestre 2016;

⁷⁵ Con d.g.r.m. n. 884 del 21/07/2014, sono stati rimodulati/disciplinati in un unico atto i ruoli delle Commissioni Terapeutiche preposte al controllo dell'appropriatezza prescrittiva, al governo della spesa farmaceutica e alla definizione del Prontuario Terapeutico Ospedale - Territorio (PTOR) e dei Prontuari Terapeutici di Area Vasta (PTOAV) della Regione Marche per la valutazione dei farmaci che governano l'appropriato utilizzo e accesso alle terapie farmacologiche, organizzandole su due livelli, uno regionale, rappresentato dalla sola Commissione Regionale per l'Appropriatezza Terapeutica (CRAT) ed uno locale, rappresentato dalle Commissioni Terapeutiche di Area Vasta (CTAV), secondo le disposizioni, di cui all'Allegato A dell'atto, che apportano modifiche sugli aspetti riguardanti, la composizione, la modalità di nomina, la durata, le competenze ed il funzionamento.

Con successiva d.g.r.m. n. 1062 del 22/09/2014 è stata modificata ed integrata la composizione della Commissione Regionale per l'Appropriatezza Terapeutica (CRAT), di cui alla citata d.g.r.m. n. 884/2014, inserendo un medico specialista in Medicina interna ed un medico specialista in Geriatria.

176 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

- D.g.r.m. n. 807 del 25/07/2016 - XII edizione aggiornata al II trimestre 2016;
- D.g.r.m. n. 1154 del 03/10/2016 - XIII edizione aggiornata al III trimestre 2016;
- D.g.r.m. n. 1 del 09/01/2017 - XIV edizione aggiornata al IV trimestre 2016.

Mentre, le disposizioni relative alla promozione dell'appropriatezza e della razionalizzazione d'uso dei farmaci e dei dispositivi medici e del relativo monitoraggio, sono state approvate con la più volte citata d.g.r.m. n. 974/2014.

Si evidenzia che, come previsto dalla d.g.r.m. n. 974/2014, in caso di mancato rispetto delle direttive e delle altre norme di carattere sia nazionale sia regionale, in tema di spesa farmaceutica, ha previsto sanzioni a livello territoriale a MMG e PLS (Medici Medicina Generale e Pediatri Libera Scelta), con l'applicazione delle azioni previste dalla d.g.r.m. n. 140/2009⁷⁶.

⁷⁶ D.g.r.m. n. 140 del 02/02/2009 - Allegato "A" - Spesa farmaceutica territoriale: atto di indirizzo alle Aziende sanitarie e all'Inrca - "Al fine di consentire un adeguato governo della spesa farmaceutica, oltre le azioni poste in essere per la spesa ospedaliera di cui alla d.g.r. 1807/2008, si attiva un percorso per il monitoraggio della prescrizione farmaceutica territoriale tramite adeguati strumenti che affrontano la tematica nel suo complesso e si sostanziano nelle azioni di Attivazione del sistema dell'appropriatezza, così come configurato nella d.g.r. 751/07, Accordo Integrativo Regionale Marche.

Soggetti Coinvolti:

- a. Medici delle cure primarie e Direttori di distretto;
- b. Medici prescrittori delle altre strutture.

Organismi coinvolti:

1. Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) e Pool di monitoraggio (art. 25 comma 4 e art. 27, comma 5 dell'ACN)
2. Unità Valutativa Distrettuale
3. Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza (ORA)

Compiti degli organismi coinvolti:

A - Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD)

1. L'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) è l'organismo individuato dall'art. 3 sexies, Dlgs 502/92 e successive modifiche e integrazioni che comprende tutte le figure operanti nel Distretto.

B - Pool di Monitoraggio

Nel rispetto dei principi di unitarietà e di intersettorialità del "Programma delle attività distrettuali", il Direttore del Distretto e i suoi collaboratori, sono coadiuvati, per il monitoraggio delle iniziative previste dal Programma stesso concernenti la medicina generale, dal medico di medicina generale Membro di Diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali e da due rappresentanti dei medici di medicina generale eletti tra quelli operanti nel distretto,

1. Tale organismo definito "Pool di Monitoraggio" assolve a due funzioni:
 - a. monitoraggio delle iniziative previste dal Programma delle Attività Distrettuali per la parte inerente la medicina generale;
 - b. monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva secondo quanto disposto dall'art. 25 comma 5 lettera b) dell'ACN.
2. In particolare sono oggetto del monitoraggio:
 - a. l'andamento, per la parte concernente la medicina generale e indicata nell'art. 25, commi 2 e 3 dell'ACN, dell'attuazione del Programma delle attività distrettuali e della gestione delle relative risorse;
 - b. l'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra medicina generale e medicina specialistica, ambulatoriale e ospedaliera, in riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note dell'AIFA, anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali.
3. L'organismo di cui sopra nella sua funzione ordinaria assume iniziative per la promozione di momenti di verifica e revisione di qualità, di conferenze di consenso e per l'applicazione nel distretto dei programmi di attività finalizzata al rispetto dei livelli di spesa programmati, come concordati ai sensi dell'art. 14, comma 6 dell'ACN e di cui all'art. 59 comma 15 e seguenti dell'ACN.
4. Le Zone Territoriali assicurano la predisposizione di appropriati ed effettivi strumenti di informazione per garantire trasparenza all'attuazione di quanto previsto dal presente articolo, attraverso un costante e regolare flusso di dati sul livello centrale (ASUR) integrando i dati forniti dai Medici di Medicina Generale mediante l'informatizzazione, secondo un approccio per problemi.
5. Sarà compito degli UCAD e dei Pool di Monitoraggio informare le articolazioni territoriali del Comitato Aziendale e lo stesso Comitato Regionale di quanto di rispettiva competenza. Qualora le Zone Territoriali rilevino comportamenti prescrittivi del medico

di medicina generale ritenuti non conformi alle norme sopra evidenziate, sottopongono il caso all'organismo individuato dal presente articolo, ovvero la valutazione dei comportamenti prescrittivi dei MMG.

6. In questo caso la composizione di detto organismo è integrata dal Responsabile del servizio farmaceutico o suo delegato e da un Medico individuato dal Direttore Sanitario dell'ASUR, deputati a verificare, ai sensi dell'art. 27, comma 5 dell'ACN, l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali.

7. L'organismo suddetto, ai sensi dell'art. 27, comma 6 dell'ACN, esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, tenendo conto dei seguenti principi:

- a. l'ipotesi di irregolarità deve essere contestata al medico per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni, per le eventuali controdeduzioni e/o la richiesta di essere ascoltato;
 - b. il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il medico interessato, è comunicato al Direttore di Zona per i provvedimenti di competenza e al medico interessato.
8. La prescrizione farmaceutica è valutata tenendo conto dei seguenti elementi:
- a. sia oggetto di occasionale, e non ripetuta, inosservanza delle norme prescrittive dovuta ad errore scusabile;
 - b. sia stata determinata da un eccezionale stato di necessità attuale al momento della prescrizione, con pericolo di danno grave alla vita o all'integrità della persona che non possa essere evitato con il ricorso alle competenti strutture o servizi del SSN;
 - c. sia stata determinata dalla novità del farmaco prescritto e/o dalla novità della nota AIFA, o di altra legittima norma, e, comunque, per un periodo non superiore a 30 giorni dalla immissione alla vendita, dall'emanazione ufficiale della nota AIFA o di altra legittima norma.

C - Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza (ORA)

Compiti dell'Osservatorio sono:

- Individuazione degli strumenti, delle metodologie e degli indicatori per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza pertinenti per la medicina generale e individuati a livello regionale, perseguibili anche attraverso il presente Accordo;
- Individuazione di linee guida per assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalle Aziende per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza (ASUR e Ospedali), nonché gli adempimenti di cui all'art. 1, comma 179 legge finanziaria 2005 n. 311 e art. 7 della Intesa Stato-regioni n. 2271 del 23/03/2005;
- Individuazione di linee guida di priorità in merito ad iniziative di educazione sanitaria e promozione della salute, e di prevenzione individuale e su gruppi di popolazione;
- Definizione ed individuazione delle modalità per l'armonizzazione delle attività di medicina generale, limitatamente all'appropriatezza, assicurate dalle diverse Aziende;
- Proposte progettuali di formazione di corsi sull'appropriatezza, indirizzati a tutti i medici componenti gli UCAD.
- Attivazione di Commissioni paritetiche ai sensi dell'art. 49 comma 7 dell'ACN di confronto MMG/Medici Specialisti con le strutture ospedaliere volte ad elaborare, criteri-orientativi, linee-guida, o quant'altro necessario su argomenti i cui tassi di inappropriatezza risultino elevati a motivo di un eccessivo consumo di risorse.

Nell'espletamento dei suddetti compiti l'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza potrà avvalersi del supporto tecnico scientifico dei gruppi di lavoro già esistenti e delle strutture dell'ARS.

All'interno della d.g.r. 751/07 venivano individuati gli obiettivi di sistema da condividere con tutte le categorie di operatori e venivano riportati nel seguente modo:

Gli obiettivi prioritari di sistema, da perseguire congiuntamente con la direzione del Servizio Salute, per tutte le categorie mediche della Regione, sono sintetizzati come segue:

- riduzione della spesa farmaceutica per cinque categorie di farmaci a maggior costo rispetto alla media regionale o della zona più virtuosa;
- riduzione dei ricoveri prevenibili di una quota del differenziale tra la performance della zona e la best performance regionale su base annuale con fattore correttivo legato alla presenza di lungodegenza e residenzialità;
- implementazione di percorsi diagnostico terapeutici, concordati con le figure specialistiche coinvolte, nei 5 test diagnostici con più lungo tempo di attesa;
- partecipazione ai programmi di prevenzione oncologica di cui agli allegati F1, F2, F3 del presente Accordo;
- partecipazione e collaborazione al governo della mobilità passiva e del ricorso alle strutture private sia nell'area di ricovero che nell'assistenza residenziale.

Metodologia applicata

- 1) Attivazione del Pool di monitoraggio comprensivo della componente del servizio farmaceutico territoriale e ospedaliero sulla base della composizione derivata dalla d.g.r. 751/07 e conseguenti atti attuativi;
- 2) Convocazione dell'Articolazione Zonale del Comitato Aziendale entro 20 giorni dalla pubblicazione della presente DGR con i seguenti punti all'ordine del giorno:
 - Definizione degli obiettivi di monitoraggio e del format del report mensile delle prescrizioni sulla base del report mensile delle prescrizioni farmaceutiche e degli altri flussi sulle prescrizioni;
 - Definizione del percorso e degli indicatori da utilizzare prendendo come riferimento gli indicatori presenti nella delibera di budget 2008 e quelli riportati nella presente DGR quali obiettivi generali del SSR;
 - Costruzione del report mensile di monitoraggio da ritornare ai prescrittori;

178 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

In particolare, si rileva che:

1. ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale Medici di Medicina Generale (ACN) del 23 marzo 2005, art. 27 “*Appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse*”⁷⁷, il Medico di Medicina Generale (MMG) concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel SSN, ad assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse assegnate;
2. la d.g.r.m. n. 140/2009 ha previsto la costituzione, per area distrettuale, del Pool di monitoraggio e, ove non costituiti, ha disposto di provvedere alla loro istituzione e, nelle more dell'individuazione dei componenti dell'ORA (Osservatorio Regionale Appropriatezza), di dare mandato ai Direttori di procedere fino al recupero del danno erariale procurato.

Anche a livello ospedaliero, come previsto dalla d.g.r.m. n. 974/2014, il medico ospedaliero, in caso di mancato rispetto delle direttive e delle altre norme di livello, sia nazionale sia regionale, in tema di prescrizione farmaceutica, è sanzionato come segue:

- a. con la valutazione annuale negativa gestionale del Dirigente della U.O. di riferimento e penalizzazioni sul salario di risultato⁷⁸;

3) Individuazione dei responsabili del percorso, assegnazione ai medesimi degli obiettivi da perseguire e valutazione dei risultati ottenuti;

4) Attivazione del programma con invio della data al di avvio al Servizio salute;

5) Confronto sui dati con i singoli prescrittori e su dati aggregati e anonimi, con le Equipe Territoriali;

6) Report trimestrale dell'andamento prescrittivo, dei controlli effettuati e delle correzioni delle non conformità da inviare al Servizio salute per il tramite ASUR;

7) Progettazione e attuazione di azioni correttive, comprensive anche degli strumenti informativi e formativi avvalendosi anche degli strumenti specifici messi in atto per la medicina Generale (Centro regionale di riferimento).

⁷⁷ ACN del 23/03/2005 (Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni)

Art. 27 – *Appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse.*

1. Il medico di medicina generale concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio sanitario nazionale, a:

- a) realizzare la continuità dell'assistenza nel territorio in ragione della programmazione regionale;
- b) assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e in attesa della definizione di linee guida consensuali;
- c) ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle evidenze scientifiche;
- d) operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.

⁷⁸ C.C.N.L. 3 novembre 2005

Contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area della dirigenza medico-veterinaria del servizio sanitario nazionale (quadriennio normativo 2002/2005 e biennio economico 2002-2003)

Art. 26

Organismi per la verifica e valutazione dei risultati e delle attività dei dirigenti

1. Gli organismi preposti alla verifica e valutazione dei dirigenti sono:

- a) il Collegio tecnico;
- b) il Nucleo di valutazione;

2. Il Collegio tecnico procede alla verifica e valutazione:

- a) di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti;

179 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

b. con il recupero del danno erariale procurato.

Si evidenzia, inoltre, la legge 24 dicembre 1993, n. 537, che ha istituito le note prescrittive farmacologiche ai quali i medici devono attenersi, delegando all'allora Commissione Unica del Farmaco (CUF), ora AIFA, l'onere di individuare i farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale. Successivamente, l'art. 1, comma 4, del decreto legge 20 giugno 1996, n. 323, convertito, con

b) dei dirigenti di nuova assunzione al termine del primo quinquennio di servizio;
c) dei dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale ultraquinquennale in relazione all'indennità di esclusività.
3. Il Nucleo di valutazione procede alla verifica e valutazione annuale: dei risultati di gestione del dirigente di struttura complessa e di struttura semplice; dei risultati raggiunti da tutti i dirigenti in relazione agli obiettivi affidati, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato.

4. L'organismo di cui al comma 3 opera sino alla eventuale applicazione da parte dell'azienda, dell'art. 10, comma 4, del d.lgs. n. 286 del 1999.

5. Il presente articolo sostituisce l'art. 31 del C.C.N.L. 8 giugno 2000.

Art. 27

Modalità ed effetti della valutazione positiva dei risultati raggiunti

1. La valutazione annuale da parte del nucleo di valutazione riguarda:

1) Per i dirigenti di struttura complessa e di struttura semplice:

a) la gestione del budget finanziario formalmente affidato e delle risorse umane e strumentali effettivamente assegnate in relazione agli obiettivi concordati e risultati conseguiti;

b) ogni altra funzione gestionale espressamente delegata in base all'atto aziendale;

c) l'efficacia dei modelli gestionali adottati per il raggiungimento degli obiettivi annuali;

2) Per tutti gli altri dirigenti:

a) l'osservanza delle direttive nel raggiungimento dei risultati in relazione all'incarico attribuito;

b) il raggiungimento degli obiettivi prestazionali quali - quantitativi espressamente affidati;

c) l'impegno e la disponibilità correlati all'articolazione dell'orario di lavoro rispetto al conseguimento degli obiettivi.

2. L'esito positivo della valutazione di cui al comma 1 comporta l'attribuzione ai dirigenti della retribuzione di risultato, concordata secondo le procedure di cui all'art. 65, commi 4 e 6 del C.C.N.L. 5 dicembre 1996.

3. L'esito positivo delle verifiche annuali concorre, inoltre, assieme agli altri elementi, anche alla formazione della valutazione da attuarsi alla scadenza degli incarichi dirigenziali e per le altre finalità previste dall'art. 26, comma 2.

4. Il presente articolo sostituisce l'art. 33 del C.C.N.L. 8 giugno 2000.

Art. 28

Modalità ed effetti della valutazione positiva delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti

1. La valutazione del collegio tecnico riguarda tutti i dirigenti e tiene conto:

a) della collaborazione interna e livello di partecipazione multi - professionale nell'organizzazione dipartimentale;

b) del livello di espletamento delle funzioni affidate nella gestione delle attività e qualità dell'apporto specifico;

c) dei risultati delle procedure di controllo con particolare riguardo all'appropriatezza e qualità clinica delle prestazioni, all'orientamento all'utenza, alle certificazioni di qualità dei servizi;

d) dell'efficacia dei modelli organizzativi adottati per il raggiungimento degli obiettivi;

e) della capacità dimostrata nel motivare, guidare e valutare i collaboratori e di generare un clima organizzativo favorevole all'uso ottimale delle risorse, attraverso una equilibrata individuazione dei carichi di lavoro del personale, dei volumi prestazionali nonché della gestione degli istituti contrattuali;

f) della capacità dimostrata nel gestire e promuovere le innovazioni tecnologiche e procedurali, in particolare per quanto riguarda il rispetto dei tempi e modalità nelle procedure di negoziazione del budget in relazione agli obiettivi affidati nonché i processi formativi e la selezione del personale;

g) della capacità di promuovere, diffondere, gestire ed implementare linee guida, protocolli e raccomandazioni diagnostiche terapeutiche aziendali;

h) delle attività di ricerca clinica applicata, delle sperimentazioni, delle attività di tutoraggio formativo, della docenza universitaria e nell'ambito dei programmi di formazione permanente aziendale;

i) del raggiungimento del minimo di credito formativo di cui all'art. 16-ter, comma 2 del d.lgs 502 del 1992 tenuto conto dell'art. 23, commi 4 e 5;

j) del rispetto del codice di comportamento allegato n. 1 del presente contrailo, tenuto conto anche delle modalità di gestione delle responsabilità dirigenziali e dei vincoli derivanti dal rispetto dei codici deontologici.

180 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

modificazioni, in legge 8 agosto 1996, n. 425⁷⁹, che ha stabilito che “*il medico è tenuto a rimborsare al Servizio sanitario nazionale il farmaco indebitamente prescritto*”. Regola che non verrebbe meno con “*la punizione aggiuntiva*”, in quanto “*danno da iperprescrizione in senso stretto*”. Principi poi contrattualmente trasfusi nell’art. 15 bis, del decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 2000, n. 270 (Regolamento di esecuzione dell’accordo collettivo nazionale Medici di Medicina Generale)⁸⁰, nell’art. 14 bis del decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 2000, n. 272 (Regolamento di esecuzione dell’accordo collettivo nazionale Pediatri di Libera Scelta) e nell’art. 28 del C.C.N.L.

⁷⁹ Art. 1, comma 4, del decreto legge 20 giugno 1996, n. 323, convertito, con modificazioni, in legge 8 agosto 1996, n. 425:

Le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere curano l’informazione e l’aggiornamento del medico prescrittore, nonché i controlli obbligatori, basati su appositi registri o altri idonei strumenti, necessari ad assicurare che la prescrizione dei medicinali rimborsabili a carico del Servizio sanitario nazionale sia conforme alle condizioni e alle limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco e che gli appositi moduli del Servizio sanitario nazionale non siano utilizzati per medicinali non ammessi a rimborso. Qualora dal controllo risulti che un medico abbia prescritto un medicinale senza osservare le condizioni e le limitazioni citate, l’azienda sanitaria locale, dopo aver richiesto al medico stesso le ragioni della mancata osservanza, ove ritenga insoddisfacente le motivazioni addotte, informa del fatto l’ordine al quale appartiene il sanitario, nonché il Ministero della sanità, per i provvedimenti di rispettiva competenza. Il medico è tenuto a imborsare al Servizio sanitario nazionale il farmaco indebitamente prescritto. A partire dal 1 gennaio 1997, le aziende sanitarie locali inviano alle regioni e al Ministero della sanità relazioni trimestrali sui controlli effettuati e sulle misure adottate ai sensi del presente comma.

⁸⁰ Decreto del Presidente della Repubblica 28/07/2000, n. 270:

Art. 15-bis - Appropriatelyzza delle cure e dell’uso delle risorse

1. Il medico di medicina generale concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio sanitario nazionale, a:
 - a) assicurare l’appropriatezza nell’utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l’erogazione dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza ed in attesa della definizione di linee guida consensuali, come previsto dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 e dall’art. 14, comma 2, lettera i);
 - b) ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell’uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle essenze scientifiche;
 - c) operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.
2. Le prescrizioni di prestazioni specialistiche, comprese le diagnostiche, farmaceutiche e di ricovero, del medico di medicina generale si attengono ai principi sopra enunciati e avvengono secondo scienza e coscienza.
3. Nell’applicazione delle norme di cui all’art. 1, comma 4, del decreto legge 20 giugno 1996, n. 323, convertito con modificazioni nella legge 8 agosto 1996, n. 425, il quale ha stabilito tra l’altro per le prescrizioni farmaceutiche l’obbligo da parte di tutti i medici del rispetto delle condizioni e limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco, la segnalazione di eventuali infrazioni all’Ordine professionale di iscrizione e al Ministero della sanità, nonché l’obbligo per il medico di rimborsare il farmaco indebitamente prescritto, si applicano le procedure ed i principi di cui ai successivi commi.
4. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del medico di medicina generale ritenuti non conformi alle norme sopra evidenziate, sottopongono il caso ai soggetti individuati all’art. 14, comma 4, deputati a verificare, ai sensi del comma 5 dello stesso articolo, l’appropriatezza prescrittiva nell’ambito delle attività distrettuali, integrati dal responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, e da un medico individuato dal direttore sanitario della Azienda.
5. L’organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione tenendo conto dei seguenti principi:
 - a) la ipotesi di irregolarità deve essere contestata al medico per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni per le eventuali controdeduzioni e/o alla richiesta di essere ascoltato;
 - b) il risultato dell’accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il medico interessato, è comunicato al Direttore Generale della Azienda per i provvedimenti di competenza e al medico interessato.
6. La prescrizione farmaceutica è valutata tenendo conto dei seguenti elementi:
 - a) sia oggetto di occasionale, e non ripetuta, inosservanza delle norme prescrittive dovuta ad errore scusabile;
 - b) sia stata determinata da un eccezionale stato di necessità attuale al momento della prescrizione con pericolo di danno grave alla vita o all’integrità della persona che non possa essere evitato con il ricorso alle competenti strutture o servizi del S.S.N.;
 - d) sia stata determinata dalla novità del farmaco prescritto e/o dalla novità della nota CUF, o di altra legittima norma, e, comunque, per un periodo non superiore a 30 giorni dalla immissione alla vendita, dall’emanazione ufficiale della nota CUF o di altra legittima norma.

03/11/2005 dell'area della dirigenza medico-veterinaria del servizio sanitario nazionale, secondo cui il medico deve assicurare l'”appropriatezza nell'utilizzo delle risorse”, nonché “la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione dei principi di qualità e di medicina basati sulle evidenze scientifiche”. Le successive normative contrattuali hanno definito i percorsi per la contestazione degli illeciti in questo settore. Tutti i contratti hanno previsto un percorso di contestazione che può sfociare in un obbligo contrattuale di rimborso ed in una violazione contrattuale che può portare, nei casi più gravi, alla risoluzione del contratto, alla sospensione e riduzione dello stipendio come, per esempio, previsto dall'art. 30 dell'Accordo dei medici di medicina generale⁸¹.

Infine, si ricorda che il concetto di appropriatezza è diventato sin dal 2006 un preciso obbligo deontologico, ad opera dell'art. 13, del Codice di Deontologia Medica del 16/12/2006⁸², che precisa, in particolare: “La prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza. L'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici o di percorsi clinico-assistenziali impegna la diretta responsabilità del medico, nella verifica della tollerabilità ed efficacia sui soggetti coinvolti”.

⁸¹ Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs.n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

Articolo 30 - Responsabilità Convenzionale e Violazioni. Collegio arbitrale

7. Le violazioni di maggiore gravità danno luogo alle seguenti sanzioni:

a) riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10 per cento e non superiore al 20 per cento per la durata massima di cinque mesi per infrazioni gravi compreso il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo con diffida.

⁸² Codice di Deontologia Medica - 16/12/2006

Capo IV. Accertamenti diagnostici e trattamenti terapeutici

Art. 13 - Prescrizione e trattamento terapeutico

La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico.

Su tale presupposto al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico, anche in regime di ricovero, fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso.

Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità.

Il medico è tenuto a una adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle reazioni individuali prevedibili, nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici e deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati o alle evidenze metodologicamente fondate. Sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie e di presidi diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione e documentazione clinico-scientifica, nonché di terapie segrete.

In nessun caso il medico dovrà accedere a richieste del paziente in contrasto con i principi di scienza e coscienza allo scopo di compiacerlo, sottraendolo alle sperimentate ed efficaci cure disponibili.

La prescrizione di farmaci, sia per indicazioni non previste dalla scheda tecnica sia non ancora autorizzati al commercio, è consentita purché la loro efficacia e tollerabilità sia scientificamente documentata.

In tali casi, acquisito il consenso scritto del paziente debitamente informato, il medico si assume la responsabilità della cura ed è tenuto a monitorarne gli effetti.

È obbligo del medico segnalare tempestivamente alle autorità competenti, le reazioni avverse eventualmente comparse durante un trattamento terapeutico.

182 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

Con specifico riferimento all'attività prescrittiva del medico di base, occorre osservare che nell'accordo nazionale, recepito con il d.p.r. n. 270/2000, è stato previsto, nell'art. 15 bis, comma 2, che *“le prescrizioni di prestazioni specialistiche, comprese le diagnostiche farmaceutiche e di ricovero, del medico di medicina generale si attengono ai principi sopra enunciati e avvengono secondo scienza e coscienza”*. Inoltre, è stato previsto, al comma 1, del successivo art. 36 (rubricato “assistenza farmaceutica e modulare”) che *“la prescrizione di medicinali avviene, per qualità e quantità, secondo scienza e coscienza, con le modalità stabilite dalla legislazione vigente nel rispetto del prontuario terapeutico nazionale, così come riclassificato dall'art. 8, comma 9, della legge 24 dicembre 1993, n. 537 e successive modificazioni”*.

Deve ritenersi che il medico di base operando, con riguardo all'attività prescrittiva, in forza di una devoluzione di compiti da parte dell'ASL, la svolga in esecuzione di un rapporto di servizio, con la conseguenza che allorquando si sia verificato un danno erariale che si ricollegi a comportamenti del professionista riconducibili a detta attività amministrativa, sussista la giurisdizione del giudice contabile, ai sensi dell'art. 52, Regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214,⁸³ operando il medico convenzionato nella qualità di agente dell'Amministrazione.

Appartiene, pertanto, alla giurisdizione della Corte dei Conti la competenza in materia di danno arrecato al S.S.N. dai medici convenzionati a seguito della redazione di prescrizioni sanitarie inusuali, incongrue o incomplete, e di prescrizioni di medicinali agli assistiti in quantità eccessive o, comunque, per finalità non terapeutiche, in dosi maggiori del consentito o con modalità di somministrazione diverse dal lecito.

Il comportamento del medico di medicina generale può dar luogo, normalmente ad ipotesi di danno patrimoniale, nel caso di “iperprescrittività in senso ampio”⁸⁴, intesa come la situazione più frequente e ripetuta di scostamento tra le scelte del singolo medico di medicina generale di base convenzionato con le A.S.L. e quelle della generalità dei medici di base, anche essi convenzionati con le predette Strutture; tale forma può evolversi in “iperprescrittività in senso stretto”⁸⁵, intesa come

⁸³ R.D. 12 luglio 1934, n. 1214
Articolo 52

I funzionari impiegati ed agenti, civili e militari, compresi quelli dell'ordine giudiziario e quelli retribuiti da amministrazioni, aziende e gestioni statali a ordinamento, autonomo, che nell'esercizio delle loro funzioni per azione od omissione imputabili anche a sola colpa o negligenza cagionino danno allo Stato e ad altra amministrazione dalla quale dipendono sono sottoposti alla giurisdizione della Corte nei casi e modi previsti dalla legge sull'amministrazione del patrimonio e sulla contabilità generale dello Stato e da leggi speciali.

La Corte, valutate le singole responsabilità, può porre a carico dei responsabili tutto o parte del danno accertato o del valore perduto.

⁸⁴ Cfr. Corte dei Conti, sez. reg. Lombardia, 14 giugno 2011, n. 374

⁸⁵ Cfr. Corte dei Conti, sez. reg. Trentino Alto Adige-Bolzano, 8 aprile 2009, n. 32

183 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

casi di superamento del quantitativo del farmaco assumibile dall'assistito in un determinato periodo di tempo, come risultante dalle indicazioni fornite dalla casa farmaceutica ed approvate dal Ministero della Salute e/o in “**iperprescrittività da fatti illeciti**”, riguardante i farmaci prescritti ai pazienti che hanno dichiarato (o loro eredi, per i casi di decesso) di non averli richiesti né assunti, o che sono stati prescritti con modalità di assunzione differenti da quelle previste nella scheda tecnica ministeriale⁸⁶.

La valutazione dell'appropriatezza della prescrizione e della sua durata non può prescindere comunque dalla particolarità che ogni singolo caso presenta (cfr. Corte dei Conti, sez. reg. Lombardia, 14 giugno 2011, n. 374).

Si evidenzia che, una responsabilità amministrativo-contabile, sottoposta alla giurisdizione della Corte dei Conti, è configurabile laddove vi sia un danno erariale, ossia un pregiudizio, patrimonialmente apprezzabile, alla sfera giuridica di un soggetto pubblico.

Per ciò che concerne il Servizio Sanitario Nazionale, pertanto, si può parlare di danno erariale solamente laddove vi sia un danno patito da un'Azienda Sanitaria Locale, un'Azienda Ospedaliera o altra struttura che eroga prestazioni sanitarie per conto del SSN e che abbia personalità giuridica di diritto pubblico.

Dall'art. 1 della legge 14 gennaio 1994, n. 20⁸⁷, si evince che la responsabilità dei soggetti sottoposti alla giurisdizione della Corte dei Conti è personale e limitata ai fatti e alle omissioni commessi con dolo o colpa grave, ferma restando l'insindacabilità nel merito delle scelte discrezionali.

⁸⁶ Fonte: www.dirittosanitario.net

⁸⁷ Legge 14 gennaio 1994, n. 20 - Disposizioni in materia di giurisdizione e controllo della Corte dei conti (G.U. n. 10 del 14 gennaio 1994)

Art. 1. Azione di responsabilità

1. La responsabilità dei soggetti sottoposti alla giurisdizione della Corte dei conti in materia di contabilità pubblica è personale e limitata ai fatti ed alle omissioni commessi con dolo o con colpa grave, ferma restando l'insindacabilità nel merito delle scelte discrezionali. Il relativo debito si trasmette agli eredi secondo le leggi vigenti nei casi di illecito arricchimento del dante causa e di conseguente indebito arricchimento degli eredi stessi. In ogni caso è esclusa la gravità della colpa quando il fatto dannoso tragga origine dall'emanazione di un atto vistato e registrato in sede di controllo preventivo di legittimità, limitatamente ai profili presi in considerazione nell'esercizio del controllo.

(comma così modificato dall'art. 17, comma 30-quater, legge n. 102 del 2009, poi dall'art. 1, comma 1, legge n. 141 del 2009)

1-bis. Nel giudizio di responsabilità, fermo restando il potere di riduzione, deve tenersi conto dei vantaggi comunque conseguiti dall'amministrazione di appartenenza, o da altra amministrazione, o dalla comunità amministrata in relazione al comportamento degli amministratori o dei dipendenti pubblici soggetti al giudizio di responsabilità.

(comma così modificato dall'art. 17, comma 30-quater, legge n. 102 del 2009)

1-ter. Nel caso di deliberazioni di organi collegiali la responsabilità si imputa esclusivamente a coloro che hanno espresso voto favorevole. Nel caso di atti che rientrano nella competenza propria degli uffici tecnici o amministrativi la responsabilità non si estende ai titolari degli organi politici che in buona fede li abbiano approvati ovvero ne abbiano autorizzato o consentito l'esecuzione.

1-quater. Se il fatto dannoso è causato da più persone, la Corte dei conti, valutate le singole responsabilità, condanna ciascuno per la parte che vi ha preso.

1-quinquies. Nel caso di cui al comma 1-quater i soli concorrenti che abbiano conseguito un illecito arricchimento o abbiano agito con dolo sono responsabili solidalmente. La disposizione di cui al presente comma si applica anche per i fatti accertati con sentenza passata

Ai fini della responsabilità erariale del medico, quindi, è necessaria almeno la colpa grave, non essendo rilevanti i comportamenti posti in essere con colpa lieve.

I soggetti che possono incorrere in una responsabilità contabile, in relazione ad una colpa medica, sono i medici e gli operatori sanitari legati alle strutture pubbliche del SSN da un rapporto di convenzione (quindi, i dipendenti delle ASL o delle Aziende Ospedaliere – non importando la tipologia di rapporto di lavoro – e i medici liberi professionisti, purché convenzionati con il SSN).

Il Collegio Sindacale dell'ASUR ha attestato, nel questionario sul bilancio 2016, che l'Azienda ha attivato misure di controllo dell'appropriatezza prescrittiva sia in ambito territoriale che in ambito ospedaliero e che le misure adottate risultano adeguate.

2.11 SPESA PER IL PERSONALE

L'esame dell'aggregato in oggetto, sulla base dei dati del questionario relativo al bilancio d'esercizio 2016, compilato dall'Organo di revisione dell'Azienda, nonché di ulteriori elementi acquisiti in via istruttoria, attiene sia alla verifica del rispetto dei vincoli di legge in materia, sia agli adempimenti di legge nelle problematiche collegate alla gestione del personale.

I vincoli di legge alla crescita della spesa di personale per gli Enti del SSR riguardano sia la spesa complessiva per il personale (art. 2, c. 71 ss., l. n. 191/2009), sia quella relativa al personale a tempo determinato (art. 9, c. 28, d.l. n. 78/2010).

in giudicato pronunciata in giudizio pendente alla data di entrata in vigore del decreto-legge 28 giugno 1995, n. 248. In tali casi l'individuazione dei soggetti ai quali non si estende la responsabilità solidale è effettuata in sede di ricorso per revocazione.

1-sexies. Nel giudizio di responsabilità, l'entità del danno all'immagine della pubblica amministrazione derivante dalla commissione di un reato contro la stessa pubblica amministrazione accertato con sentenza passata in giudicato si presume, salva prova contraria, pari al doppio della somma di denaro o del valore patrimoniale di altra utilità illecitamente percepita dal dipendente.

(comma introdotto dall'art. 1, comma 62, legge n. 190 del 2012)

1-septies. Nei giudizi di responsabilità aventi ad oggetto atti o fatti di cui al comma 1-sexies, il sequestro conservativo di cui all'articolo 5, comma 2, del decreto-legge 15 novembre 1993, n. 453, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 gennaio 1994, n. 19, è concesso in tutti i casi di fondato timore di attenuazione della garanzia del credito erariale.

(comma introdotto dall'art. 1, comma 62, legge n. 190 del 2012)

2. Il diritto al risarcimento del danno si prescrive in ogni caso in cinque anni, decorrenti dalla data in cui si è verificato il fatto dannoso, ovvero, in caso di occultamento doloso del danno, dalla data della sua scoperta.

2-bis. Per i fatti che rientrano nell'ambito di applicazione dell'art. 1, comma 7, del decreto-legge 27 agosto 1993, n. 324, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 ottobre 1993, n. 423, la prescrizione si compie entro cinque anni ai sensi del comma 2 e comunque non prima del 31 dicembre 1996.

2-ter. Per i fatti verificatisi anteriormente alla data del 15 novembre 1993 e per i quali stia decorrendo un termine di prescrizione decennale, la prescrizione si compie entro il 31 dicembre 1998, ovvero nel più breve termine dato dal compiersi del decennio.

3. Qualora la prescrizione del diritto al risarcimento sia maturata a causa di omissione o ritardo della denuncia del fatto, rispondono del danno erariale i soggetti che hanno omesso o ritardato la denuncia. In tali casi, l'azione è proponibile entro cinque anni dalla data in cui la prescrizione è maturata.

4. La Corte dei conti giudica sulla responsabilità amministrativa degli amministratori e dipendenti pubblici anche quando il danno sia stato cagionato ad amministrazioni o enti pubblici diversi da quelli di appartenenza, per i fatti commessi successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge.

185 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

Le problematiche connesse alla gestione del personale prese in esame nel questionario al bilancio di esercizio 2016 dell'ASUR Marche, riguardano principalmente la stabilizzazione dei lavoratori precari, i contratti di servizio come strumento di elusione dei limiti di legge alle assunzioni e le ferie maturate e non godute.

2.12 VERIFICA DEL RISPETTO DEI VINCOLI DI LEGGE AI SENSI DELL'ART. 2, COMMA 71, L. N. 191/2009

La verifica del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 2, c. 71, l. n. 191/2009, ha come riferimento la spesa di personale di competenza dell'ASUR Marche, per l'esercizio 2016, vincolo peraltro prorogato, ai sensi dell'art. 17, c. 3, d.l. n. 98/2011, fino al 2020 dall'art. 1, comma 584, della l. n. 190/2014. La tabella di cui al punto 14.1 del questionario in oggetto⁸⁸, espone la seguente situazione:

Rispetto dei limiti di spesa per il personale ai sensi dell'art. 2, c. 71, l. n. 191/2009 - ASUR Marche - anno 2016

		Importi (euro)
Spesa per il personale 2004		627.173.990
<i>Al netto di:</i>	Spese per arretrati di anni precedenti al 2004 per rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro	
	Spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati	
	Spese relative ad assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati, ai sensi dell'art. 12-bis del d.lgs. 502/92 e successive modificazioni	
Totale netto spesa 2004		627.173.990
1,4% della spesa		8.780.436
Dato spesa 2004 da considerare per il calcolo	(A)	618.393.554
		Importi (euro)
Spesa per il personale 2016		725.729.601
<i>Al netto di:</i>	Spese per rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenute successivamente al 2004	112.475.677
	Spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati	408.993
	Spese relative ad assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12-bis del d.lgs. 502/92 e successive modificazioni	
Totale netto spesa 2016	(B)	612.844.932
Differenza tra la spesa 2016 e la spesa 2004 (B)-(A)		-5.548.623

Fonte: Questionario Enti del SSN - Sezione Autonomie - "ASUR Marche" anno 2016

⁸⁸ Nel questionario, si specifica che "la tabella va compilata con i dati richiesti anche se la Regione ha dettato disposizioni difformi. In questa ipotesi, fornire precisazioni del caso rispondendo anche alla domanda successiva (14.2)".

Dall'esame dei dati sopra riportati, si desume che l'Azienda ha rispettato il vincolo alla spesa di personale stabilito dall'art. 2, c. 71, l. n. 191/2009.

In sede di Parifica al Rendiconto regionale 2016, la Regione aveva già trasmesso il prospetto sopra riportato compilato come segue:

Rispetto del limite di spesa per il personale ex art. 2, c. 71, l. n. 191/2009 - ASUR Marche - anno 2016

		Importi
Spesa per il personale 2004		
<i>Al netto di:</i>	Spese per arretrati di anni precedenti al 2004 per rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro	
	Spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari privati	
	Spese relative ad assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12-bis del d.lgs. 502/92 e successive modificazioni	
Totale netto spesa 2004		627.173.990
1,4% della spesa		8.780.436
Dato spesa 2004 da considerare per il calcolo	(A)	618.393.554

		Importi
Spesa per il personale 2016		742.103.812
<i>Al netto di:</i>	Spese per rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenute successivamente al 2004	112.475.677
	Spese per il personale appartenente alle categorie protette	16.374.211
	Spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari privati	408.993
	Spese relative ad assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12-bis del d.lgs. 502/92 e successive modificazioni	
Totale netto spesa 2016	(B)	612.844.931
Differenza tra la spesa 2016 e la spesa 2004 da considerare per il calcolo	(B)-(A)	-5.548.623

Fonte: Relazione di Parifica del Rendiconto generale della Regione Marche per l'anno 2016

Elaborazione: Corte dei conti - Sezione Regionale di controllo per le Marche

Dal raffronto tra le due tabelle si rileva che i prospetti regionali presentano la voce di spesa aggiuntiva relativa alle categorie protette, pari a 16.374.211 euro, che fa aumentare la spesa di personale complessiva per un importo corrispondente nel 2016.

Ente	Questionario ASUR Marche	Questionario Regione Marche
Spesa per il personale lorda 2016	725.729.601	742.103.812
Spese per rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenute successivamente al 2004	112.475.677	112.475.677
Spese per il personale appartenente alle categorie protette	-	16.374.211
Spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati	408.993	408.993
Spese relative ad assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12-bis del d.lgs. 502/92 e successive modificazioni	-	-
Spesa per il personale netta 2016	612.844.932	612.844.931

Elaborazione: Corte dei conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

Tuttavia, tale aggregato non è indicato nell'esercizio 2004; una comparazione dei dati contabili dovrebbe essere effettuata su aggregati omogenei.

2.12.1 Il calcolo della spesa per il personale appartenente alle categorie protette

Come sopra evidenziato, la spesa per il personale appartenente alle categorie protette viene evidenziata tra le componenti escluse, soltanto nel questionario trasmesso dalla Regione Marche, e limitatamente all'esercizio 2016, mentre, ai fini di una verifica attendibile, dovrebbe essere considerata anche come componente esclusa ai fini della determinazione del limite di spesa del personale 2004, come sancito dalla Sezione regionale di controllo per il Molise, con Delibera n. 136/2012/PAR.

2.12.2 Criteri di determinazione della spesa di personale

In sede di Parifica del Rendiconto regionale 2016, la Sezione aveva preso atto che i dati relativi alla spesa per il personale del SSR, finora determinati secondo le disposizioni della Circolare del MEF n. 9/2006, dovrebbero essere revisionati alla luce delle indicazioni pervenute alla Regione Marche dalla Funzione Pubblica, in base alle quali, l'aggregato di spesa di personale in questione dovrebbe essere costruito sulla base dei dati del Conto Annuale e non del bilancio di esercizio delle aziende.

A seguito di specifica richiesta in merito agli sviluppi di tale questione, la Regione Marche, con nota prot. n. 1114287 del 6 novembre 2017, ha comunicato che si è conclusa l'istruttoria con il MEF⁸⁹

⁸⁹ Si veda la Delibera n. 57_2017_PRSS_ relativa al Bilancio d'esercizio 2015 dell'ASUR Marche, par. 2.11.2, pag. 133, nella quale si riferisce che: "La Regione Marche, con nota del 21 aprile 2017, ha riferito che, il MEF, con nota prot. n. 82861 del 26/10/2016, nel confermare che, ai sensi delle vigenti disposizioni, il documento dal quale si estrapolano i dati per la verifica dell'adempimento del vincolo del personale previsto dall'art. 2, comma 71, l. n. 191/2009, è il Conto Annuale ha rappresentato che è in corso l'istruttoria per impartire agli Enti del SSR le disposizioni per la rilevazione dei costi al fine dell'esatta determinazione del tetto di spesa del personale." 188 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

finalizzata alla definizione della metodologia di calcolo della spesa del personale sopracitata, precisando che le indicazioni che ne sono scaturite sono state impartite agli Enti del SSR. I dati in questione, necessari per la verifica dell'adempimento ag)⁹⁰ per l'anno 2015, sono stati comunicati al MEF attraverso l'apposito portale (SIVEAS).

Essendosi rilevata, a seguito di consultazione del portale in questione, la mancata disponibilità dei dati sopra citati, questa Sezione, in sede di adunanza del 9 novembre 2017, ne ha chiesto la trasmissione alla Regione Marche, convocata in tale sede.

Con nota prot. n. 1138441 del 13 novembre 2017, come integrata con successiva comunicazione prot. n. 1189912 del 28 novembre 2017, la Regione Marche ha trasmesso le schede riepilogative del costo del personale degli Enti del SSR per gli anni 2004, 2015 e 2016, rideterminato sulla base del Conto Annuale, unitamente al Verbale del Tavolo tecnico concernente gli esiti sulle verifiche effettuate con riferimento all'anno 2015⁹¹, con il quale è stato certificato il raggiungimento dell'obiettivo di equilibrio economico da parte della Regione Marche.

Con successiva nota prot. n. 1161457 del 17 novembre 2017, la Regione Marche ha spiegato che il metodo di calcolo del costo del personale secondo il Conto Annuale, è stato definito in collaborazione con il MEF, individuando in maniera analitica le voci da considerare e provvedendo a ricalcolare innanzitutto il dato relativo al 2004 (anno di riferimento per la verifica dell'adempimento) per poi applicare la medesima metodologia agli anni 2014, 2015 e 2016; detti importi sono poi stati inviati al suddetto Ministero, quale organismo preposto al controllo della spesa ai sensi dell'art. 2, cc. 71 e 73 della l. n. 191/2009 e s.m.i..

Con riferimento all'anno 2004, a seguito di rettifiche intervenute, la regione ha inviato al Tavolo tecnico una nuova tabella riepilogativa (con nota prot. n. 40 del 5 ottobre 2017) comprensiva della valorizzazione della spesa del personale in servizio presso le strutture sanitarie della Valmarecchia, transitate dopo il 2004 alla Regione Emilia-Romagna. Il nuovo importo, al netto del personale della Valmarecchia, è pari a 931.115 migliaia di euro.

⁹⁰Si veda nota trasmessa dalla Regione Marche con prot. n. 1138441 del 13.11.2017 – Allegato 4 - pag. 9 – Adempimento ag) (Contenimento spesa per il personale 2015), come integrata dalla nota prot. n. 1189912 del 28 novembre 2017 – Allegato C) pagg. 66-68.

⁹¹ Si veda il verbale del 3 agosto 2017, di riunione del Tavolo di verifica per gli adempimenti “Allegato1 – Marche – Verifica adempimenti anno 2015” (pag. 10), trasmesso dalla Regione Marche in allegato (Allegato 4) alla nota prot.n. 1138441 del 13.11.2017. 189 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

Scheda riepilogativa del costo del personale Regione Marche – anno 2004

	Totale presenti al 31.12.2004	Spese per competenze fisse e accessorie (2)	IRAP (3)	Spese contributi per a carico dell'azienda (4)	Altre voci di spesa (5)	Totale (6) = (2) + (3) + (4) + (5)
Personale a tempo indeterminato	18.873	649.571	58.258	183.541	3.885	895.255
Personale a tempo determinato	1.292	23.490	185	578	15	24.269
Restante personale	662	14.429	49	36	-	14.514
Totale	20.827	687.490	58.492	184.155	3.901	934.038
<i>valori in migliaia di euro</i>						Totale rimborsi
Indennità De Maria	142					3.639
Totale complessivo*	20.969					937.677

Fonte: Nota trasmessa dalla Regione Marche ed acquisita al prot. n. 3425 del 14.11.17 – Allegato 5 – pag. 1.

*Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per la Marche.

Con riferimento alla spesa di personale relativa alla Valmarecchia, la regione, con nota prot. n. 1189912 del 28 novembre 2017⁹² ha trasmesso la tabella relativa al costo del personale degli Enti del SSR per l'anno 2004, al netto del costo del personale della Valmarecchia, di seguito riportata:

Regione Marche – Tetto della spesa di personale anno 2004*

ENTE	TETTO DI PARTENZA ANNO 2004	REV.TAB. 12 13 14 COAN 2004	INTEGR. DIR. GEN.	INDENNITA' DE MARIA ANNO 2004	RIMBORSI	CONSULENZE	TOTALE 2004	CESSIONE VALMARECCHIA	TOTALE NUOVO 2004	TETTO 2004 - 1,4%
ASUR	680.139	1.456	798	-	-	-	682.393	-6.562	675.831	666.369
A.O.U. OSP. RIUNITI ANCONA	142.178	-	784	-	-414	-	142.548	-	142.548	140.552
A.O. SAN SALVATORE	52.541	2.946	-	-	-	-	55.487	-	55.487	54.710
INRCA	56.740	-	279	113	-	117	57.249	-	57.249	56.448
TOTALE REGIONE*	931.598	4.402	1.861	113	414	117	937.677	-6.562	931.115	918.079

Fonte: Nota trasmessa dalla Regione Marche ed acquisita al prot. n. 3425 del 14.11.17 – Allegato 5 – pag. 1.

*Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per la Marche.

Il Tavolo di verifica ha dato atto che i dati sopra esposti risultano sostanzialmente in linea con quelli desumibili dal Conto Annuale.

La Regione Marche ha inviato anche le tabelle contenenti i dati relativi alla spesa di personale per l'anno 2016. Con riguardo al contenimento della spesa di personale per l'anno 2016, la spesa complessiva sostenuta, al livello regionale, per il personale, determinata sulla base del Conto Annuale, e trasmessa dalla Regione Marche al Tavolo di verifica con nota prot. n. 39 del 22 settembre

⁹² Si veda la Nota trasmessa dalla Regione Marche ed acquisita al prot. n. 3960 del 28.11.17 – Allegato B.

2017, è stata quantificata nell'importo di 1.074.889 migliaia di euro, la quale, al netto delle somme relative ai rinnovi contrattuali post 2004 (pari a 164.988 migliaia di euro), ammonta a 904.042 migliaia di euro. Sottraendo altresì i costi relativi alla medicina penitenziaria (pari a 2.859.652 euro), il costo per il personale totale netto, comprensivo dell'importo relativo all'indennità De Maria⁹³ (pari a 4.694 migliaia di euro), risulta pari a 908.736 migliaia di euro, come esposto nella tabella che segue (ultima riga: "Totale complessivo"):

Scheda riepilogativa del costo del personale Regione Marche – anno 2016

	Totale presenti al 31.12.16	Spese per competenze fisse e accessorie (2)	IRAP (3)	Spese per contributi a carico dell'azienda (4)	Altre voci di spesa (5)	Totale (6) = (2) + (3) + (4) + (5)	<i>di cui derivante da rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004** (7)</i>	Totale al netto dei rinnovi (6) - (7) = (8)
Personale a tempo indeterminato	19.095	730.657	63.298	204.587	4.128	1.002.670	163.844	838.826
Personale a tempo determinato	1.615	53.325	1.559	5.206	178	60.268	1.144	59.124
Restante personale	259	5.606	6	12	468	6.092	-	6.092
Totale	20.969	789.588	64.863	209.805	4.774	1.069.030	164.988	904.042
<i>valori in migliaia di euro</i>	Totale presenti al 31.12.16					Totale rimborsi	<i>di cui derivante da rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004** (7)</i>	Totale rimborsi al netto dei rinnovi
Indennità De Maria	143					5.859	1.165	4.694
Totale complessivo	21.112					1.074.889		908.736

Fonte: Nota trasmessa dalla Regione Marche ed acquisita al prot. n. 3425 del 14.11.17 – Allegato 3 – pag. 1.

*Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per la Marche.

** Trattasi di rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004.

Sebbene siano evidenti alcune differenze rispetto all'omologa tabella relativa al 2015 (es. non risultano evidenziati i costi relativi alla medicina penitenziaria), anche per l'anno 2016, il vincolo alla spesa di personale ex art. 2, c. 71, l. n. 191/2009 risulta rispettato al livello regionale.

⁹³ Si veda la nota trasmessa dalla Regione Marche con prot. n. 1161457 del 17 novembre 2017, con la quale si precisa che: "l'indennità ex art. 31 del D.P.R. n. 761/1979 (cosiddetta indennità De Maria) è stata istituita a favore del personale universitario che presta servizio presso le strutture sanitarie nella misura occorrente per equiparare il relativo trattamento economico complessivo a quello del personale delle unità sanitarie locali di pari funzioni, mansioni ed anzianità".

191 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

Con riferimento all'ASUR Marche, i dati di spesa del personale riferiti al 2016 sono riportati nella la seguente tabella:

Scheda riepilogativa del costo del personale ASUR Marche – anno 2016

	Totale presenti al 31.12.16	Spese per competenze fisse e accessorie (2)	IRAP (3)	Spese per contributi a carico dell'azienda (4)	Altre voci di spesa (5)	Totale (6) = (2) + (3) + (4) + (5)	<i>di cui derivante da rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004** (7)</i>	Totale al netto dei rinnovi (6) - (7) = (8)
Personale a tempo indeterminato	13.009	503.213	44.566	142.544	2.225	692.548	112.476	580.072
Personale a tempo determinato	1.072	34.995				34.995		34.995
Restante personale	134	5.076				5.076		5.076
Totale	14.215	543.284	44.566	142.544	2.225	732.619	112.476	620.143
<i>valori in migliaia di euro</i>	Totale presenti al 31.12.16					Totale rimborsi	<i>di cui derivante da rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004** (7)</i>	Totale rimborsi al netto dei rinnovi
Indennità De Maria	3					228		228
Totale complessivo	14.218					732.847		620.371

Fonte: Nota trasmessa dalla Regione Marche ed acquisita al prot. n. 3425 del 14.11.17

– Allegato 3 – pag. 4.

*Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per la Marche.

** Trattasi di rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004.

Sulla base di quanto sopra esposto, ASUR Marche risulta pertanto aver rispettato, per l'anno 2016, il vincolo di spesa di personale ex art. 2, c. 71, l. n. 191/2009, sia a livello regionale che come singola azienda.

2.12.3 Altre considerazioni sul Costo del personale - La dotazione organica

Nell'anno 2016, l'aggregato complessivo relativo al costo del personale, considerato come aggregato economico⁹⁴, ha registrato un importo a consuntivo pari a 743.596.457 euro, con una riduzione,

⁹⁴ Si veda la d.g.r.m. n. 659 del 20 giugno 2017, Documento istruttorio, pagg. 3-4, nel quale si specifica che: "In relazione alla determina di cui all'oggetto, per la parte di competenza, si rileva quanto segue: - L'aggregato complessivo del personale registra un costo a consuntivo di Euro 743.596.457 (A21 – A215) in riduzione rispetto all'anno 2015 di Euro 4.205.502 (pari allo 0,56%)."

Relativamente al personale dipendente (pag. 183 della Relazione del Direttore Generale) l'azienda registra:

– una riduzione dei costi del personale dipendente (A211-A212), pari a 2.800.000 Euro, derivante dalla rideterminazione dei
192 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

rispetto all'anno 2015, di 4.205.502 euro (pari allo 0,56 per cento)⁹⁵. Tale aggregato comprende i costi del personale dipendente a tempo determinato e indeterminato (compresa l'indennità di vacanza contrattuale), il costo del personale non dipendente co.co.co. e gli altri costi del personale dipendente (compensi per commissioni, prestazioni aggiuntive ex art. 55, rimborsi spese e le consulenze a favore di terzi rimborsate)⁹⁶.

Descrizione	Bilancio di esercizio anno 2015	Bilancio di previsione anno 2016	Bilancio di esercizio anno 2016	Variazione vs Bilancio 2015	Variazione vs Previsione 2016
COSTO DEL PERSONALE	747.801.959	747.089.751	743.596.457	4.205.502	3.493.294

Fonte: Allegato "E" – Relazione del Direttore generale d'accompagnamento al bilancio d'esercizio anno 2016 – ASUR Marche.
Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per la Marche.

Considerando invece le unità di personale, rispetto all'anno 2015, è stato rilevato un incremento da 13.795 a 13.990 teste, per un incremento totale pari a n. 195 unità, le quali, in termini di unità equivalenti, corrisponderebbero a n. 122 unità.

La consistenza complessiva del personale di ASUR Marche presenta il seguente andamento:

Consistenza del personale dell'ASUR Marche: andamento nel periodo 2012 - 2016

Personale ASUR Marche	Al 31/12/2012	Al 31/12/2013	Var. 2013/2012	Al 31/12/2014	Var. 2014/2013	Al 31/12/2015	Var. 2015/2014	Al 31/12/2016	Var. 2016/2015
n. teste	13.862	13.661	-201	13.793	132	13.795	2	13.990	195

Fonte: Allegato "E" al bilancio d'esercizio 2015 dell'ASUR Marche - Relazione sulla Gestione al bilancio di esercizio per l'anno 2016.

In termini di unità equivalenti, si evidenzia un aumento di unità pari a 122, tra il 2015 ed il 2016, come rappresentato nella tabella seguente:

fondi contrattuali dell'anno 2015, dall'effetto trascina-mento in termini di risparmio dell'anno 2015 e dal saldo positivo assunzioni/cessazioni dell'anno 2016;

– un incremento totale di teste (persone) pari a n. 195 unità rispetto all'anno 2015, che passano da 13.795 a 13.990 ed in termini di unità equivalenti pari a n. 122.”

⁹⁵ Si veda la Relazione di parificazione del rendiconto regionale per l'anno 2016, allegata alla Delibera n. 81/2017/PARI del 12/10/2017, par. 20.28, tab. 346.

⁹⁶ Si veda la Relazione al Bilancio d'esercizio 2016 ASUR Marche, pag. 152.

Dotazione organica di ASUR Marche per l'anno 2016, espressa in unità equivalenti

DOTAZIONE ORGANICA			
RUOLO	AREA	U.E. 2015	BILANCIO 2016
Sanitario	Dirigenza medica	2.238,9	2.257,5
	Dirigenza non m.	291,1	301,0
	Comparto san.	6.987,2	7.058,8
Professionale	Dirigenza prof.	14,7	14,9
	Comparto prof.	14,3	11,4
Tecnico	Dirigenza tecn.	32,8	33,7
	Comparto tecn.	2.707,5	2.750,3
Amministrativo	Dirigenza amm.	58,4	58,1
	Comparto amm.	1.351,7	1.333,2
Totale		13.696,5	13.818,9

di cui:

Area Vasta 1	2.119,1	2.141,2
Area Vasta 2	4.228,4	4.274,5
Area Vasta 3	3.401,8	3.369,4
Area Vasta 4	1.594,9	1.620,9
Area Vasta 5	2.352,2	2.413,0

Fonte: Allegato "E" – Relazione del Direttore generale d'accompagnamento al bilancio d'esercizio anno 2016 – ASUR Marche.

Con riferimento al personale con rapporto di lavoro flessibile, nel 2016, l'Azienda ha registrato una diminuzione di tale costo, per un importo di 573.000 euro, mentre le ferie non godute hanno avuto un incremento pari a n. 15.715 giornate, rispetto all'anno 2015, con un incremento del valore economico contabilizzato di circa il 9 per cento.

In merito, si osserva che l'incremento delle unità relative al piano assunzioni non ha comportato il miglioramento della voce in argomento.

Relativamente al paragrafo relativo alle "Consulenze esterne", si rileva un aumento dei costi relativi al conto "Convenzioni per assistenza infermieristica ed altri" determinato, tra l'altro, dall'aumento sia quantitativo (pari a 369 mila euro) che qualitativo, dei servizi acquistati dall'Area Vasta n. 1 per il lavoro interinale⁹⁷. In proposito, la regione ha evidenziato che l'utilizzo di tale tipologia contrattuale va limitato a situazioni eccezionali e temporanee, pur evitando di formulare elementi ostativi all'approvazione del bilancio d'esercizio 2016 dell'Azienda.

⁹⁷ Si veda la Relazione al bilancio d'esercizio 2016 ASUR Marche, pag. 193.

Nella sopra citata delibera regionale, è stato inoltre ha evidenziato che, nella Relazione del Direttore Generale, il costo complessivo del personale dipendente risulta valorizzato per l'importo di 731.539.010 euro⁹⁸, mentre assume l'importo di 743.596.457 euro, in quanto comprensivo anche il costo del personale non dipendente⁹⁹.

Costo complessivo del personale per ruolo ed area - ASUR Marche - anni 2016/2015

COSTO DEL PERSONALE PER RUOLO E AREA		Bilancio di esercizio anno	Bilancio di previsione anno	Bilancio di esercizio anno	Variazione vs Bilancio 2015		Variazione vs Previsione 2016	
		2015	2016	2016	assoluto	%	assoluto	%
Ruolo sanitario	Dirigenza medica	256.788.935	254.305.855	254.554.411	-2.234.525	-0.9	248.556	0.1
	Dirigenza non m.	27.519.805	28.148.905	27.632.944	113.139	0.4	515.961	-1.8
	Comparto	301.124.464	299.562.658	300.533.037	-591.427	-0.2	970.379	0.3
Ruolo professionale	Dirigenza	1.572.511	1.724.662	1.614.413	41.902	2.7	-110.250	6.4
	Comparto	2.140	2.140	0	2.140	-100	2.140	-100
Ruolo tecnico	Dirigenza	3.507.979	3.400.158	3.545.331	37.353	1.1	145.173	4.3
	Comparto	89.360.933	92.179.627	90.454.392	1.093.459	1.2	-1.725.235	-1.9
Ruolo amministrativo	Dirigenza	6.955.710	6.699.046	6.787.323	-168.387	-2.4	88.277	1.3
	Comparto	47.483.184	47.640.917	46.417.159	-1.066.025	-2.2	1.223.759	-2.6
TOTALE		728.142.979	733.663.968	731.539.010	-2.776.652	-0.4	-2.124.959	-0.3

Fonte: Allegato "E" – Relazione del Direttore generale d'accompagnamento al bilancio d'esercizio anno 2016 – ASUR Marche.

Con particolare riferimento al personale dipendente, l'Azienda ha registrato una riduzione dei costi pari a 2.800.000 euro¹⁰⁰, per l'anno 2016, per effetto dei seguenti fenomeni:

- saldo positivo di maggiori costi tra le assunzioni e cessazioni intervenute nell'anno 2016, per 5,2 mln euro;
- trascinarsi, in termini di risparmio del 2015 sul 2016, per 2,4 mln euro;
- variazione dei fondi contrattuali, compresi gli oneri, per l'importo di 5,3 mln euro.

Quanto sopra elencato trova rappresentazione, al livello di Aree Vaste, nella tabella che segue¹⁰¹.

⁹⁸ Si veda la Relazione al Bilancio d'esercizio 2016 ASUR Marche, pag. 183.

⁹⁹ Si veda la Relazione al Bilancio d'esercizio 2016 ASUR Marche, pag. 141.

¹⁰⁰ Si veda la Relazione al Bilancio d'esercizio 2016 ASUR Marche, pag. 183.

¹⁰¹ Per ulteriori approfondimenti, si veda l'Allegato "E" – Relazione del Direttore generale d'accompagnamento al Bilancio d'esercizio anno 2015 – pagg. 201-202, in cui si specifica che "nel grafico 4.5.2.2 mostrando il TO 2015 come saldo assunzioni su cessazioni a costo standard, di seguito il grafico in cui si rappresentano i TO 2015 per AA.VV., con i risparmi da CO.CO.CO e Prestazioni aggiuntive e con il risparmio del trascinarsi."

Fattori di variazione del costo del personale per Area Vasta – ASUR Marche - anni 2015/2016

Area Vasta	Trascinamento 2016	Valore assunzioni anno 2016	Valore cessazioni anno 2016	Prestazioni aggiuntive 2016 su 2015	Co.Co.Co. 2016 su 2015	Turn-over con risparmio Co.Co.Co e prest. agg.	Turn-over con trascinamento 2016 e risparmi Co.Co.Co. e prest. agg.
AV1	-336.597	5.313.531	-4.677.813	449.641	17.061	126,2%	116,8%
AV2	-2.341.969	17.361.545	-13.833.894	-198.800	-196.843	122,0%	104,8%
AV3	729.935	5.916.735	-6.407.166	-259.949	-887	88,7%	80,0%
AV4	333.054	4.456.387	-4.021.675	-182.588	-80.293	104,0%	112,8%
AV5	672.150	6.867.112	5.347.912	-255.284	-312.292	116,7%	131,7%
Consolidato	-2.403.297	39.915.310	34.288.460	-573.255	-573.255	113,1%	105,9%

Fonte: Allegato "E" – Relazione del Direttore generale d'accompagnamento al bilancio d'esercizio anno 2016 – ASUR Marche.

Con riferimento al turn over, si evidenzia un andamento caratterizzato da livelli al di sotto del 100 per cento, nei primi mesi dell'anno 2016, che si innalza sia durante i mesi estivi al fine di garantire le ferie, sia a fine anno, periodo a cui si rimandano tutte le assunzioni, non effettuate fino a quel momento, anche al fine di minimizzarne l'impatto economico di tale spesa sul bilancio dell'esercizio.

2.13 VERIFICA DEL RISPETTO DEI LIMITI DI SPESA PROGRAMMATI DALLA REGIONE MARCHE

In linea con il contesto normativo di riferimento (decreto legge 31 maggio 2010 n. 78, convertito in legge 30 luglio 2010 n. 122, decreto legge 6 luglio 2011 n. 98, convertito in legge 15 luglio 2011 n. 11, e decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito nella legge 7 agosto 2012 n. 135), le cui disposizioni costituiscono principi generali di coordinamento della Finanza pubblica, ai quali devono adeguarsi anche le regioni e gli enti del SSR, il governo delle risorse umane nell'ambito della sanità regionale è stato caratterizzato, con riferimento all'anno 2016, dalla prosecuzione delle manovre di graduale contenimento dei costi del personale, finalizzate alla diminuzione della spesa complessiva del personale, avviate dall'anno 2011 (d.g.r.m. n. 1160 del 01/08/2011, d.g.r.m. n. 1156 del 29/07/2013, d.g.r.m. n. 1161 del 01/08/2011), poi confluite nella d.g.r.m. n. 977/2014, la quale prevede l'adozione di una serie azioni finalizzate a limitare la spesa per il personale, con riferimento al periodo 2014 – 2015¹⁰². Con riferimento all'anno 2016, l'applicazione di tali disposizioni sopra citate, finalizzata a

¹⁰² Per l'anno 2015, la d.g.r.m. n. 977/2014 evidenzia come obiettivo di risparmio sulla spesa di personale, anche in termini di contributo per singola azienda del SSR, quanto riportato nel seguente prospetto:

2015	ASUR	AOR	AOR Marche	INRCA	Totale
Scostamento 2014 rispetto a tetto del personale (2004 - 1,4%)	1.606.077	-1.822.212	-8.030.566	1.881.251	-6.365.451
Rispetto vincolo tetto personale 2015	1.094.996	-929.258	-6.966.352	996.752	-5.803.862
Scostamento 2014 rispetto a tetto del personale (2004 -1,4%)	-511.080	892.954	1.064.214	-884.499	561.589

rientrare nell'obiettivo di spesa ex art. 2, c. 71, l. n. 191/2009 entro il 2020¹⁰³, ha trovato attuazione nell'ambito dei piani occupazionali annuali e di programmazione triennale del fabbisogno di personale dei singoli enti del SSR.

A tal proposito, si evidenzia che la Regione Marche, con d.g.r.m. n. 506 de 5 agosto 2018¹⁰⁴, ha stabilito che tutti gli atti delle Aree Vaste che comportino costi incidenti sulla spesa del personale, dovranno essere adottati con Determina del Dirigente o del Direttore di Area Vasta che dovranno attestare il rispetto dei vincoli previsti dal Programma Triennale di fabbisogno del personale e del Piano Occupazionale 2016, dalla data di approvazione della presente determina succitata.

Con riferimento al contenimento della spesa di personale con rapporto di lavoro flessibile, la Regione Marche, con d.g.r.m. n. 977/2014 - Azione 2, in deroga all'art. 9, c. 28, d.l. n. 78/2010, ha fissato il tetto massimo di spesa del 30 per cento, rispetto alla spesa del 2009, per il 2014, e del 35 per cento, per il 2015, scomputando le spese parzialmente o interamente finanziate da fondi privati, comunitari, statali ovvero da altri enti o istituzioni pubbliche diversi dalla regione.

Successivamente, la Regione, con l'art. 27 della l.r. n. 33/2014, ha stabilito che gli Enti del Servizio sanitario regionale (SSR) siano tenuti al rispetto delle disposizioni di principio di cui agli articoli 6 e 9 del d.l. 31 maggio 2010, n. 78 (Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di

La d.g.r.m. n. 977/2014 prevede, all'Allegato a - Azione 1 - Riduzione spesa complessiva del personale" che: al fine del rispetto nel biennio 2014-2015 del tetto di spesa del personale fissato dalla legge 27 dicembre n. 296 dall'articolo 1, comma 565, pari all'ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento le aziende ed enti del SSR dovranno, a chiusura dei bilanci d'esercizio anni 2014 e 2015, contenere la spesa di personale, calcolata secondo i criteri della Circolare del MEF n. 9/2006, entro i seguenti importi economici:

ENTI	COSTO PERSONALE CIRCOLARE MEF N. 9/2006	
	ANNO 2014	ANNO 2015
ASUR	616.787.479	617.298.559
A.O.U. OSPEDALI RIUNITI ANCONA	146.928.831	146.035.876
A.O. MARCHE NORD	96.671.185	95.606.969
INRCA	35.656.326	36.540.825

¹⁰³ La scadenza per gli adempimenti previsti dall'art. 2 c. 71 l. n. 191/2009, fissata al 2015 (ai sensi dell'art. 17, c. 3, d.l. n. 98/2011), è stata successivamente prorogata al 2020 dall'art. 1, comma 584, della l. n. 190/2014 che stabilisce: "All'articolo 17 del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni: a) al comma 3, le parole: «degli anni 2013, 2014 e 2015» sono sostituite dalle seguenti: «degli anni dal 2013 al 2020»; b) il comma 3-bis è sostituito dal seguente: «3-bis. Alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi di cui al comma 3 del presente articolo si provvede con le modalità previste dall'articolo 2, comma 73, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. La regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento di tali obiettivi. In caso contrario, per gli anni dal 2013 al 2019, la regione è considerata adempiente ove abbia raggiunto l'equilibrio economico e abbia attuato, negli anni dal 2015 al 2019, un percorso di graduale riduzione della spesa di personale fino al totale conseguimento nell'anno 2020 degli obiettivi previsti all'articolo 2, commi 71 e 72, della citata legge n. 191 del 2009».

¹⁰⁴ Si veda la d.g.r.m. n. 506 del 5 agosto 2016 avente ad oggetto "Approvazione del Programma triennale di fabbisogno del personale 2016/2018 e del Piano Occupazionale Annuale 2016", pagg. 2-3, nella qual e si precisa che " ... di inviare la presente determina al Direttore del DIRMT il quale, nel liquidare la retribuzione di risultato/produttività per la remunerazione degli obiettivi anche legati alla produzione incrementale relativa agli anni 2016, 2017, 2018, è tenuto ad acquisire l'attestazione del rispetto dei vincoli di spesa da parte dei Direttori di Area Vasta interessati, dandone atto nell'istruttoria e ad inoltrare il relativo provvedimento alla Direzione Generale; ...".

competitività economica), convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, ferma restando la possibilità, per gli stessi enti, di ricorrere comunque ad assunzioni di personale a tempo determinato e ad altre tipologie di rapporti di lavoro flessibile, nella misura strettamente necessaria ad assicurare le attività di emergenza e urgenza o il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.

2.14 LA PROGRAMMAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE PER L'ANNO 2016

2.14.III Piano occupazionale per l'anno 2016

Per l'anno 2016, l'ASUR con determina del Direttore Generale n. 506 del 05/08/2016 (come successivamente modificata con le determine n. 542 del 16/09/2016 e n. 603 del 30/09/2016¹⁰⁵) ha

¹⁰⁵ Si veda la d.g.r.m. n. 1191 del 6 ottobre 2016, Documento istruttorio, pagg. 3-4: "Con la determina n. 506 del 5.08.2016 il direttore generale dell'ASUR approva il piano occupazionale dell'anno 2016 e il programma triennale del fabbisogno 2016/2018 dell'ASUR, corrispondente alla sommatoria dei piani occupazionali annuali e triennali delle n. 5 aree vaste e costituente la programmazione triennale del fabbisogno dell'azienda.

- Con le successive determine n. 542 del 16.09.2016 e n. 603 del 30.09.2016, rettifica per la parte relativa agli allegati la precedente determina n. 506/2016.

L'azienda, nei provvedimenti in esame, precisa:

che il programma triennale di fabbisogno potrà essere oggetto di revisione in applicazione di sopravvenute direttive regionali ed esigenze aziendali;

che i direttori di area vasta hanno attestato che i piani occupazionali delle 5 aree vaste sono compatibili con il budget provvisorio 2016 assegnato con determina n. 412/2016, in coerenza con la DGR n. 1224/2015 e rispettano il tetto del personale ex art. 2, commi 71 e 72 della legge n. 191/2009 (costo del personale anno 2004 -1,4%) determinato ai sensi della circolare n. 9/2006 pari ad Euro 618.393.554;

certifica il rispetto del vincolo del personale per l'anno 2015 e dichiara che il piano complessivo è compatibile con il budget assegnato all'azienda con d.g.r. n. 1224/2015;

che i direttori di area vasta hanno attestato il rispetto del vincolo del costo del personale per i rapporti di lavoro flessibile di cui all'art. 27 della L.R. n. 33/2014 nonché il rispetto delle disposizioni relative a missioni, consulenze e formazione di cui alla DGR n. 977/2014; che le assunzioni mediante mobilità del personale della CR1 in applicazione dell'art. 1, comma 397 della L. 208/2015 di cui all'elenco, che verrà comunicato dalla Regione, dovranno essere considerate integrazione del piano di fabbisogno triennale e considerati costi fuori del tetto di spesa del 2004. Nel frattempo, le direzioni di area vasta non potranno assumere personale dei relativi profili sino all'assorbimento del personale della CR1;

approva i piani di stabilizzazione delle aree vaste e finalizza le risorse economiche alle operazioni di riduzione del precariato ex art. 35 del d.lgs. 165/2001;

fornisce disposizioni ai direttori di area vasta relative ai piani occupazionali e ad eventuali modifiche degli stessi;

prevede, infine, che il direttore del Dirmt, nel liquidare l'importo degli incentivi degli anni 2016-2017-2018, acquisisca da parte dei direttori delle aree vaste l'attestazione del rispetto dei vincoli di spesa;

trasmette l'atto alle Organizzazioni Sindacali della Dirigenza e del Comparto;

il piano occupazionale 2016 comporta un effetto trascinarsi sul 2017 di 4.487.240 euro, di cui 3.621.296 derivante dalle n. 82 unità di personale aggiuntive autorizzate per l'applicazione della normativa in materia di orario di lavoro. Tali importi sono determinati secondo la circolare n. 9/2006 del Mef;

L'azienda dichiara che il maggior costo verrà riassorbito con azioni di revisione dell'assetto organizzativo e di contenimento della spesa del personale (riduzione prestazioni aggiuntive, riduzione costi CO. CO. CO. per revisione fondi contrattuali ...), per garantire il riallineamento nell'anno 2020 al vincolo di spesa dell'art. 2 della legge n. 191/2009.

L'impatto economico del piano occupazionale complessivo dell'anno 2016 derivante dalla sommatoria dei piani occupazionali delle cinque aree vaste comporta il mantenimento del rispetto del vincolo della spesa di personale correlata al costo dello stesso personale al 2004 ridotto dell'1,4%, anche se deve essere segnalato l'incremento del relativo costo, che trova giustificazione nelle disposizioni di cui alla legge n. 190/2014 e dunque ai costi obbligatoriamente intervenuti in conseguenza della relativa attuazione."

198 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

approvato il Piano occupazionale annuale 2016 ed il Programma Triennale di fabbisogno del personale per il periodo 2016-2018¹⁰⁶, corrispondenti alla sommatoria dei rispettivi piani e programmi delle cinque Aree Vaste Territoriali, nel rispetto del vincolo di spesa ex art. 2, c. 71, l. n. 191/2009, determinato ai sensi della Circolare MEF n. 9/2006 (come da attestazioni dei Direttori di Area Vasta acquisite agli atti del fascicolo), nonché sulla base delle prescrizioni formulate dalla Regione in sede di approvazione del Piano occupazionale 2015, con d.g.r.m. n. 364 del 28.04.2015¹⁰⁷.

A tale scopo, la Direzione aziendale ha avviato in precedenza un percorso di rilevazione del fabbisogno impartendo le necessarie indicazioni, affinché ciascuna direzione di Area Vasta provvedesse ad elaborare la propria proposta di Piano Occupazionale Annuale e Programma triennale del fabbisogno.

Sulla base delle attestazioni dei Direttori di Area Vasta, depositate agli atti, i Piani Occupazionali delle 5 Aree Vaste sono stati dichiarati compatibili con il budget provvisorio 2016, assegnato con determina n. 412/2016, in coerenza con la d.g.r.m. n. 1224/2015, e coerenti con i vincoli normativi ex art. 2, l. n. 191/2009 (quest'ultimo determinato, ai sensi della Circolare MEF n. 9/2006, nell'importo complessivo di 618.393.554 euro¹⁰⁸), ex art. 27, l.r. n. 33/2014, relativamente ai rapporti di lavoro flessibile, nonché con le disposizioni normative relative alle missioni, consulenze e formazione di cui alla d.g.r.m. n. 977/2014 e rispetto al limite di budget provvisorio 2016, assegnato alle Aree Vaste con la sopra citata determina n. 412/2016.

¹⁰⁶ Si veda la d.g.r.m. n. 506 del 5 agosto 2016 avente ad oggetto "Approvazione del Programma triennale di fabbisogno del personale 2016/2018 e del Piano Occupazionale Annuale 2016", Documento istruttorio, pagg. 5-7, nella quale si precisa che "Ai sensi della Legge 27 dicembre 1997, n. 449 "Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica" Art.39 (*Disposizioni in materia di assunzioni di personale delle amministrazioni pubbliche e misure di potenziamento e di incentivazione del part-time*), al fine di assicurare le esigenze di funzionalità e di ottimizzare le risorse per il migliore funzionamento dei servizi compatibilmente con le disponibilità finanziarie e di bilancio, gli organi di vertice delle amministrazioni pubbliche sono tenuti alla programmazione triennale del fabbisogno di personale.

¹⁰⁷ Si veda la d.g.r.m. n. 506 del 5 agosto 2016 avente ad oggetto "Approvazione del Programma triennale di fabbisogno del personale 2016/2018 e del Piano Occupazionale Annuale 2016", pagg. 6-7, nella quale si precisa che: " Con Determina ASUR/DG n. 221 dell'11.4.2015, inoltrata alla Giunta Regionale per il controllo di cui all'art. 28 della L.R. n. 26/1996 e ss.mm.ii., è stato approvato il Piano Occupazionale annuale (2015) e la Programmazione di fabbisogno del personale triennale (2015-2017) corrispondente alla sommatoria dei piani occupazionali annuali e triennali delle cinque Aree Vaste Territoriali. La Giunta della Regione Marche, con propria deliberazione n. 364 del 28.04.2015 ha approvato la programmazione, con la seguente prescrizione "*L'azienda dovrà ridurre per l'anno 2015 il costo del personale dell'importo necessario ad evitare, per gli anni 2016 e 2017, un trascinarsi negativo dello stesso costo che pregiudichi il raggiungimento, per gli stessi anni del vincolo di cui all'art. 2 L. n. 191 del 23.12.2009 (costo del personale 2004 ridotto dell'1,4%)*".

¹⁰⁸ Si veda la d.g.r.m. n. 506 del 5 agosto 2016 avente ad oggetto "Approvazione del Programma triennale di fabbisogno del personale 2016/2018 e del Piano Occupazionale Annuale 2016", pag. 7, nella quale si precisa che: "Il dato consolidato Asur, pari ad € 618.268.344 evidenzia il rispetto per l'anno 2016 del vincolo del costo del personale dell'anno 2004 ridotto dell'1,4%, determinato a livello aziendale, ai sensi della Circ. MEF n. 9/2006 in misura pari ad € 618.393.554."

¹⁰⁹ Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

In considerazione di tale programmazione, l'anno 2016 si è chiuso con un aumento complessivo di 195 unità di personale, determinata come differenza tra il numero di teste al 31/12/2015 (pari a 13.795 unità) e quello al 31/12/2016 (pari a 13.990 unità), come illustrato nella tabella che segue.

Dotazione organica dell'ASUR Marche: variazioni nel periodo 2015 - 2016

DOTAZIONE ORGANICA		Totale teste al 31/12/2015	n. assunti		n. cessati		Teste al 31/12/2016*
RUOLO	AREA		T.I.	T.D.	T.I.	T.D.	
Sanitario	Dirigenza medica	2.263	118	302	142	268	2.273
	Dirigenza non m.	299	24	30	19	34	300
	Comparto san.	7.054	233	912	247	802	7.150
Professionale	Dirigenza	14	3	1	-	4	14
	Comparto	11	-	-	-	-	11
Tecnico	Dirigenza	35	1	1	1	-	36
	Comparto tec.	2.701	58	587	72	503	2.771
Amministrativo	Dirigenza	70	4	2	5	-	71
	Comparto	1.348	78	18	67	13	1.364
		13.795	519	1.853	553	1.624	13.990

* comprese le cessazioni al 31/12/2015 ma escluse le cessazioni previste con decorrenza 31/12/2016.

Fonte: Allegato "E" – Relazione del Direttore generale d'accompagnamento al bilancio d'esercizio anno 2016 – ASUR Marche.

Rispetto alla situazione complessiva aziendale, è stato registrato un aumento dell'1,54 per cento con riferimento all'Area Vasta 1, dello 2,17 per cento per l'Area Vasta 2, dell'1,25 per cento per l'Area Vasta 4 e del 2,5 per cento per l'Area Vasta 5, mentre si registra una diminuzione dello 0,29 per cento per l'Area Vasta 3.

L'andamento delle assunzioni per Area Vasta, tra il 2015 ed il 2016, è illustrato nella tabella seguente¹⁰⁹.

Dotazione organica dell'ASUR Marche: variazioni per Area Vasta nel periodo 2015 - 2016

AREA VASTA ASUR Marche	Totale teste al 31/12/2015	T.I.	T.D.	T.I.	T.D.	Totale teste al 31/12/2016
Area Vasta 1	2.084	122	223	103	210	2.116
Area Vasta 2	4.277	86	1.000	152	841	4.370
Area Vasta 3	3.432	117	165	30	162	3.422
Area Vasta 4	1.600	88	167	80	155	1.620
Area Vasta 5	2.402	106	298	88	256	2.462

Fonte: Allegato "E" – Relazione del Direttore generale d'accompagnamento al bilancio d'esercizio anno 2016 – ASUR Marche.

¹⁰⁹ Per ulteriori approfondimenti, si veda anche la Relazione al Bilancio d'esercizio 2016 ASUR Marche, pag. 181, grafico 4.5.1.2 – Variazione unità di personale dipendente 2016/2015.

Inoltre, in conformità alle previsioni di cui all'art. 6, c. 7, d. lgs. n. 178/2012¹¹⁰, come modificato dall'art. 1, c. 397, lett. d), della l. n. 208/2015¹¹¹, le assunzioni mediante mobilità del personale (il cui elenco dovrà esser comunicato dalla regione) sono state considerate come integrazione del Programma triennale di fabbisogno del personale 2016-2018, pur non rilevando ai fini del rispetto dei limiti di spesa di cui all'art. 2, c. 71, della Legge 23 dicembre 2009 n. 191¹¹².

2.14.2 Il Programma triennale del fabbisogno di personale per il triennio 2016-2018

Il Programma triennale del fabbisogno di personale 2016-2018, ha carattere programmatico e suscettibile di aggiornamento in applicazione di sopravvenute direttive regionali ed esigenze aziendali.

In tale contesto di programmazione, nel Piano occupazionale dell'anno 2016 sono state previste 2.335 assunzioni (Tempo Indeterminato + Tempo Determinato) a fronte di n. 1.395 cessazioni (Tempo Indeterminato + Tempo Determinato), per cui, a fronte di una spesa per assunzioni di 40.223.267 euro e di un risparmio da cessazioni di 32.460.740 euro, l'Azienda ha registrato un incremento di spesa del personale di 5.359.230 euro, comprensivo dell'effetto trascinalimento a risparmio aziendale delle assunzioni dell'anno 2015, pari a 2.403.297 euro.

Il Piano di fabbisogno dell'anno 2017 ha invece previsto n. 846 assunzioni (Tempo Indeterminato + Tempo Determinato) a fronte di n. 877 cessazioni (Tempo Indeterminato + Tempo Determinato),

¹¹⁰ Decreto Legislativo 28 settembre 2012, n. 178 "Riorganizzazione dell'Associazione italiana della Croce Rossa (C.R.I.), a norma dell'articolo 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183." All'art. 6 – Personale, comma 7, dispone che: "Con accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, può essere favorito il passaggio di personale della CRI e quindi dell'Ente presso enti e aziende del Servizio sanitario nazionale, senza apportare nuovi e maggiori oneri alla finanza pubblica e comunque, compatibilmente con i vincoli previsti in materia di personale sia dalla legislazione vigente sia, con riferimento alle regioni sottoposte ai piani di rientro dai deficit sanitari o ai programmi operativi di prosecuzione degli stessi, da detti piani o programmi. Per le Regioni che deliberano di gestire in via diretta, tramite il Servizio sanitario nazionale, le attività sanitarie e socio sanitarie già affidate in convenzione alla CRI, l'accordo di cui al periodo precedente, in deroga al comma 6, terzo periodo, può prevedere il passaggio di personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato della CRI a tali attività preposto, disponendo il trasferimento delle risorse finanziarie occorrenti al relativo trattamento economico in applicazione dell'articolo 30, comma 2-quinquies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165."

¹¹¹ Legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)" all'art. 1, comma 397, dispone che "Al decreto legislativo 28 settembre 2012, n. 178, sono apportate le seguenti modificazioni: ...d) all'articolo 6, i commi 6 e 7 sono sostituiti dai seguenti: 6. Al personale civile e militare della CRI e quindi dell'Ente, compreso quello di cui all'articolo 8, comma 2, assunto da altre amministrazioni si applica l'articolo 5, comma 5, secondo periodo. I processi di mobilità previsti dall'articolo 7, comma 2-bis, del decreto-legge 31 dicembre 2014, n. 192, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 febbraio 2015, n. 11, si applicano al personale risultante eccedentario rispetto al fabbisogno definito ai sensi dell'articolo 3, comma 4, terzo periodo, per ciascun profilo professionale nell'ambito territoriale regionale."

¹¹² Si veda la d.g.r.m. n. 506 del 5 agosto 2016 avente ad oggetto "Approvazione del Programma triennale di fabbisogno del personale 2016/2018 e del Piano Occupazionale Annuale 2016", pag. 3, nella quale si precisa che: "Le Direzioni di Area vasta sono state tenute al rispetto della norma che prevede il divieto di assumere il personale in parola sino al totale assorbimento di quello in mobilità."

per un costo complessivo di 18.278.386 euro, a fronte di un risparmio da cessazioni di 20.148.957 euro, a cui si aggiunge una maggiore spesa effetto trascinarsi del piano occupazionale dell'anno 2016, pari ad 8.210.778 euro. Ne deriva, pertanto, che l'Azienda ha registrato, nell'anno 2017, un incremento di spesa del personale di 6.340.207 euro.

Il Piano di fabbisogno dell'anno 2018 ha previsto n. 650 assunzioni (Tempo Indeterminato + Tempo Determinato) a fronte di n. 486 cessazioni (Tempo Indeterminato + Tempo Determinato + co.co.co.), per un costo complessivo di 13.454.507 euro, a fronte di un risparmio da cessazioni di 13.109.923 euro, a cui si aggiunge una maggiore spesa, con effetto trascinarsi del piano occupazionale dell'anno 2017, pari a 966.330 euro. Ne deriva, pertanto, che l'Azienda registra, nell'anno 2018, un incremento di spesa del personale di 1.310.914 euro.

Nel triennio 2016/2018, sono stati conseguiti sia un incremento di spesa per il personale assunto a tempo indeterminato e determinato, pari a 13.010.351 euro, che un risparmio derivante da riduzione dei rapporti di CO. CO. CO., certificato nell'allegato 8 della determina n. 506/2016, di 1.713.567 euro¹¹³.

Nel programma triennale in oggetto è stato considerato prioritario dare seguito al completamento del piano assunzioni autorizzato e non completato nel 2015, laddove coerente con il riordino delle reti cliniche di cui alla d.g.r.m. n. 1219/2014, tenuto conto dei vincoli esistenti. Come disposto dalle d.g.r.m. n. 665/2015 e n. 666/2015, la messa a regime delle succitate reti cliniche, potrà realizzarsi soltanto in presenza del raggiungimento di standard minimi di personale tali da garantire sicurezza per i pazienti e gli operatori. Al riguardo, la scelta strategica aziendale è stata quella di assicurare la copertura dei posti di direttore di struttura complessa, il cui lavoro darà seguito alla piena attuazione delle reti attraverso la loro governance, avviando il percorso di riallocazione delle risorse umane e tecnologiche secondo il disegno programmatico della specifica rete. Si rende necessario inoltre garantire un adeguato livello assistenziale per le urgenze ed emergenze, nonché per l'attività ordinaria non differibile (patologie oncologiche invasive o in stadio avanzato, lesioni vascolari a rischio di sanguinamento ecc.) anche nel periodo estivo. Infatti, il mantenimento dei livelli assistenziali deve essere contemperato con gli obblighi contrattuali di garantire il godimento delle

¹¹³ Si veda la d.g.r.m. n. 1191/2016, documento istruttorio, nel quale si riferisce che L'ASUR Marche ha allegato il prospetto riepilogativo relativo all'impatto economico del Piano occupazionale 2016 e del fabbisogno triennale 2016/2018, sulla base del quale, unitamente agli elementi contenuti nel documento istruttorio, nelle more dell'adozione dei nuovi indirizzi di programmazione, la Giunta regionale ha espresso, per la parte di competenza, parere favorevole all'adozione dell'atto in oggetto.

ferie estive del personale. Da qui la scelta aziendale di integrare per il periodo estivo la quota minima relativa soprattutto al comparto ed alle aree di emergenza ed urgenza.

Relativamente alle progettualità che, coerentemente con gli obiettivi prioritari e le disposizioni regionali, l'azienda intende realizzare, sempre nel rispetto del vincolo triennale e con la flessibilità indispensabile per lo start up, la programmazione del fabbisogno prevede assunzioni finalizzate:

- a garantire il rispetto della l. n. 161/2014¹¹⁴, in particolare nell'ambito dell'emergenza-urgenza, dove la continuità in guardia attiva determina il consumo di un elevato numero di ore di lavoro del personale;
- a ridurre le liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ai sensi della d.g.r.m. n. 808/2015¹¹⁵, anche, e non solo, con l'utilizzo del "Fondo Balduzzi". Il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva legata alla dematerializzazione, al corretto utilizzo delle classi di priorità e dei RAO¹¹⁶, permetterà un successivo recupero del fabbisogno di ore lavoro nell'ambito del triennio in questione;
- a completare la rete dell'emergenza-urgenza prevista dalla determina n. 915/2015 e dalla d.g.r.m. n. 319/2016, resasi necessaria in considerazione della trasformazione delle piccole strutture ospedaliere in Ospedali di Comunità. Soprattutto nella fase di riduzione di attività e di definitiva trasformazione dei punti di primo intervento (P.P.I.) in ambulatori territoriali, si è reso necessario che la rete dell'emergenza fosse adeguata, pienamente efficiente ed equamente distribuita. Questo in considerazione anche del fatto che le cure intermedie attivate nella fase di completamento degli Ospedali di Comunità non consentono, al momento, un possibile recupero di risorse. I risultati si potranno verificare solo con la messa a regime del sistema;
- a dare inizio ad una reingegnerizzazione dell'area territoriale, la quale presenta al momento notevoli criticità tali da indurre inefficiente di sistema.

¹¹⁴ Legge n. 161 del 30 ottobre 2014, contenente "Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea".

¹¹⁵ D.g.r.m. n. 808 del 29/09/2015 "Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per le prestazioni di Specialistica ambulatoriale e diagnostica sottoposte a monitoraggio dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA), per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2015-2016".

¹¹⁶ Si definiscono R.A.O. i cd. livelli di "Raggruppamento Attesa Omogenei", in base ai quali le prestazioni erogate dal SSN sono prescritte, prenotate e garantite, a livello regionale, in base alla loro priorità clinica, stabilita dal Medico prescrittore, con l'apposizione di appropriata indicazione nella prescrizione, individuate secondo le seguenti classi di priorità:

Urgente - Accesso in Pronto Soccorso;

Priorità U - Urgenza differibile, attesa massima 3 giorni);

Priorità B - Breve (attesa massima 10 giorni);

Priorità D - Differita (attesa massima tra 30 giorni e 60 giorni);

Priorità P - Programmata (è programmabile comunque di norma non oltre i 300 gg).

Con d.g.r.m. n. 1191 del 6 ottobre 2016, la Regione ha infine approvato la determina di adozione del Piano Occupazionale del personale 2016 e del Programma Triennale di fabbisogno del personale 2016-2018 di ASUR Marche, con la prescrizione che, ai fini dell'attuazione dell'art. 1, comma 397, lett. d), l. n. 208/2015, sarà necessario che l'Azienda provveda ad integrare, all'esito dell'accordo di mobilità, da sottoscrivere a livello regionale, il piano di fabbisogno triennale, di cui alle determine n. 506/2016 e n. 542/2016, con le unità di personale della Croce Rossa Italiana assegnate alla Regione Marche.

A seguito di richiesta di specifici chiarimenti in merito all'avvenuto adempimento da parte dell'ASUR Marche di quanto prescritto dalla Regione con la sopra citata delibera n. 1191/2016, l'Azienda ha risposto, con nota prot. n. 10100 del 5 aprile 2018, che, con email del 28/11/2016, del 29/12/2016, del 30/12/2016 e del 10/01/2017 e con nota prot. 92514 del 29/12/2016, la Regione Marche ha trasmesso l'elenco e la documentazione inerente il personale avente titolo al trasferimento sopra citato, per un totale di n. 34 unità, di cui n. 32 cat. A2 e n. 2 cat. B1, con email del 28/11/2016, del 29/12/2016, del 30/12/2016 e del 10/01/2017 e con nota prot. 92514 del 29/12/2016, come si evince dal documento istruttorio di cui alla Determina ASUR/DG n. 606/2017.

Con successive note datate 30/12/2016 e 18/01/2017, la Direzione Generale ha disposto le assegnazioni provvisorie del ridetto personale, presso le Aree Vaste, a decorrere dal 01/01/2017.

In riferimento a quanto sopra esposto, l'ASUR Marche ha quindi integrato il Piano Occupazionale 2017 con le unità di personale della CRI assegnate, come evidenziate nei singoli Piani di Area Vasta in relazione alle unità attribuite.

Il costo per il personale come sopra individuato, non rileva ai fini del rispetto dei limiti di spesa di cui all'art. 2, c. 71, della l. 23 dicembre 2009, n. 191.

Il Piano Occupazionale per l'anno 2017 e la Programmazione triennale del fabbisogno di personale anni 2017/2019 sono stati adottati dall'Azienda con la sopra citata determina n. 606/2017¹¹⁷ ed

¹¹⁷ Nel Documento istruttorio della sopra citata d.g.r.m. n. 606/2017 si precisa che "L'azienda nel provvedimento in esame:
-attesta la compatibilità del piano occupazionale con il budget assegnato dalla Regione Marche con deliberazioni nn. 1640/2016 e 820/2017;
-dà atto che nell'ambito della programmazione triennale le aree vaste hanno attestato l'impegno al graduale riassorbimento delle eccedenze di costo, garantendo il rispetto delle disposizioni di contenimento della spesa del personale, di cui all'art. 2, commi 71 e 72 della Legge 191/2009, e che la Direzione Generale ASUR ha espressamente previsto il riallineamento, entro il 2020 al suddetto vincolo di spesa, nell'allegato 6 alla determina in esame;
-attesta a livello aziendale il rispetto dei vincoli previsti dall'art. 9, comma 28, del decreto legge n. 78/2010, convertito in legge n. 122/2010, e dell'art. 27 della L.R. 33/2014;
-modifica il piano di riduzione del precariato, approvato con determina ASUR/DG n. 506/2016, limitatamente al prospetto dell'area vasta n. 2, che prevede, nell'allegato 7, n. 28 unità aggiuntive, per un costo incrementale di Euro 810.513;
204 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

approvati dalla Regione Marche con d.g.r.m. n. 1251/2017, con la prescrizione che l'Azienda garantisca la riduzione del rapporto tra unità equivalenti a tempo indeterminato e a tempo determinato, rispetto al 2016, come previsto nella d.g.r.m. n. 146/2017¹¹⁸, nel senso, cioè, di ridurre i rapporti a tempo determinato e di aumentare i rapporti a tempo indeterminato, nel rispetto dell'obiettivo di riduzione del precariato. L'azienda dovrà, conseguentemente, incrementare i fondi contrattuali correlati alla modifica di dotazione organica solo dal momento dell'effettiva copertura del nuovo posto.

2.15 ADEMPIMENTI AI SENSI DELL'ART. 2, COMMA 72, LETTERE A) E B), DELLA L. N. 191/2009

Anche con riferimento all'anno 2016, il Collegio Sindacale ha attestato che l'ASUR Marche ha provveduto ad attuare gli adempimenti di cui all'art. 2, c. 72, lett. a) e b) della l. n. 191/2009¹¹⁹, per

-prevede che nel costo del personale sia ricompresa anche la retribuzione di risulta-to/produktività, per la remunerazione degli obiettivi legati alla produzione incrementale del DIRMT;

-dichiara di aver effettuato l'informativa alle Organizzazioni Sindacali del Comparto e della Dirigenza con nota prot. 27251 del 28/9/2017;

-attesta che le aree vaste hanno adottato gli atti inerenti i piani delle azioni positive per il triennio 2017-2019, e di costituzione dei Comitati Unici di garanzia. Sono in corso di adozione gli atti per la costituzione dei CUG delle aree vaste nn. 1 e 2;

è stato completamente attuato, in quanto le procedure di reclutamento, sebbene attivate, non sono state tutte concluse nell'anno, per cui n. 245 unità non risultano assunte e sono state riproposte dai direttori di area vasta nel piano occupazionale 2017;

-finalizza le ulteriori assunzioni al rispetto del turn over dell'anno 2017, come previsto nella deliberazione della Giunta regionale n. 243/2017;

-prevede, per il rispetto della normativa sull'orario di lavoro e l'applicazione della DGR n. 423/2014 per la continuità assistenziale, l'assunzione di personale medico e del comparto; inoltre, programma assunzioni per attività di potenziamento e progettualità, individuate con specifiche schede per ogni area vasta, con risorse che vanno oltre il 100% del turn over;

-inserisce, nel piano occupazionale, le assunzioni del personale della CRI, transitato in mobilità ai sensi dell'art. 1, comma 397, della legge n. 208/2015, il cui costo non rileva ai fini del rispetto del limite di spesa dell'art. 2, commi 71 e 72, della legge n. 191/2009;

-evidenzia, nell'allegato 8, le assunzioni per categorie protette, pari a n. 48 unità nel triennio, oltre a possibili assunzioni derivanti dall'applicazione delle riserve nei pubblici concorsi, e un fabbisogno aggiuntivo al piano assunzioni per gli eventi sismici 2016, approvato con Determina ASUR DG n. 20/2017 dell'area vasta n. 5, per un costo aggiuntivo, per l'anno 2017, di Euro 166.738, ed un effetto trascinarsi, sull'anno 2018, di Euro 180.758, per n. 21 assunzioni a tempo determinato in diversi profili.

Il prospetto riepilogativo dell'impatto economico ed assunzionale della determina in esame è riportato in apposito allegato: esso evidenzia un incremento di n. 659 unità nel 2017 (n. 785, a tempo indeterminato, e n. 126 unità in riduzione a tempo determinato), per un costo complessivo di Euro 11.598.421, con effetto trascinarsi, nell'anno 2018, di Euro 12.591.925, impatto che viene parzialmente assorbito, nel biennio 2018-2019, con la previsione delle cessazioni."

¹¹⁸ Con la d.g.r.m. n. 146 del 20.02.2017 sono stati definiti gli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2017

¹¹⁹ L'art. 2, della legge n. 191/2009, al comma 2, lettere a) e b), dispone che " Gli enti destinatari delle disposizioni di cui al comma 71, nell'ambito degli indirizzi fissati dalle regioni, anche in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, per il conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa previsti dal medesimo comma:

a) predispongono un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato, determinato, che presta servizio con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di lavoro flessibile o con convenzioni, finalizzato alla riduzione della spesa complessiva per il personale, con conseguente ridimensionamento dei pertinenti fondi della contrattazione integrativa per la cui costituzione fanno riferimento anche alle disposizioni recate dall'articolo 1, commi 189, 191 e 194, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, e successive modificazioni;

b) fissano parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento, rispettivamente, delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto

205 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

il conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa sanitaria da parte degli Enti del SSN, comprendendo in tale ambito anche le azioni riguardanti i processi di riorganizzazione e la razionalizzazione e l'efficientamento della rete ospedaliera, i seguenti adempimenti:

- a) programma annuale di riduzione della spesa per il personale e conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa;
- b) individuazione standard delle strutture semplici e complesse e delle posizioni organizzative e di coordinamento, rispettivamente, delle aree della dirigenza (dirigenti di primo e secondo livello) e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale (dirigenti professioni sanitarie), secondo la disponibilità dei fondi della contrattazione integrativa.

2.16 VERIFICA DEL RISPETTO DEI VINCOLI DI LEGGE EX ART. 9, COMMA 28, D.L. N. 78/2010

L'Organo di revisione ha compilato la tabella di cui al punto 13 del questionario, ai fini della verifica del vincolo di spesa in oggetto, per l'anno 2016, come di seguito esposto.

Rispetto del limite di spesa per il personale ex art. 9, c. 28, d.l. n. 78/2010 - ASUR Marche - anno 2016

TIPOLOGIA	Anno 2009	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Incidenza 2016 su 2009	Incidenza 2016 su 2014	Incidenza 2016 su 2015
Personale dipendente a tempo indeterminato	753.347.000	691.424.668	691.500.000	684.144.128	90,81%	98,50%	98,94%
Personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa	70.303.228	43.586.674	48.414.000	52.615.678	74,84%	120,72%	108,68%
Personale contratti di formazione lavoro, altri rapporti formativi, somministrazione di lavoro	49.000	-	-	1.087.252	2218,88%	100,00%	100,00%
Personale comandato (costo del personale in comando meno rimborso del personale)	1.849.000	708.000	1.322.000	1.163.297			
Altre prestazioni di lavoro	450.000	518.797	444.000	453.449	100,77%	87,40%	102,13%
Totale costo delle prestazioni di lavoro	822.300.228	734.820.139	739.036.000	737.137.209			

Dati in migliaia di euro

Fonte: Dati relativi al questionario al bilancio di esercizio 2016 compilato dal Collegio Sindacale dell'ASUR Marche

Elaborazione: Corte dei conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

In sede di Parifica del Rendiconto regionale per l'anno 2016, la Regione Marche aveva trasmesso la tabella sopra illustrata, con separata indicazione delle assunzioni dovute all'esigenza di garantire i servizi di emergenza-urgenza e l'erogazione dei LEA.

comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa così come rideterminati ai sensi del presente comma".

206 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

Rispetto del limite di spesa per il personale ex art. 9, c. 28, d.l. n. 78/2010 - ASUR Marche - anno 2016

TIPOLOGIA	Anno 2009	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Incidenza 2016 su 2009	Incidenza 2015 su 2009	Incidenza 2014 su 2009
Personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa	70.303.000	43.586.000	48.414.000	52.615.678	75%	69%	62%
Personale con contratti di formazione-lavoro, altri rapporti formativi, somministrazione di lavoro e lavoro accessorio	49.000	-	-	1.087.252	22195	0%	0%
Totale costo prestazioni di lavoro	70.352.000	43.586.000	48.414.000	53.702.930	765	69%&	62%
di cui costo anno 2015 per assicurare attività di emergenza, urgenza e mantenimento LEA ex art. 27 l.r. n. 33/14							
	70.352.000			9.873.777	14%		

Dati in euro

Fonte: Relazione annessa alla decisione di parificazione sul rendiconto generale della Regione Marche per l'esercizio finanziario 2016

Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

In sede di Parificazione del Rendiconto regionale per l'anno 2016¹²⁰, l'Azienda ha attestato il rispetto del vincolo del rapporto di lavoro flessibile previsto dall'art. 9, comma 28, d.l. n. 78/2010 e dell'art. 27 della l.r. n. 33/2014, precisando che tale obiettivo è stato determinato sia dal risparmio sui costi della formazione (dovuto al mancato completamento del piano annuale di formazione), pari a 66.586,00 euro, rispetto alla spesa preventivata nel 2015, sia dalla riduzione, rispetto al 2015, delle prestazioni aggiuntive, per un importo pari a 300.000,00 euro e delle consulenze, collaborazioni ed altre prestazioni di lavoro, a seguito di stabilizzazione di personale precario¹²¹.

Il Collegio sindacale ha verificato¹²² che l'ASUR Marche si è avvalsa della possibilità, ai sensi dell'art. 1, c. 543, l. n. 208/2015¹²³, di indire procedure straordinarie per l'assunzione di personale medico,

¹²⁰ Si veda la Relazione allegata alla Del. n. 83/2016/PRSS, pag. 843.

¹²¹ Si veda la d.g.r. n. 659/2017, avente ad oggetto: "Controllo atti. L.reg. n. 26/96, art. 28. Determina del direttore generale dell'ASUR n. 256 del 2.05.2017, concernente "Bilancio di esercizio 2016". Approvazione" – pagg. 2, 3.

¹²² Si veda punto 13.3 pag. 26 del questionario al Bilancio d'esercizio 2016 – ASUR Marche.

¹²³ L'art. 1, c. 543, l. n. 208/2015 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge di stabilità 2016), dispone che "In deroga a quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 6 marzo 2015, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 94 del 23 aprile 2015, in attuazione dell'articolo 4, comma 10, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, gli enti del Servizio sanitario nazionale possono indire, entro il 31 dicembre 2016, e concludere, entro il 31 dicembre 2017, procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione di personale medico, tecnico-professionale e infermieristico, necessario a far fronte alle eventuali esigenze assunzionali emerse in relazione alle valutazioni operate nel piano di fabbisogno del personale secondo quanto previsto dal comma 541. Nell'ambito delle medesime procedure concorsuali, gli enti del Servizio sanitario nazionale possono riservare i posti disponibili, nella misura massima del 50 per cento, al personale medico, tecnico-professionale e infermieristico in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge, che abbia maturato alla data di pubblicazione del bando almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi cinque anni con contratti a tempo determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di rapporto di lavoro flessibile con i medesimi enti. Nelle more della conclusione delle medesime procedure, gli enti del Servizio sanitario nazionale continuano ad avvalersi del personale di cui al precedente periodo, anche in deroga ai limiti di cui all'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n.122. In relazione a tale deroga, gli enti del Servizio sanitario nazionale, oltre alla prosecuzione dei rapporti di cui al precedente periodo, sono autorizzati a stipulare nuovi contratti di lavoro flessibile esclusivamente ai sensi del comma 542 fino al termine massimo del 31 ottobre 2016".

207 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

tecnico-professionale e infermieristico e che sono stati stipulati nuovi contratti di lavoro flessibile in deroga ai limiti di cui all'art. 9, c. 8, d.l. n. 78/2010, sulla base delle disposizioni emanate dalla Regione Marche, ai sensi dell'art. 27, l.r. n. 33/2014, allo scopo di assicurare le attività di emergenza/urgenza ed il mantenimento dei LEA. L'ASUR Marche ha comunicato alla Regione Marche le assunzioni per lavoro flessibile effettuate nell'anno 2016 con nota prot. 23091/2017 conservata agli atti.

Di seguito viene riportata la tabella contenete i dati dettagliati riguardanti le assunzioni ai sensi dell'art. 27, l.r. n. 33/2014, effettuate dall'ASUR Marche nel 2016.

Spesa di personale ai sensi dell'art. 27, l.reg. n. 33/2014 – ASUR Marche – anno 2016

RUOLO SANITARIO	COSTI	UNITA'
Dirigenza Medica / Veterinaria	15.731.735	270
Dirigenza Sanitaria: Biologo, Fisico, Psicologo, Dir. Prof. San., Farmacista	2.096.732	31
Comparto: Coll.Prof.li San. Infermiere/Ostetrica, Coll. prof. San. - pers. della riab. - D (fisioterapista/educatore), OSS, Operatore tecn. Spec., Autista di ambulanza, Coll. prof. San. - pers. Vigilanza e ispezione, Coll. prof. San. - Pers. tecn. San. - D, Ingegnere, Assistente Sociale, Ausiliario spec., Operatore tecnico	26.000.685	976
Totale	43.829.152	1.277

Fonte: Relazione annessa alla decisione di parificazione sul rendiconto generale della Regione Marche per l'esercizio finanziario 2016

Dal confronto tra le due tabelle, si rileva la corrispondenza dei dati di spesa del personale con contratto di lavoro flessibile, determinati ai fini della verifica del rispetto del vincolo ex art. 9, c. 28, d.l. n. 78/2010 e dell'art. 27, l.r. n. 33/2014.

I Direttori di Area Vasta hanno attestato, mediante dichiarazioni conservate agli atti del fascicolo, il rispetto del vincolo legislativo derivante dalle disposizioni di cui all'art. 27 della l.r. n. 33/2014 e relativamente, al costo dei contratti di lavoro non dipendente hanno previsto il trend di riduzione¹²⁴. In relazione all'articolo 9, comma 28, decreto legge n. 78/2010, prendendo atto del superamento del limite di spesa di personale con contratto di lavoro flessibile, pari al 50 per cento dell'importo registrato nel 2009, la Sezione evidenzia la necessità di un attento monitoraggio, a livello preventivo, delle autorizzazioni alla stipula di nuovi contratti di lavoro a tempo determinato flessibile, prendendo atto delle rassicurazioni fornite in tal senso dalla Regione.

¹²⁴ Si veda la d.g.r.m. n. 506 del 5 agosto 2016 "Approvazione del Programma triennale di fabbisogno del personale 2016-2018 e del Piano Occupazionale Annuale 2016", Documento istruttorio, pag. 10, nel quale si specifica che: "il rispetto del vincolo legislativo derivante dalle disposizioni di cui all'art. 27 della L.R. 33/2014 e relativamente, al costo dei contratti di lavoro non dipendente hanno previsto il trend di riduzione illustrato nell'allegato 8."

Con riferimento a quanto sopra evidenziato, la Regione Marche, con nota prot. n. 379073 del 5 aprile 2018, ha riferito che provvede alla verifica della consistenza del personale con rapporto di lavoro flessibile, in via preventiva, in sede di approvazione della programmazione triennale del fabbisogno di personale, mentre spetta alle aziende del SSR monitorare in via successiva l'andamento del costo del personale a tempo determinato attraverso le rilevazioni trimestrali dei CE.

La Sezione raccomanda all'Azienda di verificare, ai fini del rispetto di quanto disposto dall'art. 27 della l.r. n. 33/2014, l'effettiva riconducibilità della spesa per le assunzioni, nei settori relativi ai servizi di emergenza-urgenza e di erogazione dei LEA, alle attività di riferimento.

La Sezione sollecita altresì un'attenta valutazione del calcolo del risparmio di spesa conseguito o della deroga dello stesso all'aggregato di riferimento relativo all'anno 2004, il quale analogamente all'esercizio 2016 in esame, dovrebbe essere scorporato della spesa relativa alle assunzioni nei servizi di emergenza-urgenza e di erogazione dei Lea.

A tal proposito, la Regione ha precisato che le aziende del SSR devono evidenziare e motivare, nelle determinazioni di assunzione del personale, la loro finalizzazione all'emergenza-urgenza o alla garanzia dei LEA.

2.17 CONTRATTI DI SERVIZI

Il Collegio sindacale ha verificato che i contratti di servizi non siano stati utilizzati per eludere le norme relative al contenimento della spesa di personale¹²⁵.

2.18 LA PROBLEMATICHE RELATIVA AI COSTI CONNESSI AI LAVORATORI PRECARI DEL SSN

A seguito della sentenza del 26 novembre 2014 della Corte di giustizia dell'Unione Europea, l'Italia è stata invitata ad adottare provvedimenti per arginare il fenomeno dell'eccessivo ricorso al contratto a tempo determinato nel settore del pubblico impiego¹²⁶, non soltanto con riferimento al

¹²⁵ Si veda punto 13.1 pag. 26 del questionario al Bilancio d'esercizio 2016 – ASUR Marche.

¹²⁶ "In base a tale decisione, il Legislatore italiano, nel conformarsi al principio sancito dal dettato costituzionale di cui all'art. 97 (agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni si accede mediante concorso) ha quindi disatteso la normativa comunitaria in materia di stabilizzazione dei precari, recepita nel nostro ordinamento dell'art. 5 c. 2 del D. Lgs n. 386/2001, in base alla quale il datore di lavoro sarebbe tenuto a stabilizzare i lavoratori precari, nel caso di superamento del limite massimo previsto per le proroghe di contratti a termine.", si veda la Relazione sul bilancio d'esercizio dell'Azienda ospedaliera in oggetto, allegata alla Delibera n. 131/2015/PRSS del 18 maggio 2015. La sentenza europea rinvia ai giudici italiani la decisione nel merito, ribadendo l'esigenza di tutela del diritto dei 209 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

settore della scuola, cui il provvedimento era destinato, ma in via indiretta anche agli altri settori interessati dal fenomeno, tra cui quello della Sanità.

La soluzione alla questione della stabilizzazione dei precari nel SSN, è stata prospettata con il D.P.C.M. del 6 marzo 2015 (pubblicato in G.U. del 23 aprile 2015)¹²⁷, emanato in attuazione dell'articolo 4, commi 6, 7, 8, 9 e 10, del d.l. 31 agosto 2013, n. 101, recante "Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni", convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013 n. 125.

Con la sua emanazione, è sorta in capo alle Regioni la necessità di fare chiarezza sulle procedure e sui limiti concorsuali per il personale precario, nonché sui requisiti di ammissione alle selezioni del personale medico precario in servizio presso i servizi di emergenza e urgenza. Tale esigenza chiarificatrice si è concretizzata nell'approvazione, in data 30.07.2015, delle linee guida per l'attuazione del D.P.C.M. 06.03.2015¹²⁸.

Si fa presente che, la Regione Marche, con d.g.r. n. 506 del 5 agosto 2016, in sede di approvazione del Piano occupazionale per l'anno 2016, ha stabilito di approvare contestualmente i piani di riduzione del precariato predisposti dalle Aree Vaste Territoriali, a norma del d.l. 101/2013 e dal d.p.c.m. 6 marzo 2015, con la possibilità di revisione annuale in sede di predisposizione dei Piani Occupazionali 2017 e 2018. Con la medesima delibera, è stato inoltre dato atto del rispetto del limite massimo complessivo del 50 per cento delle risorse finanziarie disponibili, utilizzabili per le procedure di reclutamento, ex art. 35, co. 3-bis, d.lgs. n. 165/2001 ed ex art. 4, co. 6, d.l. n. 101/2013, finalizzate alle operazioni di riduzione del precariato nel rispetto del reclutamento dall'esterno¹²⁹.

precari della scuola ad essere stabilizzati, ove ricorrano le condizioni, salvo il diritto ulteriore al risarcimento derivante dai continui rinnovi."

¹²⁷ Il DPCM 6 marzo 2015 "Disciplina delle procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario del comparto Sanità. (GU n. 94 del 23.04.2015) disciplina le procedure concorsuali riservate per l'assunzione presso gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale di personale della dirigenza medica e del ruolo sanitario. In sintesi, il decreto sancisce che i suddetti enti possono bandire, entro il 31 dicembre 2018, le procedure concorsuali, per titoli ed esami, per assunzioni a tempo indeterminato, e possono prorogare i contratti di lavoro a tempo determinato del personale interessato ai nuovi bandi di concorso, sino all'espletamento delle procedure concorsuali stesse.

¹²⁸ Si veda l'articolo "L'attuazione del D.P.C.M. 06.03.2015 relativo alle procedure concorsuali riservate per l'assunzione del personale precario del comparto sanità" di Germano De Sanctis, pubblicato sul sito "Blog nomos - politica diritti & cultura" 8 settembre 2015.

¹²⁹ Si veda la d.g.r.m. n. 506 del 5 agosto 2016 avente ad oggetto "Approvazione del Programma triennale di fabbisogno del personale 2016/2018 e del Piano Occupazionale Annuale 2016", pag. 2, in cui si dispone che: "...

8.di approvare i piani di riduzione del precariato predisposti dalle Aree Vaste Territoriali a norma del D.L. 101/2013 e dal D.P.C.M. 6.3.2015, ricompresi nella programmazione di cui ai punti 2 e 3 del dispositivo del presente atto e dettagliatamente esposti negli allegati da 9a) al 9e) i quali potranno essere annualmente rivisti in sede di predisposizione dei Piani Occupazionali 2017 e 2018;

9.di dare atto che il limite massimo complessivo del 50% delle risorse finanziarie disponibili, utilizzabili per le procedure di reclutamento ex art. 35 del D.Lgs 165/2001 co. 3-bis ed ex art. 4 co. 6 D.L. 101/2013, finalizzate alle operazioni di riduzione del precariato nel rispetto del reclutamento dall'esterno, è documentato per ciascuna Area Vasta nel prospetto di cui all'allegato 10; ...".

210 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

Il Piano Occupazionale 2016 e la Programmazione triennale del Fabbisogno di Personale prevedono il Piano di Stabilizzazione del personale precario di cui all'art. 4, c.6 del d.l. n. 101/2013. Detta programmazione è rappresentata nei singoli Piani delle Aree Vaste di cui agli allegati da 9 a) a 9e), debitamente sottoscritti dai rispettivi Direttori.

Le risorse, già previste con determina ASUR/DG n. 834/2014, sono state rideterminate, considerando le cessazioni a tempo indeterminato effettivamente occorse, come risultanti dal Piano Occupazionale 2015, allegato al bilancio di esercizio 2015 oltre a quelle programmate nel Piano Occupazionale 2016, come risulta dall'allegato n. 10¹³⁰.

2.19 FERIE MATURATE E NON GODUTE

In considerazione del fatto che l'art. 5, comma 8, del d.l. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con l. 7 agosto 2012, n. 135, ha stabilito il divieto di monetizzazione delle ferie già maturate e non godute, per il settore del pubblico impiego, le ferie, i riposi ed i permessi spettanti al personale, anche di qualifica dirigenziale, delle amministrazioni pubbliche, inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione, devono obbligatoriamente essere fruiti secondo quanto previsto dai rispettivi ordinamenti e non danno luogo in nessun caso alla corresponsione di trattamenti economici sostitutivi, anche in caso di cessazione del rapporto di lavoro per mobilità, dimissioni, risoluzione, pensionamento e raggiungimento del limite di età.

La questione è già stata oggetto di approfondimento da parte della Sezione.

Mentre la giurisprudenza comunitaria in materia, sancita dall'art. 7 della Direttiva UE 2003/88¹³¹, sembra orientata a garantire la tutela di un diritto fondamentale, come quello ad usufruire delle ferie, l'ARAN¹³² sostiene la piena efficacia della nuova disciplina nei confronti di tutte le pubbliche

¹³⁰ Si veda la d.g.r.m. n. 506 del 5 agosto 2016 "Approvazione del Programma triennale di fabbisogno del personale 2016- 2018 e del Piano Occupazionale Annuale 2016", Documento istruttorio, pag. 11.

¹³¹ La Direttiva UE 2003/88, all'art. 7, afferma infatti che il periodo minimo di ferie annuali retribuite non può essere sostituito da un'indennità finanziaria, salvo in caso di fine del rapporto di lavoro, con ciò ammettendo un'indiretta ammissibilità dell'indennità sostitutiva, in caso di cessazione del rapporto di lavoro.

La Corte di giustizia europea ha più volte ribadito con sentenza che il diritto alle ferie retribuite permane, anche se fruito in un momento successivo all'annualità di riferimento, stabilendone tuttavia la fruizione entro un ragionevole periodo di tempo successivo all'annualità stessa, trascorso il quale tuttavia la monetizzazione non sarebbe più consentita.

Vi possono essere pertanto situazioni in cui il diritto alle ferie, garantito dall'art. 36 della Costituzione e dalla normativa comunitaria, possa confliggere con il divieto di monetizzare le ferie non godute e di conseguenza sui possibili risparmi di spesa in capo all'Ente pubblico.

¹³² Si veda la nota dell'ARAN del dicembre 2012, la quale prevede che "la nuova disciplina spiega la sua efficacia nei confronti di tutte le pubbliche amministrazioni, in quanto al fine della individuazione dei destinatari delle sue prescrizioni, la norma fa riferimento alle "amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione, come individuate dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della legge 31 dicembre 2009, n. 196." Conseguentemente, sono incisi, 211 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

amministrazioni. La Funzione Pubblica¹³³ ed il Ministero dell'economia e delle finanze¹³⁴ hanno recepito l'orientamento interpretativo comunitario, sottolineando la distinzione tra cause estintive derivanti da comportamenti in cui il lavoratore concorre in modo attivo alla conclusione del rapporto di lavoro (esercizio del proprio diritto di recesso) non monetizzabili e, vicende indipendenti dalla volontà del lavoratore e della capacità organizzativa del datore di lavoro, che sarebbero invece monetizzabili in quanto non previste. Medesima posizione interpretativa è stata condivisa sia dalla Corte di Cassazione, con sentenza n. 18168 del 26 luglio 2013¹³⁵, che dal TAR della Regione Campania¹³⁶.

Con DGRM n. 566 del 30/05/2016, la Regione Marche ha disposto che, con riferimento al 2015, gli Enti del SSR, in sede di contabilizzazione delle ferie maturate e non godute, si attengano alle disposizioni previste dai c.d. Adempimenti Lea anno 2015 che, alla lettera a), denominata Stabilità ed equilibrio di gestione del Servizio Sanitario, prevedono quanto segue: *"il valore delle ferie maturate e non godute dà luogo ad accantonamento in coerenza con le specificità dei contratti del comparto. Si*

riduttivamente, quindi, tutti i CCNL degli attuali comparti di contrattazione collettiva, con riferimento sia al personale dirigente che a quello delle aree e categorie professionali, che avevano disposto in materia di monetizzazione.

¹³³ Al riguardo, la Presidenza del Consiglio dei Ministri — Dipartimento della funzione pubblica — con Parere rif. n. 40033 del 08/10/2012, ha precisato come la disposizione del d.l. n. 95/2012 sia diretta a colpire gli abusi dell'eccessivo ricorso alla monetizzazione delle ferie non godute a causa dell'assenza di programmazione da parte della dirigenza sulle ferie dei dipendenti.

Il Dipartimento della funzione pubblica opera una distinzione tra cause estintive derivanti da comportamenti in cui il lavoratore concorre in modo attivo alla conclusione del rapporto di lavoro (esercizio del proprio diritto di recesso) e vicende indipendenti dalla volontà del lavoratore e della capacità organizzativa del datore di lavoro.

Ne deriva che solo nell'ultimo caso non opererebbe il comma 8 dell'art. 5 del d.l. n. 95/2012 e si fa riferimento all'art. 7 della Direttiva n. 2003/88 che fa salva la previsione dell'indennità sostitutiva nell'ipotesi di cessazione del rapporto di lavoro, recepita nell'art. 10 del d. lgs. n. 66/2003, la quale testualmente afferma che, il predetto periodo minimo di quattro settimane non può essere sostituito dalla relativa indennità per ferie non godute, salvo il caso di risoluzione del rapporto di lavoro.

La Funzione pubblica afferma, che non rientrano nel divieto posto dall'art. 5, comma 8, del d.l. n. 95/2012, i casi di cessazione dal servizio come le ipotesi di decesso, malattia o infortunio.

¹³⁴ Il Ministero dell'economia e delle finanze — rif. prot. n. 94806 del 09/11/2012, in merito ad un quesito posto dall'azienda ospedaliera sull'applicazione della disposizione in oggetto ha ribadito che ipotesi estintive, come dispensa dal servizio per inidoneità assoluta o permanente e decesso del dipendente, non rappresentano eventi estintivi del rapporto di lavoro imputabili alla volontà del lavoratore o alla capacità organizzativa del datore di lavoro (comportamenti attivi del dipendente o mancanza di programmazione e di controllo da parte del datore di lavoro) e quindi, in questi casi, come nel caso di malattia, non è applicabile la disposizione in oggetto.

¹³⁵ La Cassazione, con Sentenza n. 18168 del 26 luglio 2013, ha ribadito il diritto irrinunciabile alle ferie e che l'indennità rappresenta una doppia natura risarcitoria (per la perdita del bene riposo) e retributiva, in quanto rappresenta il corrispettivo di una attività lavorativa resa, in un periodo che, pur essendo di per sé retribuito, non sarebbe dovuto essere destinato al lavoro perché destinato al godimento delle ferie. Ne consegue che, in caso di mancato godimento delle ferie - una volta divenuto impossibile per il datore di lavoro, anche senza sua colpa, adempiere l'obbligo di consentirne la fruizione - deriva il diritto del lavoratore al pagamento dell'indennità sostitutiva.

Se ne deduce la possibilità di corresponsione dell'indennità sostitutiva per causa non imputabile sia al datore di lavoro che al lavoratore. Tuttavia, bisogna sottolineare che, anche se la sentenza è recente (luglio 2013), l'analisi viene fatta in riferimento al contratto collettivo Regioni ed Enti Locali 1994-1997 e quindi precedente al d.l. n. 95/2012.

¹³⁶ Il TAR Campania, con sentenza del 5 dicembre 2014, ha ribadito che la sopravvenuta cessazione del rapporto di impiego, per evenienze estranee alla volontà del lavoratore, rappresenta un requisito imprescindibile per il riconoscimento del diritto al compenso sostitutivo delle ferie non godute. La sentenza n. 6413 del 5 dicembre 2014 del Tar Campania — Sezione VI, individua come ipotesi di cessazione del rapporto di impiego indipendenti dalla volontà del lavoratore: il decesso, la cessazione dal servizio per infermità o per dispensa dal servizio del dipendente disposta dopo il collocamento in aspettativa per infermità.

212 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

rammenta a tal proposito quanto in via ulteriore disposto in merito dall'articolo 5, comma 8, del decreto legge 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 135/2012"¹³⁷.

Con riferimento all'ASUR Marche, è stato quantificato l'eventuale accantonamento per ferie non godute che, al 31/12/2016, risulta pari a 23.571.177 euro, in aumento del 9,37 per cento (pari a 824.632 euro) rispetto al 31/12/2014, al netto di oneri. In termini di giornate, le ferie maturate e non godute nel 2015 sono state pari a 208.183 giornate, in aumento del 8,16 per cento rispetto all'anno precedente¹³⁸. Ulteriori dati di dettaglio sono illustrati nella tabella di cui alla Nota Integrativa al bilancio, di seguito riportata:

Prospetto delle ferie non godute ASUR Marche anno 2016

Bilancio di esercizio	Ferie complessive del personale dipendente maturate e non godute		
	N. Giornate	Importo ferie valore economico	Oneri sociali (Inpdap + irap)
2016	208.183	23.571.177	7.747.625
2015	192.468	21.551.757	7.065.128
2014	205.440	22.376.389	7.416.678

Fonte: Nota Integrativa al Bilancio d'esercizio 2016 – ASUR Marche - Tabella 70-bis.

2.20 FONDI PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E DELLA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA

L'Organo di revisione ha attestato che nel costo del personale sono compresi i fondi per la retribuzione di risultato, non ancora corrisposta, ma già maturata nel corso del 2016.

Ha inoltre verificato che la determinazione delle risorse dei fondi destinati al finanziamento della contrattazione integrativa rispetta gli indirizzi di coordinamento regionale ed i limiti fissati dai CCNL di riferimento.

Con d.g.r. n. 1160/2011, aggiornata per il triennio 2013-2014-2015 dalla d.g.r. n. 977/2014, la Regione Marche nell'ambito degli indirizzi interpretativi della normativa in materia di contenimento delle spese di personale, di cui all'art. 9 del d.l. n. 78/2010, ha dato indicazioni sulla determinazione delle risorse dei fondi della contrattazione integrativa. Con riferimento al 2016, la Regione alla richiesta istruttoria sul bilancio regionale, ha riferito che (nota del 02.08.2017), le misure di contenimento della spesa di personale in questione, ai fini del rispetto dei vincoli di legge,

¹³⁷ Si veda al d.g.r.m. n. 566 del 30.05.2016: "Disposizioni per la redazione del Bilancio d'esercizio 2015 degli Enti del SSR e per l'attuazione del Decreto Legislativo n. 118 del 23/06/2011 e s.m.i.", Allegato A, lett. e).

¹³⁸ Si veda la Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2015 dell'Azienda, pag. 66.

sono demandate ai singoli enti del SSR, i quali, tramite le rispettive Direzioni generali, producono specifiche certificazioni attestanti il rispetto delle norme in materia.

Per quanto riguarda l'ASUR, il Collegio dei revisori ha attestato che:

- a) gli oneri relativi alla contrattazione integrativa sono iscritti nel 2016 per complessivi euro 136.767.072,17;
- b) i costi della contrattazione integrativa sono compatibili con i vincoli di bilancio nell'anno 2016 e quelli derivanti dall'applicazione delle norme di legge, ai sensi di quanto previsto dall'art. 40-bis, comma 1, del d.lgs. 165/2001¹³⁹.
- c) è stato rispettato il tetto complessivo previsto per il fondo delle risorse decentrate e disposta l'automatica riduzione in proporzione alla diminuzione del personale in servizio ai sensi di quanto previsto dall'art. 9, comma 2-bis del d.l. 78/2010.

Il Collegio Sindacale nel verbale n. 7 del 12.05.2017 di approvazione del bilancio 2016, ha specificato che “il pagamento delle ore di straordinario è stato effettuato nei limiti della capienza del fondo per la remunerazione del lavoro accessorio complessivamente determinato per ogni comparto”.

Ha inoltre evidenziato che, a seguito dell'impulso del Collegio, l'Azienda è riuscita ad ottenere la sostanziale modifica della gestione dei Fondi aziendali. La Regione ha provveduto, con la legge regionale n. 8/2017, ad accorpate gli esistenti n. 54 fondi aziendali relativi al salario accessorio, al numero di 9 fondi, così come stabilito dal vigente quadro normativo nazionale.

L'Azienda con la determina n. 238/2017 ha definito la nuova organizzazione Amministrativa Tecnico Logistica Aziendale comportante l'unificazione in un'unica gestione le attività afferenti alle 5 Aree Vaste, in particolare: area politiche del personale, area acquisti e logistica, area contabilità bilancio e finanza, area controllo di gestione, area affari generali e contenzioso, area sistemi informativi, area patrimonio e nuove opere e attività tecniche.

L'Organo di revisione ha verificato che non sono state conteggiate tra le sopravvenienze passive le somme pagate nel 2016 a titolo di arretrato per competenze contrattuali pregresse.

¹³⁹l'art.40-bis, comma 1, del d.lgs. 165/2001 stabilisce quanto segue “Il controllo sulla compatibilità dei costi della contrattazione collettiva integrativa con i vincoli di bilancio e quelli derivanti dall'applicazione delle norme di legge, con particolare riferimento alle disposizioni inderogabili che incidono sulla misura e sulla corresponsione dei trattamenti accessori è effettuato dal collegio dei revisori dei conti, dal Collegio Sindacale, dagli uffici centrali di bilancio o dagli analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti. Qualora dai contratti integrativi derivino costi non compatibili con i rispettivi vincoli di bilancio delle amministrazioni, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 40, comma 3-quinquies, sesto periodo.”

3. STATO PATRIMONIALE

In sede di controllo, questa Sezione ha provveduto a confrontare i dati patrimoniali contenuti nel questionario, compilato dall'organo di revisione con quelli riportati nei documenti di bilancio (Nota Integrativa, Relazione del Direttore Generale, Prospetti ministeriali SP e CE) nonché con la Relazione del Collegio Sindacale al bilancio medesimo.

Dall'esame effettuato, è stata riscontrata coerenza tra i dati sopra citati nella rappresentazione della situazione patrimoniale dell'ASUR Marche, come confermato anche dall'organo di revisione in sede di compilazione del questionario.

3.1 BILANCIO DI ESERCIZIO AL 31.12.2016

La situazione patrimoniale dell'Ente al 31.12.2016, riportata nel questionario compilato dall'organo di revisione, è sintetizzata dai valori, desumibili dalla Determina del Direttore Generale n. 256 del 2 maggio 2017, con la quale l'Azienda ha adottato il bilancio di esercizio 2016.

L'Azienda ha stabilito di destinare l'utile di esercizio 2016, pari a 165.522 euro, in apposito fondo di riserva.

La Determina sopra citata è stata approvata dalla Regione Marche con d.g.r. n. 659 del 20 giugno 2017¹⁴⁰.

Nel questionario l'organo di revisione ha attestato che i dati di bilancio, indicati nel prospetto di stato patrimoniale del questionario, concordano con i corrispondenti inseriti nel modello S.P., allegato alla N.I., previsto dal d.lgs. n. 118/2011¹⁴¹.

Nei prospetti che seguono si riportano i dati di sintesi della situazione patrimoniale rappresentata nel questionario:

ATTIVO

DESCRIZIONE	Dati 2016
IMMOBILIZZAZIONI	621.619.124
ATTIVO CIRCOLANTE	712.538.884
RATEI E RISCONTI ATTIVI	420.702
TOTALE ATTIVO	1.334.578.710

¹⁴⁰ La d.g.r.m. in oggetto prevede tuttavia che l'approvazione sia subordinata alla prescrizione che "con la raccomandazione che l'utilizzo del ricorso ai servizi acquistati dall'Area Vasta n. 1 per il lavoro interinale, dal costo di Euro 369.000, venga limitato a situazioni eccezionali e temporanee".

¹⁴¹ Si veda il punto 1 della "Parte Terza — Stato Patrimoniale - Attività".

PASSIVO

DESCRIZIONE	Dati 2016
PATRIMONIO NETTO	525.497.678
FONDI PER RISCHI E ONERI	225.624.805
TRATTAMENTO FINE RAPPORTO	15.613.543
DEBITI	371.484
RATEI E RISCONTI PASSIVI	5.089.125
TOTALE PASSIVO	1.334.578.710

Fonte: Questionario Enti del SSN - Sezione Autonomie - "ASUR Marche" anno 2016
Elaborazione: Corte dei conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

3.2 STATO PATRIMONIALE RICLASSIFICATO

La situazione patrimoniale dell'Azienda al 31.12.2016, riclassificata secondo lo schema di cui al questionario trasmesso dal Collegio sindacale, è il seguente:

ATTIVO	Dati in euro	PASSIVO	Dati in euro
Attivo fisso netto	621.619.124	Patrimonio netto	252.497.678
Immobilizzazioni:	621.619.124	Fondo di dotazione	0
Immateriali nette	9.149.497	Finanziamenti per investimenti	505.245.079
Materiali nette	612.443.875	Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti	9.006.864
Titoli e partecipazioni a m/l termine	25.752	Altre riserve	11.080.213
Crediti a m/l termine	0	Contributi per ripiano perdite	0
Attivo a breve	712.538.884	Utili (perdite) portati a nuovo	0
Rimanenze	39.709.231	Utile (perdita) d'esercizio	165.522
Crediti a breve termine	448.211.768	Passività a medio - lungo termine	241.609.832
Titoli e partecipazioni a breve termine	24.765	Debiti (scadenti oltre i 12 mesi)	371.484
Disponibilità liquide	224.593.120	TFR	15.613.543
Ratei e risconti attivi	420.702	Fondi rischi e oneri (a m/l termine)	225.624.805
		Passività a breve termine	562.382.075
		Debiti (scadenti entro i 12 mesi)	562.382.075
Totale Attivo	1.334.578.710	Fondi rischi e oneri (a breve termine)	0
		Ratei e risconti passivi	5.089.125
		Totale Passivo	1.334.578.710

Fonte: Questionario Enti del SSN - Sezione Autonomie - ASUR Marche - anno 2016

I valori sopra esposti trovano corrispondenza nel prospetto di Stato patrimoniale contenuto nella relazione del Collegio Sindacale¹⁴².

Dall'esame dei dati sopra esposti, si rileva, rispetto all'esercizio 2015¹⁴³, un decremento del saldo complessivo patrimoniale (attivo e passivo) pari a 40.023.137 euro (2,9 per cento in meno rispetto al

¹⁴² Si veda quanto riportato alle domande di cui al punto 2 pag. 37 del questionario al bilancio di esercizio 2016 dell'ASUR Marche.

¹⁴³ si veda il verbale di riunione del Collegio Sindacale dell'ASUR Marche n. 17 del 12/05/2017, pag. 4.

217 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

saldo 2015: 1.374.601.847 euro). Tale decremento è stato determinato dalla riduzione di tutte le poste dell'attivo patrimoniale, sia a breve, per 32.075.127 euro (4,3 per cento rispetto al corrispondente saldo 2015: 744.614.011 euro), che fisso, per l'importo di 7.902.671 euro (pari all'1,2 per cento del corrispondente saldo del 2015: 629.521.795 euro); mentre per la parte del passivo patrimoniale, risultano determinanti la diminuzione della consistenza sia del Patrimonio netto, pari a 5.124.214 euro (0,98 per cento rispetto al saldo 2015: 530.621.892 euro) che a breve, pari a 37.652.715 euro (6,3 per cento rispetto al saldo 2015: 600.406.274 euro). L'incremento dei Fondi rischi ed oneri, per 2.221.755 euro (pari allo 0,9 per cento del saldo 2015: 223.403.050 euro), e del T.F.R., pari a 567.590 euro (pari al 3,8 per cento rispetto al saldo 2015: 15.045.953 euro) non producono effetti di rilievo sul patrimonio, nel biennio considerato.

L'andamento nella consistenza dei saldi patrimoniali sopra citati è confermato anche nella Relazione al bilancio d'esercizio 2016 del Collegio Sindacale dell'ASUR Marche.

3.3 GLI AMMORTAMENTI

3.3.1 Disciplina generale ex art. 29, comma 1, lett. b), del d.lgs. n. 118/2011¹⁴⁴

Il Collegio Sindacale ha attestato che le immobilizzazioni, comprese quelle acquisite a partire dal 2015 utilizzando i contributi in conto esercizio, sono state ammortizzate applicando i coefficienti previsti dall'Allegato 3 del d.lgs. n. 118/2011, come confermato dall'organo di revisione¹⁴⁵.

Tuttavia, per le immobilizzazioni acquistate nel 2016 utilizzando i contributi in conto esercizio¹⁴⁶, pur essendo state ammortizzate per il 100 per cento del loro valore (ai sensi dell'art. 29, c. 1, lett. b),

¹⁴⁴ La norma sopra citata dispone che: "Al fine di soddisfare il principio generale di chiarezza e di rappresentazione veritiera e corretta, nonché di garantire l'omogeneità, la confrontabilità ed il consolidamento dei bilanci dei servizi sanitari regionali, sono individuate le modalità di rappresentazione, da parte degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c) e lettera b), punto i), ove ricorrano le condizioni ivi previste, delle seguenti fattispecie (1): ... omissis ...

b) a partire dall'esercizio 2016 i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati nell'esercizio di acquisizione; per gli esercizi dal 2012 al 2015 i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati applicando le seguenti percentuali per esercizio di acquisizione:

- 1) esercizio di acquisizione 2012: per il 20% del loro valore nel 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016;
- 2) esercizio di acquisizione 2013: per il 40% del loro valore nel 2013, 2014; per il 20% nel 2015;
- 3) esercizio di acquisizione 2014: per il 60% del loro valore nel 2014; per il 40% nel 2015;
- 4) esercizio di acquisizione 2015: per l'80% del loro valore nel 2015; per il 20% nel 2016".

¹⁴⁵ Si veda domanda di cui al punto 3.4 pag. 38 del questionario al bilancio di esercizio 2016 dell'ASUR Marche.

¹⁴⁶ Per approfondimenti a proposito dei contributi in conto esercizio relativi al 2015, si veda il verbale di riunione del Collegio Sindacale dell'ASUR Marche n. 17 del 12/05/2017, pag. 7.

d.lgs. n. 118/2011¹⁴⁷) sulla base di coefficienti previsti dall'Allegato 3 del d.lgs. n. 118/2011, l'Azienda ha provveduto contemporaneamente a stornare dal conto esercizio al conto capitale una quota pari al 100 per cento del valore degli investimenti relativi al 2015¹⁴⁸.

Per le immobilizzazioni acquisite con contributi per investimenti, il Collegio ha verificato l'imputazione a conto economico tra il valore della produzione, delle quote di contributi per un importo pari agli ammortamenti relativi agli investimenti oggetto di agevolazione (cosiddetto metodo della "sterilizzazione")¹⁴⁹.

Il Collegio Sindacale ha verificato inoltre che, per l'esercizio 2015, gli ammortamenti relativi alle immobilizzazioni aziendali, ammontano a complessivi 40.628.668,00 euro, di cui 1.032.277 euro relativi ad immobilizzazioni immateriali e per la restante parte, pari a 39.596.391,00 euro, riguardano immobilizzazioni materiali¹⁵⁰.

3.4 IL PATRIMONIO NETTO

Il Patrimonio Netto presenta un andamento in leggera diminuzione nel biennio 2015-2016, le cui determinanti sono esposte nella tabella che segue:

¹⁴⁷ L'art. 29, c. 1, lett. b), del d.lgs. n. 118/2011, dispone che: "1. nonché di garantire l'omogeneità, la confrontabilità ed il consolidamento dei bilanci dei servizi sanitari regionali, sono individuate le modalità di rappresentazione, da parte degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c) e lettera b), punto i), ove ricorrano le condizioni ivi previste, delle seguenti fattispecie (1):

a) il costo delle rimanenze di beni fungibili é calcolato con il metodo della media ponderata;

b) a partire dall'esercizio 2016 i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati nell'esercizio di acquisizione; per gli esercizi dal 2012 al 2015 i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati applicando le seguenti percentuali per esercizio di acquisizione:

1) esercizio di acquisizione 2012: per il 20% del loro valore nel 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016;

2) esercizio di acquisizione 2013: per il 40% del loro valore nel 2013, 2014; per il 20% nel 2015;

3) esercizio di acquisizione 2014: per il 60% del loro valore nel 2014; per il 40% nel 2015;

4) esercizio di acquisizione 2015: per l'80% del loro valore nel 2015; per il 20% nel 2016;"

¹⁴⁸ Si veda domanda di cui al punto 3.4.2 – lettere a) e b) pag. 38 del questionario al bilancio di esercizio 2016 dell'ASUR Marche.

¹⁴⁹ Si veda pag. 55 della Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016 dell'ASUR Marche.

¹⁵⁰ Si veda verbale di riunione del Collegio Sindacale dell'ASUR Marche n. 7 del 12/05/2016, pag. 7.

Consistenza, movimentazioni e utilizzazioni delle poste del Patrimonio Netto - Esercizio 2016

PATRIMONIO NETTO	Consistenza iniziale	MOVIMENTI DELL'ESERCIZIO					Consistenza finale
		Giroconti e Riclassificazioni	Assegnazioni nel corso dell'esercizio	Utilizzi per sterilizzazioni nel corso dell'esercizio	Altre variazioni (+/-)	Risultato di esercizio (+/-)	
FONDO DI DOTAZIONE	-	-	-	-	-	-	-
FINANZIAMENTI PER INVESTIMENTI	511.137.068	3	24.711.744	30.541.290	62.446		505.245.079
RISERVE DA DONAZIONI E LASCITI VINCOLATI AD INVESTIMENTI	8.341.197	-	2.420.655	1.754.987	-	-	9.006.864
ALTRE RISERVE	11.054.268	89.356	234.242	-297.654			11.080.213
CONTRIBUTI PER RIPIANO PERDITE	-	-	-	-	-	-	-
UTILE (PERDITA) PORTATI A NUOVO	-	-	-	-	-	-	-
UTILE (PERDITA) D'ESERCIZIO	89.359	89.359	-	-	-	165.522	165.522
TOTALE PATRIMONIO NETTO	530.621.892	-	27.366.641	32.593.931	62.446	165.522	525.497.678

Fonte: Nota Regione Marche prot. n. 652 del 09.04.18

Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

Dall'esame dei dati sopra esposti, si rileva una consistenza del Patrimonio netto diminuita nel corso del 2016, di 4.524.214 euro, per effetto della riduzione dei finanziamenti per investimenti (per complessivi 10.347.685 euro), ed in particolare, dei finanziamenti erogati dalla Regione Marche (- 10.751.998 euro)¹⁵¹.

3.5 I CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE

Il Collegio Sindacale ha verificato¹⁵² che i crediti vantati dall'Azienda per contributi in conto capitale dallo Stato, dalla Regione e da altri Enti pubblici, nell'esercizio 2016, sono supportati da apposito provvedimento di assegnazione, ai sensi dell'art. 29 c. 1 lett. c) del d. lgs. n. 118/2011¹⁵³.

¹⁵¹ Si veda la Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016 dell'ASUR Marche, tab. 32, par. 11, pag. 36.

¹⁵² Si veda domanda di cui al punto 3.1 pag. 38 del questionario al bilancio di esercizio 2016 dell'ASUR Marche.

¹⁵³ La disposizione sopra citata, prevede che: "Al fine di soddisfare il principio generale di chiarezza e di rappresentazione veritiera e corretta, nonché di garantire l'omogeneità, la confrontabilità ed il consolidamento dei bilanci dei servizi sanitari regionali, sono individuate le modalità di rappresentazione, da parte degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c) e lettera b), punto i), ove ricorrano le condizioni ivi previste, delle seguenti fattispecie: omissis...

c) i contributi in conto capitale da regione sono rilevati sulla base del provvedimento di assegnazione. I contributi sono iscritti in un'apposita voce di patrimonio netto, con contestuale rilevazione di un credito verso regione. Laddove siano impiegati per l'acquisizione di cespiti ammortizzabili, i contributi vengono successivamente stornati a proventi con un criterio sistematico, commisurato all'ammortamento dei cespiti cui si riferiscono, producendo la sterilizzazione dell'ammortamento stesso. Nel caso di cessione di beni acquisiti tramite contributi in conto capitale con generazione di minusvalenza, viene stornata a provento una quota di contributo

220 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

3.6 LE RIMANENZE

Come negli anni precedenti, il costo delle rimanenze di beni fungibili viene determinato con il metodo della media ponderata, ai sensi dell'art. 29, c. 1, lett. a), del d. lgs. n. 118/2011¹⁵⁴.

Nella valutazione delle rimanenze, l'Organo di revisione ha attestato che si è tenuto conto sia delle eventuali scorte di reparto che di quelle di proprietà dell'Azienda, ma fisicamente ubicate presso terzi (come, per esempio, nella distribuzione in nome e per conto). La Tabella 15 della Nota Integrativa 2016, conferma l'impostazione prevista dal D.M. 20/03/2013¹⁵⁵, prevedendo la distinta indicazione sia delle scorte di reparto (pari a 13.789.828 euro, per i beni sanitari e 114.872 euro per quelli non sanitari), sia delle giacenze di magazzino, di proprietà dell'Ente, ma ubicate presso terzi per la distribuzione per nome e per conto, le quali, nel caso in esame, risultano inesistenti.

Dall'esame della Nota Integrativa¹⁵⁶, si rileva inoltre che, al 31.12.2016, sulle rimanenze dell'azienda non risultano gravami quali: pegni, patti di riservato dominio, pignoramenti, ecc. Nel corso dell'esercizio, non vi sono stati rilevanti cambiamenti nella classificazione delle voci, né sono state effettuate svalutazioni di rimanenze obsolete o a lento rigiro.

Non si rilevano differenze significative, tra il valore delle rimanenze a prezzi di mercato e la loro valutazione a bilancio.

3.7 I BENI FUORI USO

Il Collegio Sindacale ha attestato che, nell'esercizio 2016, l'Azienda ha dichiarato "fuori uso ed eliminati", e conseguentemente eliminato dalle immobilizzazioni, beni per l'importo complessivo di

commisurata alla minusvalenza. La quota di contributo residua resta iscritta nell'apposita voce di patrimonio netto ed è utilizzata per sterilizzare l'ammortamento dei beni acquisiti con le disponibilità generate dalla dismissione. Nel caso di cessione di beni acquisiti tramite contributi in conto capitale con generazione di plusvalenza, la plusvalenza viene direttamente iscritta in una riserva del patrimonio netto, senza influenzare il risultato economico dell'esercizio. La quota di contributo residua resta iscritta nell'apposita voce di patrimonio netto ed è utilizzata, unitamente alla riserva derivante dalla plusvalenza, per sterilizzare l'ammortamento dei beni acquisiti con le disponibilità generate dalla dismissione. Le presenti disposizioni si applicano anche ai contributi in conto capitale dallo Stato e da altri enti pubblici, a lasciti e donazioni vincolati all'acquisto di immobilizzazioni, nonché a conferimenti, lasciti e donazioni di immobilizzazioni da parte dello Stato, della regione, di altri soggetti pubblici o privati."

¹⁵⁴ La disposizione in oggetto, prevede che il costo delle rimanenze di beni fungibili sia appunto calcolato con il metodo della media ponderata. Si tratta di una norma più restrittiva di quella del codice civile (art. 2426) secondo cui, invece "il valore dei beni fungibili può essere calcolato col metodo della media ponderata o con quelli: primo entrato primo uscito o ultimo entrato ultimo uscito". Il Collegio Sindacale conferma anche nella propria Relazione al bilancio d'esercizio 2015 che "le rimanenze sono iscritte al minor valore tra il costo di acquisto e di produzione ed il valore descrivibile dall'andamento del mercato. Per i beni fungibili il costo è calcolato con il metodo della media ponderata."

¹⁵⁵ Lo schema di Nota Integrativa emanato con d.lgs. n. 118/2011, come modificato con D.M. 20/03/2013, richiede la valorizzazione di "scorte di reparto" e di beni "presso terzi per distribuzione per nome e per conto".

¹⁵⁶ Si veda pag. 21 della Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016 – ASUR Marche.

221 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

32.637,00 euro, provvedendo ad accertare a campione l'esistenza fisica dei principali beni materiali¹⁵⁷.

3.8 RISULTATO DI ESERCIZIO 2016

Nel questionario al bilancio d'esercizio 2016, l'Organo di revisione ha attestato che, al 31/12/2016, l'Azienda presenta un utile d'esercizio pari a 165.522,00 euro, con un incremento rispetto all'esercizio precedente di 76.163,00 euro, pari al 85,2 per cento¹⁵⁸.

Tale risultato economico dell'esercizio è stato accantonato in apposito fondo di riserva, in conformità con l'art. 18, l.r. n. 47/97, così come modificata dall'art. 22, della l.r. n. 14 del 23/10/2007¹⁵⁹.

Andamento dell'utile d'esercizio dell'ASUR Marche nel biennio 2015- 2016

Utile d'esercizio 2015	Utile d'esercizio 2016	Var. importo 2015/2016	Var.% 2015/2016
89.359,00	165.522	76.163,00	85,2%

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016 ASUR Marche

Elaborazione: Corte dei conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

L'Organo di revisione ha inoltre attestato che, l'utile d'esercizio dell'Azienda non si discosta in misura significativa dal risultato programmato ed autorizzato dalla Regione Marche nel bilancio di previsione per l'anno 2016; inoltre non incide negativamente, in maniera sostanziale, sulla consistenza del Patrimonio netto aziendale.

L'andamento del risultato d'esercizio dell'Azienda è illustrato anche in apposita Tabella della Nota Integrativa, di seguito riportata in sintesi¹⁶⁰:

¹⁵⁷ Si veda quanto riportato alle domande di cui ai punti 3.5 e 3.6 pag. 38 del questionario al bilancio di esercizio 2016 dell'ASUR Marche.

¹⁵⁸ Si veda quanto riportato a pag. 3 del verbale di riunione n. 13 del 15/06/2016 del Collegio Sindacale dell'ASUR Marche, contenente la Relazione al bilancio di esercizio chiuso al 31/12/2015.

¹⁵⁹ Si veda pag. 257 della Relazione del Direttore Generale al bilancio d'esercizio 2016.

¹⁶⁰ Si veda la "Tabella n. 32 – Consistenza, movimentazioni e utilizzazioni delle poste di patrimonio netto", pag. 38, della Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2015 dell'ASUR Marche.

222 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

	Consistenza iniziale	MOVIMENTI DELL'ESERCIZIO 2016					Consistenza finale
		Giroconti e Riclassificazioni	Assegnazioni nel corso dell'esercizio	Utilizzi per sterilizzazioni nel corso dell'esercizio	Variazioni (+/-)	Risultato di esercizio (+/-)	
UTILE D'ESERCIZIO	89.359	-89.359	-	-	-	165.522	165.522

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016 ASUR Marche – Tab. 32.

Elaborazione: Corte dei conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

3.9 I CREDITI

In sede di controllo, questa Sezione ha provveduto a confrontare i dati relativi ai crediti, contenuti nel questionario, compilato dall'organo di revisione con quelli riportati nei documenti di bilancio (Nota Integrativa, Relazione del Direttore Generale, Prospetti ministeriali SP e CE), nonché con la Relazione del Collegio Sindacale al bilancio medesimo.

Dall'esame effettuato, è stata riscontrata coerenza tra i dati sopra citati nella rappresentazione della situazione patrimoniale dell'Azienda.

3.9.1 I crediti verso la Regione per spesa corrente

Nell'anno 2016, l'Azienda presenta crediti nei confronti della Regione per spesa corrente, complessivamente pari a 364.926.860 euro, in diminuzione del 26,42 per cento rispetto al 2015 (495.930.186 euro). Al 31/12/2016, l'importo dei crediti pregressi, relativi al 2012 ed anni precedenti, risulta pari a 244.881 euro, pari allo 0,07 per mille del totale¹⁶¹. I restanti crediti si concentrano riguardano somme, dovute principalmente a titolo di "quota FSR" (363.262.278 euro pari al 99 per cento) e, per la parte restante, a titolo di finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA (232.708 euro), di finanziamento sanitario aggiuntivo corrente extra-LEA (914.607 euro), per altro (433.375 euro) e per ricerca (83.892 euro)¹⁶². Di seguito si riportano i crediti regionali dell'ASUR Marche per spesa corrente, suddivisi per anno di competenza:

¹⁶¹ Si veda punto 5 – pag. 40 del questionario al bilancio di esercizio 2016 dell'ASUR Marche.

¹⁶² Si veda pag. 32 del questionario al bilancio di esercizio 2016 dell'ASUR Marche.

Crediti di ASUR Marche verso la Regione per spesa corrente – anno 2016

Anno	Importo (migliaia di euro)	Fondo svalutazione crediti
Totale al 31.12.2016	364.926.860	0
<i>di cui relativi all'anno:</i>		
-2012 e precedenti	244.881	
-2013	46.299.817	
-2014	155.377.681	
-2015	49.436.534	
-2016	113.567.947	

Fonte: Questionario Enti del SSN — Sezione Autonomie — "ASUR Marche" anno 2016

3.9.2 I crediti verso la Regione per incrementi a patrimonio netto

Al 31.12.2016, i crediti dell'ASUR Marche nei confronti della Regione per versamenti a patrimonio netto ammontano 45.877.470 euro, in diminuzione del 16,6 per cento rispetto al 2015 (54.983.332 euro). La parte relativi ad esercizi pregressi (2012 e precedenti) rappresenta la componente più consistente di tale aggregato, pari a 41.832.324 euro (ovvero il 91,2 per cento), mentre non si registrano importi riguardanti il 2015 e 2016. Tali crediti riguardano interamente somme dovute dalla Regione per il finanziamento di investimenti.

Crediti di ASUR Marche verso la Regione per versamenti a patrimonio netto – anno 2016

Anno	Importo (migliaia di euro)	Fondo svalutazione crediti
Totale al 31.12.2016	45.877.470	0
<i>di cui relativi all'anno:</i>		
-2012 e precedenti	41.832.324	
-2013	1.070.763	
-2014	2.974.383	
-2015		
-2016		

Fonte: Questionario Enti del SSN — Sezione Autonomie — "ASUR Marche" anno 2016

Si assiste ad una progressiva riduzione di tale aggregato che, tuttavia, per esercizi più risalenti, presenta ancora importi rilevanti.

3.9.3 I crediti verso Aziende sanitarie pubbliche

I crediti dell'ASUR Marche verso le aziende sanitarie pubbliche, al 31.12.2016, ammontano a complessivi 3.993.644 euro che, al netto del Fondo svalutazione crediti, pari a 176.889 euro, risulta pari a 3.816.755 euro. Cortei dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

euro. La componente relativa agli esercizi pregressi (risalenti agli anni 2012 o anteriori), ammonta a 1.605.253 euro (pari al 40,2 per cento del totale), mentre buona parte dei crediti si riferiscono all'anno in corso (1.480.176, pari al 37,06 per cento del totale).

Considerando la composizione dell'aggregato, tali crediti riguardano esclusivamente somme dovute da Azienda sanitarie regionali per altre prestazioni (per 2.346.305 euro) e da Aziende sanitarie pubbliche fuori regione (per 1.470.450 euro).

Per tale tipologia di crediti, l'Azienda ha predisposto un apposito Fondo svalutazione crediti che, al 31.12.2016, ammonta a 176.889 euro, riguardante i crediti relativi agli anni 2012 e precedenti. Pertanto, il valore nominale dei crediti di ASUR Marche, al 31.12.2016, al netto del Fondo svalutazione, ammonta a 3.816.755 euro, come risulta da questionario compilato dal Collegio Sindacale¹⁶³.

A seguito di richiesta di specifici chiarimenti, l'Azienda, con nota prot. n. 10100 del 5 aprile 2018, ha trasmesso la tabella rettificata.

Crediti di ASUR Marche verso aziende sanitarie pubbliche – anno 2016

Anno	Importo (migliaia di euro)	Fondo svalutazione crediti	
Totale al 31.12.2016	3.993.644	176.889	3.816.755
<i>di cui relativi all'anno:</i>			
-2012 e precedenti	1.605.253	176.889	
-2013	401.701		
-2014	159.972		
-2015	346.542		
-2016	1.480.176		

Fonte: Questionario Enti del SSN — Sezione Autonomie — "ASUR Marche" anno 2016

*Dato non corrispondente a quanto indicato nello S.P.

Con riferimento agli altri Enti del SSR, la situazione dei rapporti di credito per singola azienda, per ASUR Marche, risulta la seguente:

Crediti di ASUR Marche verso aziende sanitarie pubbliche regionali – anno 2016

DETTAGLIO CREDITI INTRAREGIONALE PER SINGOLA AZIENDA	MOBILITA' IN COMPENSAZIONE	MOBILITA' NON IN COMPENSAZIONE	ALTRE PRESTAZIONI
A.O. Riuniti Marche Nord			319.540
A.O. Riuniti di Ancona			717.070
INRCA			1.309.695
TOTALE			2.346.305

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016 dell'ASUR Marche – Tabella 24, pag. 30.

Elaborazione: Corte dei conti - Sezione regionale di controllo per le Marche.

¹⁶³ Si veda pag. 32 del questionario al bilancio di esercizio 2015 dell'ASUR Marche.

3.9.4 Altre informazioni relative ai crediti

Tra i crediti dell'ASUR Marche risultano anche i crediti verso lo Stato, pari a 350.296 euro, riguardanti esclusivamente crediti verso Prefetture, per 322.753 euro, e la voce residuale "Spesa corrente – altro", per 27.543 euro.

I crediti nei confronti dei Comuni che ammontano invece a 2.021.619 euro, mentre i crediti vantati verso società partecipate ed enti dipendenti ammontano a 4.151.037 euro.

I crediti verso altri soggetti, che ammontano a complessivi 21.796.401 euro, si riferiscono invece a diversi soggetti di seguito elencati¹⁶⁴:

Clients privati, per 11.436.909 euro;

Gestioni liquidatorie, per 4.848.729 euro;

Altri soggetti pubblici, per 1.202.340 euro;

Altri crediti diversi, per 4.308.423 euro.

3.9.5 Il Fondo svalutazione crediti

Come attestato dall'Organo di revisione¹⁶⁵, i crediti sono stati valutati sulla base dei criteri derivanti dai principi contabili. La valutazione è stata effettuata utilizzando un set di indicatori ritenuti congrui a valutare una probabile riduzione del valore nominale del credito stesso, quali ad es. la tipologia o lo stato del soggetto (ad es., soggetto gravato da procedure fallimentari), anzianità di iscrizione del credito, esistenza di contestazioni, stadio delle procedure di recupero legale.

A seguito di richiesta di chiarimenti in merito agli accantonamenti¹⁶⁶ per la svalutazione dei crediti, l'Azienda ha risposto, con nota prot. n. 10100 del 5 aprile 2018, quanto segue.

In merito alla riconducibilità degli importi riferiti al totale accantonamenti per svalutazione crediti, i conti economici di dettaglio del bilancio di esercizio 2016 evidenziano un accantonamento complessivo per la svalutazione dei crediti un totale di 2.903.342 euro (non per 5.249.647), come evidenziato nella tabella seguente;

¹⁶⁴ Si veda la Nota Integrativa al Bilancio d'esercizio 2016 dell'ASUR Marche, pagg. 29, 33 e punto 1.1 del questionario al bilancio di esercizio 2016 dell'ASUR Marche.

¹⁶⁵ Si veda punto 5.1 – pag. 40 del questionario al bilancio di esercizio 2016 dell'ASUR Marche.

¹⁶⁶ Si veda anche pagg. 26 – 27 della Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2015 dell'ASUR Marche e Relazione al Bilancio d'esercizio ASUR Marche 2016 – Tabella pag. 170.

Fondo Svalutazione Crediti	Consuntivo 2015	Bilancio di Previsione e Preconsuntivo 2016	Consuntivo 2016	Consuntivo 2016 - Consuntivo 2015	Consuntivo 2016 - Preconsuntivo 2016
Accantonamento al Fondo Svalutazione Crediti v/Aziende Sanitarie Pubbliche Extraregione	3.107	3.107	-	- 3.107	- 3.107
Accantonamento al Fondo Svalutazione Crediti v/Prefettura	-	-	5.497	5.497	5.497
Accantonamento al Fondo Svalutazione Crediti v/Comuni	205.891	205.891	915.704	709.813	709.813
Accantonamento al Fondo Svalutazione Crediti v/Altri soggetti pubblici	-	-	453.662	453.662	453.662
Accantonamenti al Fondo Svalutazione Crediti verso soggetti privati	827.403	827.403	792.541	- 34.862	- 34.862
Accantonamenti al Fondo Svalutazione Crediti verso soggetti a proprietà mista (pubblico - privato)	-	-	69.663	69.663	69.663
Accantonamenti al Fondo Svalutazione Crediti verso assistiti	161.230	161.230	666.275	505.045	505.045
TOTALE	1.197.630	1.197.630	2.903.342	1.705.712	1.705.712

Fonte: Nota Regione Marche prot. n. 10100 del 5 aprile 2018

Pertanto, rispetto all'accantonamento di 1.197.630 dell'anno precedente, si evidenzia un incremento degli accantonamenti per la svalutazione dei crediti per complessivi 1.705.712 (corrispondenti a 1,7 mln di euro).

3.10 I DEBITI

Il bilancio d'esercizio 2016 dell'ASUR Marche presenta debiti verso la Regione per complessivi 352.430¹⁶⁷, in aumento di 279.337 euro, rispetto al 2015. Come risulta dalla tabella n. 9.1 del questionario, la maggior parte dei crediti riguarda l'anno in corso (328.267 euro, pari al 93 per cento del totale).

¹⁶⁷ Si veda punto 9 – pag. 42 del questionario al bilancio di esercizio 2016 dell'ASUR Marche.

Debiti di ASUR Marche verso la Regione – anno 2016

Debiti v/Regione Marche	
Anno	Importo (euro)
Totale al 31.12.2016	352.430
<i>di cui relativi all'anno:</i>	
2012 e precedenti	1.390
2013	19.273
2014	3.139
2015	361
2016	328.267

Fonte: Questionario Enti del SSN — Sezione Autonomie — "ASUR Marche" anno 2016

In termini di composizione, tali debiti riguardano esclusivamente la voce residuale “Altri debiti – verso Regione”.

I debiti pregressi (relativi agli esercizi 2012 e precedenti), ammontano a 1.390 euro (pari al 0,03 per cento circa).

L’Azienda presenta invece debiti verso Aziende sanitarie pubbliche, per complessivi 19.142.499 euro, in notevole diminuzione del rispetto al 2015 (pari a 42.303.519 euro).

Dall’esame della composizione, si evince che la maggior parte di tali debiti riguarda aziende sanitarie pubbliche regionali, per altre prestazioni (per 17.860.602 euro, pari al 93,3 per cento) mentre la restante parte (per l’importo di 1.281.897 euro, pari al 6,7 per cento) riguarda aziende extra-regionali.

Debiti di ASUR Marche verso aziende sanitarie pubbliche – anno 2016

Anno	Importo (euro)
Totale al 31.12.2016	19.142.499
<i>di cui relativi all'anno:</i>	
- 2012 e precedenti	1.324.517
-2013	1.665.448
-2014	1.606.303
-2015	1.717.220
-2016	12.829.011

Fonte: Questionario Enti del SSN — Sezione Autonomie — "ASUR Marche" anno 2016

Ulteriori voci di debito riguardano i debiti verso: lo Stato, per l’importo di 159.664 euro, relativi alla voce residuale “Altri debiti verso Stato”, i debiti verso i Comuni, per l’importo di 13.378.218 euro, i debiti verso società controllate ed enti dipendenti, per 272.174 euro, debiti tributari per 29.979.759 euro, verso istituti

previdenziali, assistenziali e sicurezza sociale, per 35.429.366 euro, e verso altri soggetti, per complessivi 138.909.509 euro.

Con riferimento agli altri enti del SSR, la situazione dei rapporti di debito per singola azienda, per ASUR Marche, risulta la seguente:

Debiti di ASUR Marche verso aziende sanitarie pubbliche regionali – anno 2016

DETTAGLIO DEBITI INTRAREGIONALE PER SINGOLA AZIENDA	MOBILITA' IN COMPENSAZIONE	MOBILITA' NON IN COMPENSAZIONE	ALTRE PRESTAZIONI
A.O. Riuniti Marche Nord			8.765.866
A.O. Riuniti di Ancona			8.156.261
INRCA			938.475
TOTALE			17.860.602

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016 dell'ASUR Marche – Tabella 46, pag. 50.

Elaborazione: Corte dei conti - Sezione regionale di controllo per le Marche.

3.11 DEBITI VERSO FORNITORI

Il fenomeno dei debiti verso i fornitori evidenzia la seguente evoluzione, accertata dal Collegio Sindacale:

Debito al 31/12	Debiti verso fornitori (totale) (c=a+b)	Debiti verso fornitori non ancora scaduti (debiti non ancora soggetti a pagamento in quanto il termine di dilazione previsto non è ancora spirato) (a)	Debiti verso fornitori scaduti (debiti soggetti a pagamento) (b)	Indicatore di tempestività dei pagamenti
2016	326.926.570	326.926.570		-2
2015	330.384.982	330.384.982		13
2014	304.071.273	304.071.273		15

Fonte: Questionario Enti del SSN – Sezione Autonomie – “A.S.U.R.” anno 2016

Il Collegio Sindacale ha specificato che l'indicatore di tempestività dei pagamenti è stato determinato come indicato nel d.p.c.m. 22.09.2014.

In sede di parifica al bilancio d'esercizio della Regione Marche, delib. n. 81/2017/PARI del 12.10.2017, la Sezione di controllo ha verificato che l'ASUR registra indicatori di tempestività dei pagamenti negativi:

enti	Indicatore annuale tempi di pagamento anno 2015	Indicatore trimestrale tempi di pagamento o I trimestre anno 2016	Indicatore trimestrale tempi di pagamento II trimestre anno 2016	Indicatore trimestrale tempi di pagamento III trimestre anno 2016	Indicatore trimestrale tempi di pagamento IV trimestre anno 2016	Indicatore annuale tempi di pagamento o anno 2016	link della pagina di pubblicazione degli indicatori di tempestività dei pagamenti
ASUR	13,48	0,77	2,26	-3,95	-4,13	-1,59	http://156.54.71.86/web/guest/indicatore-pagamenti

Fonte: delib. 81/2017/PARI della Sezione regionale di Controllo

L'Organo di revisione ha attestato, inoltre, che ai sensi dell'art. 41, comma 1 del d.l. 24.4.2014 n. 66, convertito con modificazioni in legge 23.06.2014 n. 89¹⁶⁸, l'Ente ha allegato al bilancio di esercizio il prospetto attestante i pagamenti, relativi a transazioni commerciali, effettuati oltre il termine di 60 giorni, nonché l'indicatore di tempestività dei pagamenti.

La Sezione ha verificato che l'Ente ha pubblicato sul sito istituzionale l'indicatore di tempestività di pagamento di cui all'art. 33 del d.lgs. 14 marzo 2013 n. 33¹⁶⁹ e art. 9 del d.p.c.m. 22 settembre 2014¹⁷⁰ e che al 31 dicembre 2016 è pari a -1,59.

¹⁶⁸Art. 41, comma 1, del d.l. 24.4.2014, n. 66. A decorrere dall'esercizio 2014, alle relazioni ai bilanci consuntivi o di esercizio delle pubbliche amministrazioni, è allegato un prospetto, sottoscritto dal rappresentante legale e dal responsabile finanziario, attestante l'importo dei pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati dopo la scadenza dei termini previsti dal decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, nonché (l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti di cui all'articolo 33 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33). In caso di superamento dei predetti termini, le medesime relazioni indicano le misure adottate o previste per consentire la tempestiva effettuazione dei pagamenti. L'Organo di controllo di regolarità amministrativa e contabile verifica le attestazioni di cui al primo periodo, dandone atto nella propria relazione.

¹⁶⁹Art. 33, d.lgs. 33 - Obblighi di pubblicazione concernenti i tempi di pagamento dell'amministrazione

1. Le pubbliche amministrazioni pubblicano, con cadenza annuale, un indicatore dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture, denominato: «indicatore di tempestività dei pagamenti».

¹⁷⁰ Art. 9 del d.p.c.m. 22/09/2014 - Definizione dell'indicatore di tempestività dei pagamenti

1. Le pubbliche amministrazioni elaborano sulla base delle modalità di cui ai commi da 3 a 5 del presente articolo, un indicatore annuale dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture, denominato: «indicatore annuale di tempestività dei pagamenti».
2. A decorrere dall'anno 2015, le pubbliche amministrazioni elaborano, sulla base delle modalità di cui ai commi da 3 a 5 del presente articolo, un indicatore trimestrale dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture, denominato: «indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti».
3. L'indicatore di tempestività dei pagamenti di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento.
4. Ai fini del presente decreto e del calcolo dell'indicatore si intende per:
 - a. "transazione commerciale", i contratti, comunque denominati, tra imprese e pubbliche amministrazioni, che comportano, in via esclusiva o prevalente, la consegna di merci o la prestazione di servizi contro il pagamento di un prezzo;
 - b. "giorni effettivi", tutti i giorni da calendario, compresi i festivi;
 - c. "data di pagamento", la data di trasmissione dell'ordinativo di pagamento in tesoreria;
 - d. "data di scadenza", i termini previsti dall'art. 4 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192;
 - e. "importo dovuto", la somma da pagare entro il termine contrattuale o legale di pagamento, comprese le imposte, i dazi, le tasse o gli oneri applicabili indicati nella fattura o nella richiesta equivalente di pagamento.
5. Sono esclusi dal calcolo i periodi in cui la somma era inesigibile essendo la richiesta di pagamento oggetto di contestazione o contenzioso.

L'Organo di revisione ha specificato l'importo dei pagamenti effettuati nell'anno 2016 in base all'anno di emissione della fattura:

Pagamenti (ammontare) effettuati durante il 2016 per anno di emissione di fattura						Importo dei pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22/9/2014
Ante 2013	2013	2014	2015	2016	Totale	
1.984.513	2.338.532	9.426.908	140.244.010	668.024.282	822.018.245	211.881.807

Fonte: Questionario Enti del SSN – Sezione Autonomie – “A.S.U.R.” anno 2016

Il Collegio Sindacale ha inoltre attestato che gli interessi passivi per ritardato pagamento ai fornitori hanno subito la seguente evoluzione:

Importo iscritto nel conto economico a qualsiasi titolo (interessi passivi, accantonamenti per interessi di mora, sopravvenienze ecc.)		
Esercizio	da factoring regionale	diretti
2016	0	1.696.949
2015	0	1.435.964
2014	0	490.895

Fonte: Questionario Enti del SSN – Sezione Autonomie – “A.S.U.R.” anno 2016

Ha inoltre esposto che alla chiusura dell'esercizio è stato iscritto nello S.P. un fondo per interessi moratori e per oneri di ritardato pagamento di 1.648.531 euro; evidenziando che: *“Per quanto riguarda l'accantonamento per rischio su interessi di mora la valutazione è stata fatta tenendo conto del ritardo dei pagamenti e gli accordi in atto con i fornitori.”*

-
6. L'indicatore di cui al comma 1 del presente articolo è utilizzato anche ai fini della disposizione di cui all'art. 41, comma 1, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66. Le amministrazioni regionali calcolano l'indicatore escludendo le transazioni riferibili alla Gestione Sanitaria Accentrata di cui all'art. 19, comma 2, lettera b), punto i), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118.
 7. Le amministrazioni regionali elaborano l'indicatore di tempestività dei pagamenti di cui ai commi 1 e 2, con riferimento all'intero bilancio regionale, alla Gestione Sanitaria Accentrata e alla componente non sanitaria.
 8. Per le amministrazioni centrali dello Stato, le note integrative allegate al bilancio disciplinate dall'art. 35, comma 2, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, costituiscono il prospetto di cui all'art. 41 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66.
 9. Gli enti vigilati e le unità locali di cui all'art. 19, comma 4, del decreto legislativo 31 maggio 2011, n. 91, trasmettono altresì l'«indicatore annuale di tempestività dei pagamenti», unitamente al bilancio consuntivo, al Ministero vigilante per il consolidamento e il monitoraggio degli obiettivi connessi all'azione pubblica.

3.12 FONDI RISCHI ED ONERI

Con verbale n. 7 del 12/05/2017 di approvazione del bilancio 2016, il Collegio Sindacale ha attestato l'avvenuto rispetto delle condizioni per procedere all'iscrizione dei fondi rischi ed oneri ed al relativo utilizzo. In tale verbale il Collegio ha riscontrato un accantonamento per interessi di mora per € 813 mila. L'apposito accantonamento è effettuato a titolo prudenziale sulla base una analisi dei documenti pagati in ritardo nell'arco del 2016.

In sede di compilazione del questionario il Collegio Sindacale ha inoltre attestato che nella nota integrativa sono state indicate le passività potenziali possibili e che le quote di contributi vincolati di parte corrente non ancora utilizzate risultano essere accantonate negli appositi fondi spese, così come previsto dalla normativa (art. 29, comma 1, lettera e) del d.lgs. 118/2011) e dal modello di CE (voce B.11.C).

L'organo di revisione ha riferito che non esistono rischi con possibilità di subire perdite addizionali rispetto agli importi stanziati, né rischi probabili.

Ha specificato inoltre che, non esistono rischi generici o remoti, dai quali potrebbero scaturire perdite significative.

4. CONCLUSIONI

Così richiamati gli esiti dell'istruttoria e dell'intercorso contraddittorio – peraltro oggetto di ulteriore approfondimento in occasione dell'adunanza pubblica – la Sezione delibera:

- 1) di rilevare la tardiva approvazione dei documenti di programmazione;
- 2) di raccomandare alla Regione una sollecita approvazione delle direttive in merito alla formazione del bilancio preventivo degli enti del SSR;
- 3) di ribadire che una corretta contabilizzazione dei costi dell'intramoenia dovrebbe comprendere anche l'indennità di esclusività medica per la quota parte riconducibile all'attività stessa, in quanto l'indennità in esame costituisce un costo indiretto che dovrebbe essere ripartito tenendo conto dell'attività privata da parte del personale;
- 4) di rilevare il ritardo nella sottoscrizione degli Accordi stipulati tra la Regione e le Associazioni di categoria delle strutture sanitarie private sui tetti spesa, relativi all'anno 2016, nonché della successiva sottoscrizione degli accordi contrattuali sui volumi massimi di spesa delle prestazioni sanitarie con le singole strutture private accreditate, che hanno comportato attribuzioni di costi di competenza di esercizi in chiusura o abbondantemente chiusi, evidenziando come i principi basilari di buona amministrazione rendano opportuna l'esplicazione, sia pure provvisoria, di scelte programmatiche all'inizio dell'anno, onde evitare che il taglio tardivamente effettuato possa ripercuotersi sulle prestazioni già erogate dalle strutture nella ragionevole aspettativa dell'ultrattività della disciplina fissata per l'anno precedente, con le decurtazioni imposte dalle norme finanziarie;
- 5) di rilevare che, nel 2016, non sono stati adottati provvedimenti di riduzione della spesa per l'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati.

Ne consegue, tuttavia, che la Regione Marche è stata, comunque, giudicata adempiente, in quanto, pur non avendo conseguito l'obiettivo della riduzione della spesa, ha raggiunto l'equilibrio economico complessivo del bilancio sanitario;

- 6) di rilevare che il quadro economico aziendale complessivo, relativo all'acquisto delle prestazioni da privato accreditato (compreso altre tipologie di prestazioni, non soggette a tetto economico regionale), ha registrato un costo complessivo pari a 314,3 ml di euro, contro una previsione di spesa redatta in sede di bilancio di previsione 2016 di 309,3 ml di euro ed in sede di IV report 2016 di 313,6 ml di euro; lo scostamento più rilevante è risultato rispetto all'anno precedente, in

cui si è stato registrato un costo pari a 301,2 ml di euro, con uno scostamento complessivo pari a 13 ml di euro, correlato essenzialmente all'impatto di delibere di Giunta.

In particolare, è risultata in forte incremento la spesa per le Case di Cura multispecialistiche (+8,4 per cento), per i Presidi di riabilitazione (+17,7 per cento), per le Strutture residenziali (+7,2 per cento) e per i Laboratori analisi (+10,2 per cento) ed in notevole diminuzione quella per la specialistica ambulatoriale (-31,8 per cento);

- 7) di prendere atto, sulla base di quanto dichiarato dal Collegio Sindacale nel questionario sul rendiconto 2016, che l'acquisizione di beni e servizi appartenenti alle categorie merceologiche individuate dal d.p.c.m. 24 dicembre 2015 (G.U. n. 32 del 09/02/2016) è avvenuta esclusivamente attraverso la Consip o le Centrali regionali di committenza, ai sensi dell'art. 1, commi 548 e 549, legge 28 dicembre 2015, n. 208, e che non si sono verificati casi di proroghe di contratti relativi alle categorie merceologiche individuate dal sopra citato d.p.c.m. oltre la data di attivazione di quelli aggiudicati dalla Centrale di committenza (art. 1, comma 550, l. n. 208/2015);
- 8) di evidenziare che la Regione Marche, con riferimento all'acquisto dei dispositivi medici, non ha rispettato il tetto di spesa, pari al 4,4 per cento del Fondo sanitario regionale, ai sensi dell'art. 1, comma 131, lett. b), legge 24 dicembre 2012, n. 228 (legge di stabilità 2013), conseguendo il risultato del 6,75 per cento, con una spesa complessiva pari ad euro 193,563 mila euro. Lo scostamento è risultato essere del 2,35 per cento e in termini assoluti di 67.365 mila euro.

Tale tetto, come già specificato dall'Organo di revisione della Regione Marche nella Relazione sul bilancio 2015 (verbale n. 21/2016 del 11/11/2016), fissato esclusivamente per la spesa diretta sostenuta dalle Aziende sanitarie, finisce per favorire quelle regioni con forte presenza di strutture private accreditate (poiché, come nel caso dei farmaci ospedalieri, il costo del dispositivo viene rilevato non autonomamente, ma nella "tariffa-DRG" riconosciuta all'operatore privato). Inoltre, nella categoria dei dispositivi medici sono compresi prodotti altamente differenziati, da articoli molto semplici (cerotti, termometri, etc.) ad apparecchiature ad alto contenuto tecnologico, il cui costo è funzione del livello di innovazione raggiunto negli anni più recenti;

- 9) di rilevare che la spesa dei dispositivi medici sostenuta dall'ASUR nel 2016, pari a 71.083.568 euro, ha registrato un incremento rispetto al bilancio consuntivo 2015 di 807 mila di euro (+0,88 per cento). Tale variazione, è risultata coerente con l'aumento dell'attività ospedaliera dell'Area

Vasta 1 e 2 (Chirurgia, Ortopedia e Urologia), mentre nell'Area Vasta 3 i maggiori consumi sono legati al Laboratorio di Emodinamica e alla Sala pace-maker;

- 10) di rilevare il mancato raggiungimento dell'obiettivo di riduzione del 5 per cento della spesa dei dispositivi medici rispetto al consuntivo 2015 (art. 15, comma 13, lett. f), decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, e art. 9 ter, comma 1, lett. b), decreto legge 19 giugno 2015, n. 78);
- 11) di rilevare che, dai dati esposti dal Collegio Sindacale nella Relazione al bilancio 2016, allegata al verbale n. 7 del 12/05/2017, la spesa relativa ad "Altri costi per acquisti di beni e servizi", è stata pari a 409.505.728 euro, in diminuzione di 3.265.513 euro (-0,79 per cento) rispetto all'anno precedente, che è stata pari a 412.771.241 euro, non riscontrando significativi elementi di rilievo;
- 12) di rilevare che, dall'analisi dei seguenti aggregati è risultato:
 - Beni sanitari: un incremento di costi di 13,4 milioni di euro (+3,98 per cento) rispetto al bilancio 2015 e di 1,59 milioni di euro (+0,46 per cento) rispetto al bilancio di previsione 2016;
 - Beni non sanitari: un decremento di costo di -1,3 milioni di euro (-12,35 per cento) rispetto al bilancio consuntivo 2015 ed un incremento di +444 mila euro rispetto al bilancio di previsione 2016 (4,82 per cento).

In forte diminuzione, a confronto con l'esercizio 2015, i consumi di "supporti informatici, cancelleria e stampati" (-1,1 milioni di euro pari al -30,7 per cento), per effetto della cessazione del contratto Asur per la fornitura degli stampati a cui non è seguito pari aumento degli acquisti diretti di stampati, e carburanti (-167 mila euro pari al -8,4 per cento), come rappresentato dal Direttore Generale dell'ASUR nella Relazione sul bilancio esercizio 2016 (Allegato E alla determina n. 256 del 02/05/2017).

Significativo incremento, invece, degli acquisti di altri materiali non sanitari (+105,5 per cento) rispetto all'esercizio precedente.

Le restanti voci sono risultate complessivamente in sostanziale allineamento ai consumi dell'anno precedente;

- 13) di rilevare che, in merito all'aggregato relativo all'acquisto di Servizi, sono stati registrati costi in decremento rispetto all'anno precedente, per un importo pari a complessivi 1,4 milioni di euro (-0,77 per cento), e rispetto al bilancio di previsione, invece, un incremento pari a 1 milione di euro; infine, non risultano evidenziati scostamenti rilevanti rispetto al dato Preconsuntivo (decremento di circa 122 mila euro).

Tale voce raccoglie un mix eterogeneo di fattori produttivi che vanno dai servizi appaltati, alle manutenzioni, alle utenze, consulenze, godimento beni di terzi, costi generali e, infine, alle imposte e tasse;

14) di evidenziare, in particolare, che:

- dall'aggregato dei Servizi sanitari (CE Ministeriale - Allegato E Determina DG ASUR n. 256/2017), i costi dell'anno 2016 risultano in incremento di 23.853.825 euro (+1,7 per cento) rispetto all'anno precedente;
- dall'aggregato dei Servizi non sanitari (CE Ministeriale - Allegato E Determina DG ASUR n. 256/2017), i costi dell'anno 2016 risultano in diminuzione di 487.676 euro (-0,5 per cento) rispetto all'anno precedente;

15) di rilevare che, d'analisi di dettaglio dei seguenti aggregati, è risultato:

- Servizi appaltati: incremento dei costi dell'anno 2016 rispetto all'anno precedente, per un importo pari a 1.939.686 euro (+2,08 per cento) ed in aumento rispetto al dato previsionale di euro 830.511 (+0,88 per cento).

La specificità della gestione dei contratti aziendali, come rappresentato dal Direttore Generale dell'ASUR, nella Relazione di accompagnamento al bilancio 2016 (Allegato E alla determina n. 256/2017), per la maggior parte dislocati per Area Vasta (Area Vasta 1, per Pesaro Urbino e Fano, Area Vasta 2, per Senigallia, Ancona, Jesi e Fabriano, Area Vasta 3 per Civitanova, Macerata e Camerino, Area Vasta 4 per Fermo, Area Vasta 5 per San Benedetto e Ascoli P.), ha giocato un ruolo essenziale nell'eterogeneità degli scostamenti dei diversi fattori produttivi.

L'analisi di dettaglio per singolo fattore produttivo ha evidenziato uno scostamento rispetto al bilancio d'esercizio 2015 di +1.939.686 euro, che può essere così scomposto per le voci più rilevanti:

1. Autoambulanza -890 mila euro (-3,9 per cento);
2. Servizio di ristorazione e mensa +140 mila euro (+1,5 per cento);
3. Riscaldamento e gestione calore +186 mila euro (+1,36 per cento);
4. Servizio di trasporto +33 mila euro (+1,8 per cento);
5. Smaltimento rifiuti -195 mila euro (-4,8 per cento);
6. Servizi di vigilanza -47 mila euro (-3,3 per cento);

7. Servizio di distribuzione farmaci ed altri prodotti sanitari +2.032 mila euro (+152 per cento).

Per le restanti voci non sono stati rilevati scostamenti considerevoli e sono risultati in linea con quanto rendicontato l'anno precedente;

- Servizi di manutenzione: incremento dei costi dell'anno 2016, rispetto al consuntivo dell'anno precedente, per un importo pari a 245.869 euro, (+0,95 per cento), ed un decremento rispetto al dato previsionale per 175.458 euro (-0,66 per cento);

Gli incrementi di spesa riguardano, in particolar modo, le manutenzioni e riparazioni agli impianti e macchinari (+340 mila euro, +10,6 per cento), le manutenzioni e riparazioni attrezzature informatiche (+241 mila euro, +36,4 per cento) e, infine, le manutenzioni software (+580 mila euro, +33,78 per cento).

In merito alle manutenzioni software, il Direttore Generale dell'ASUR, nella Relazione di accompagnamento al bilancio esercizio 2016, ha precisato che l'incremento è riconducibile, per circa 130 mila, alla riclassificazione del conto di assistenza software del sistema gestionale del laboratorio analisi di AV3, in precedenza iscritto nel conto dei canoni hardware;

- Utenze: decremento di costi rispetto all'anno precedente di circa 989.945 euro (-4,02 per cento), invece, rispetto al bilancio di previsione 2016, incremento di costi di 654.910 euro (+2,85 per cento). Il bilancio di previsione presumeva un risparmio più rilevante sul conto dell'energia elettrica;

16) di rappresentare alla Regione, in relazione al conseguimento del risparmio del 5 per cento dei costi per l'acquisto di beni e servizi, la necessità di porre attenzione, fermo restando il disposto di cui all'art. 15, comma 13, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, ad una corretta applicazione dell'art. 9 ter, comma 1, lett. a), del decreto legge 19 luglio 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, fornendo adeguata dimostrazione dell'applicazione dell'art. 8, comma 10, del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, laddove consente misure equivalenti che garantiscano analogo risparmio di spesa;

17) di riservare, comunque, la valutazione dei risultati in merito all'obiettivo della riduzione degli importi dei contratti aventi ad oggetto acquisto o fornitura di beni e servizi in essere, inclusi i dispositivi medici, nella misura del 5 per cento, il cui procedimento è stato già avviato dalla

Regione Marche, con nota del 5 marzo 2018, a seguito degli esiti dell'istruttoria del Tavolo
238 Corte dei conti – Sezione regionale di controllo per le Marche - Controllo ex art. 1, comma 170, della legge 266/2005

Tecnico per la verifica degli adempimenti 2016, come da verbale del 22 febbraio 2018 trasmesso dal MEF;

- 18) di evidenziare, tuttavia, che ai fini del rispetto dei vincoli normativi, la Regione Marche ha comunque garantito l'equilibrio del bilancio sanitario anche per l'anno 2016 (art. 9-septies, comma 2, del d.l. n. 78/2015);
- 19) di rilevare che la Regione Marche, avendo raggiunto l'equilibrio economico complessivo anche nell'anno 2016, ai fini della verifica degli Adempimenti anno 2016, è stata dichiarata adempiente dal Tavolo tecnico, nonostante l'avvenuto superamento dei limiti della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera, determinati nella misura stabilita dall'art. 15, comma 2, d.l. n. 95/2012, pari, rispettivamente, all'11,35 per cento ed al 3,5 per cento;
- 20) di rilevare che il costo complessivo per la farmaceutica, pari a 480.702.590 euro, risulta essere non in linea con il dato regionale, nonché nazionale, e mostra un incremento rispetto all'esercizio precedente dell'1,57 per cento, il cui costo è stato pari a 473.258.897 euro, evidenziando che:
 - la spesa territoriale è aumentata dell'1,10 per cento, in termini percentuali, e di 3.956.801 euro, in termini assoluti;
 - la spesa ospedaliera è aumentata del 2,70 per cento, in termini percentuali, e di 3.486.892 euro, in termini assoluti;
 - la spesa convenzionata è diminuita dell'1,30 per cento, in termini percentuali, e di 3.101.029 euro, in termini assoluti.

