



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER LE MARCHE

**ISTITUTO NAZIONALE DI RIPOSO E  
CURA PER ANZIANI - I.N.R.C.A. -  
BILANCIO DI ESERCIZIO 2016**

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



CORTE DEI CONTI





CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER LE MARCHE

**ISTITUTO NAZIONALE DI RIPOSO E  
CURA PER ANZIANI - I.N.R.C.A.  
BILANCIO DI ESERCIZIO 2016**

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

Relatore:  
Cons. Mario Guarany

Analisi economico-finanziaria  
Rag. Matilde Barbuzzi  
Rag. Gilberta Giuliadori  
Dott.ssa Rosita Merli



# 1 VERIFICHE GENERALI

## 1.1 Metodologia e limiti del controllo

Si illustrano di seguito gli esiti delle verifiche svolte dalla Sezione regionale nei confronti dell'I.N.R.C.A. - Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (I.R.C.C.S.), 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. 13 del 27 luglio 2017, si è espresso favorevolmente con osservazioni 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'Istituto.

L'Organo di revisione non ha 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.

Dall'analisi del bilancio d'esercizio si evince che l'Istituto presenta perdita di esercizio per l'anno 2016.

Il Collegio Sindacale ha specificato che, come anche illustrato dal Direttore Generale nella relazione sulla gestione: "*Relativamente al bilancio d'esercizio 2016 e nello specifico delle modalità di copertura delle perdite si deve rilevare come già detto che la stessa derivi solo dal sezionale della Calabria*

*e conseguentemente sia imputabile solo al Presidio di Cosenza. In questa logica la modalità di copertura della perdita non potrà che riguardare la sola Regione Calabria.*

*Con riferimento alla perdita citata si osserva in maniera generica, rimandando all'analisi economico del singolo presidio per l'osservazione puntuale delle motivazioni della perdita, come il deficit d'esercizio dipenda da un mancato o ridotto extra finanziamento dell'attività erogata, posto che tutte le aziende sanitarie pubbliche si trovano nella condizione, al fine di raggiungere un equilibrio economico finanziario, di avere bisogno di un finanziamento ulteriore rispetto al valore della produzione erogata.*

*In questo senso l'accordo oggetto di trattativa tra la Regione Calabria, l'Inrca e la Regione Marche è impostato in questa direzione, nel senso di superare le problematiche sin qui emerse attraverso una transazione sulle perdite pregresse e la realizzazione di un percorso virtuoso di razionalizzazione e sviluppo per il triennio futuro. Dunque, un accordo che oltre a transare sul tema della copertura delle perdite pregresse, getta le basi perché le stesse non possano generarsi in futuro. E' ovvio che in caso di mancata conclusione dell'accordo, cosa peraltro al momento considerabile solo come ipotesi lontana, l'Istituto dovrà / potrà seguire i percorsi già attuati relativamente ai Presidi di Roma e Cagliari (accantonamenti Regione Marche, vendita del Patrimonio). Peraltro, va segnalato sul tema i recenti Decreti della Regione Calabria (n. 53/2016 e 103/2016) che prevede il ripiano per l'intera perdita pregressa dell'esercizio 2014. Tali decreti, che segue analoghi decreti degli anni precedenti, testimonia un percorso avviato e consolidato ma anche la modalità di comportamento della Regione Calabria relativamente alla copertura delle perdite delle aziende sanitarie del Sistema Sanitario regionale. Va aggiunto anche il fatto che il decreto di assegnazione 2016 è stato molto più consistente di quello degli anni precedenti consentendo la riduzione della perdita d'esercizio. "*

L'Organo di revisione con verbale di approvazione del bilancio 2016 fa presente che:

- con d.g.r. Marche n. 421 del 28/04/2017 la Regione Marche ha dettato "Disposizioni per la redazione del Bilancio d'esercizio 2016 degli Enti del SSR e per l'attuazione del decreto legislativo n. 118 del 23/06/2011 e s.m.i.", stabilendo il termine di adozione del bilancio d'esercizio 2016 al 30 aprile 2017.

A tal proposito il Collegio Sindacale rileva che il Bilancio dell'Istituto è stato adottato in ritardo rispetto a tale termine, motivato dall'Istituto con lo sfasamento temporale dell'emanazione dei decreti di assegnazione delle altre Regioni. In particolare, la Regione Lombardia ha provveduto con decreto n. 5650 del 17/05/2017 ad oggetto "Assegnazione definitiva alle ATS, alle ASST, all'AREU, all'Agenzia di Controllo del

sistema socio-sanitario lombardo ad alle fondazioni IRCCS del finanziamento di parte corrente del FSR per l'esercizio 2016"; mentre la Regione Calabria ha provveduto con decreto n. 74 del 5/05/2017 ad oggetto "Riparto provvisorio del Fondo Sanitario Regionale a destinazione indistinta e delle quote vincolate anno 2016, ai sensi dell'art. 2 c. 2 sexies lett. d), del d. lgs. 502/92 e s.m.i. anno 2016" e ha trasmesso la tabella relativa alla ripartizione dei contributi all'Istituto via mail solo in data 19/06/2017.

I.I.N.R.C.A. quale Istituto Nazionale di Ricerca a carattere scientifico ha la sede legale nella città di Ancona e risulta essere l'unico Istituto di Ricerca a carattere pubblico, presente nelle regioni Lombardia, Calabria e Marche. Dette sedi regionali non sono da considerare organismi autonomi, ma riconducibili sotto l'aspetto giuridico e contabile al soggetto unico I.N.R.C.A. così come stabilito con l.r. Marche n. 21 del 21/12/2006.

Pertanto, il parere del Collegio sul bilancio consuntivo, da esprimersi ai sensi dell'art 17 della l.r. Marche n. 26 del 1996, può essere fatto unicamente per l'I.N.R.C.A. inteso nella sua unicità e non per i singoli Presidi;

- fa presente, come già evidenziato negli anni precedenti, che la chiusura dei POR di Roma e Cagliari ha comportato la necessità di un cambiamento nel criterio di ripartizione dei costi dell'area scientifica e amministrativa di supporto e che i valori attribuiti ai Presidi di Cosenza e di Casatenovo non sono stati determinati in base ad un criterio specifico ma trovano motivazione nella loro storicità (base di riferimento costi 2012). Alla luce di tale aspetto il Collegio Sindacale invita nuovamente l'Istituto a farsi promotore nei confronti delle Regioni Lombardia, Calabria e Marche per la definizione di un accordo che regoli la ripartizione dei costi generali;
- come già evidenziato, il mancato rispetto della tempistica, oltre che vanificare la funzione programmatica del Bilancio Preventivo, rende di scarso rilievo e significato l'esame degli scostamenti in quanto il bilancio di previsione, in relazione ai termini di approvazione, rappresenta più un preconsuntivo che un vero e proprio bilancio di previsione;
- raccomanda un costante monitoraggio dei beni presenti all'interno dell'Istituto finalizzato ad un tempestivo aggiornamento in termini sia fisici che contabili del Registro Beni Ammortizzabili. Da quanto emerso dal colloquio con la responsabile al

bilancio risulta ancora in corso di attivazione l'inventario fisico dei beni patrimoniali, a tal proposito il Collegio Sindacale rinnova l'invito di procedere quanto prima;

- relativamente ai costi ed ai ricavi intramoenia, segnala nuovamente che l'Istituto non ha una contabilità separata di cui all'art. 3 commi 6 e 7 della legge 724/1994 e l'equilibrio economico viene raggiunto attraverso una ripartizione dei ricavi e non mediante la determinazione analitica dei costi diretti ed il ribaltamento della quota parte dei costi indiretti, ed invita l'Istituto ad attivarla quanto prima ai sensi dell'art. 3 commi 6 e 7 della legge 23/12/1994 n. 724
- In relazione ai limiti di spesa per il personale a tempo flessibile il Collegio rileva il superamento, seppur ridotto, del limite di spesa per l'anno 2016 fermo restando che le assunzioni effettuate, in base a quanto indicato dall'Istituto, rientrano nelle previsioni del 1 comma dell'art. 27 della L.R. Marche n. 33 del 2014;

### **1.3 Aggiornamento sugli sviluppi relativi agli accordi transattivi ed al contenzioso**

Alla richiesta istruttoria di aggiornamento sulle attività di relazioni istituzionali verso quelle regioni con cui esistono rapporti di debito/credito ancora pendenti l'Istituto con nota prot. 5255/19- DG del 15.2.2019 ha riferito che:

- **Con la Regione Calabria** si è concluso il percorso per la transazione relativa alle posizioni creditorie dell'INRCA iscritte nei confronti della Regione Calabria al 31/12/2012. In data 24/05/2018 infatti la Regione Calabria ha emanato il DCA n.118 con il quale ha preso atto dello schema di accordo transattivo tra Regione Marche, INRCA e Regione Calabria.

Tale schema prevedeva un accordo economico e la realizzazione di un Piano di razionalizzazione e sviluppo dell'INRCA di Cosenza da predisporre entro e non oltre il 30/09/2018. Tale accordo economico veniva definito con la rinuncia da parte di INRCA al contenzioso in essere pendente innanzi al Tribunale di Catanzaro (r.g.n.1717/2013), mentre la Regione Calabria avrebbe corrisposto all'Istituto l'importo di € 16.500.000 come segue:

la somma di €13.650.000 entro 30 gg dalla sottoscrizione dell'accordo;

la rimanente somma di € 2.850.000 in 5 rate annuali di € 570.000 da corrispondersi a partire dall'esercizio 2019, entro il 30 giugno;

Sempre entro 30 gg dalla sottoscrizione del suddetto accordo, la Regione Calabria si è impegnata a liquidare l'importo di € 5.605.243 per le perdite già maturate, certificate e coperte con DCA nn. 86/2015, 53/2016, 103/2016 e 174/2017 relative agli anni 2013, 2014 e 2015.

Per gli esercizi successivi al 2015 la Regione Calabria si è impegnata a riconoscere le perdite d'esercizio maturate dal Presidio di Cosenza attraverso l'adozione di specifici provvedimenti commissariali di copertura fino alla messa a regime del piano di razionalizzazione e sviluppo di cui sopra.

Il suddetto accordo è stato recepito dalla Regione Marche con d.g.r. n. 731/2018 e dall'INRCA con determina n. 175/DGEN/2018.

In data 01/08/2018 la Regione Calabria ha emanato il decreto di liquidazione n. 8591/2018, dando così esecuzione all'accordo transattivo tra Regione Marche, INRCA e Regione Calabria di cui al DCA n. 118/2018. In data 08/08/2018, sulla base di quanto disposto dal decreto di liquidazione, è stato incassato l'importo di euro 17.416.018,31 che andava ad estinguere parzialmente il credito vs la Regione Calabria di € 19.254.86 al 31/12/2017. La differenza di euro 1.838.842,69 è stata incassata nel mese di gennaio 2019, in quanto al momento dell'emanazione del decreto n. 8591/2018 non poteva essere liquidata perché allocata tra i residui in perenzione amministrativa alla data del 31/12/2017 e per i quali la Regione Calabria (Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie) ha dovuto richiedere la riallocazione dei medesimi residui sul bilancio regionale 2018.

Da un punto di vista giudiziale l'accordo stipulato in data 24/05/2018 prevedeva, al comma 5, che con il pagamento della prima tranche le parti si sarebbero impegnate a depositare atto di rinuncia al contenzioso pendente. Pertanto, a seguito dell'incasso avvenuto in data 08/08/2018, relativamente al contenzioso avviato dall'Istituto verso la Regione Calabria per le perdite antecedenti al 2005, all'udienza dell'01/12/2018 (Corte di Appello di Ancona appello RG.A. n. 762/2013 interposto dalla Regione Calabria per motivi di giurisdizione) la Corte, preso atto dell'atto di rinuncia all'appello, e delle domande ivi presentate, notificato dalla Regione Calabria all'INRCA e da questo formalmente accettato con atto ritualmente depositato in udienza, ha dichiarato l'estinzione dell'appello.

Analogamente per quanto riguarda il contenzioso pendente dinanzi al Tribunale di Catanzaro e cioè quello di riassunzione di quello già deciso dal giudice di Ancona, l'INRCA

ha provveduto alla notifica di atto di rinuncia alla Regione Calabria che ha provveduto all'accettazione dello stesso. All'udienza del 20/11/2018 è stato rinviato per mere questioni formali all'udienza del 05/02/2019 nel corso della quale il Giudice ha nuovamente rinviato la causa al 4 marzo 2019, al fine di consentire alla Regione Calabria non comparsa, di produrre accettazione della rinuncia (con specifico riferimento alla compensazione delle spese).

Con DCA n. 164/2018 la Regione Calabria ha inoltre provveduto a ripianare la perdita d'esercizio 2016 per E 991.070. Tale somma è stata incassata nel mese di ottobre 2018.

- **Con la Regione Sardegna** prosegue l'iter giudiziario a suo tempo avviato stante la dichiarata volontà della Regione Sardegna di non transigere con l'Istituto. Per quanto riguarda lo stato del contenzioso con la suddetta Regione, a febbraio 2013 il Tribunale di Ancona, presso cui era stata introitata la causa nel 2006 per il periodo 1996-2004 per un valore complessivo di 12.939 mln di euro, ha emesso la sentenza n. 170/2013 con cui rigettava le pretese dell'Istituto. Pertanto, l'Istituto ha già provveduto a presentare ricorso in appello, RG n. 651/2013, (Det. 113/DGEN del 22/03/2013) la cui udienza era stata fissata per il 09/12/2014. La Corte ha rinviato l'udienza per la precisazione delle conclusioni al 10/04/2018 all'esito della quale l'appello è stato trattenuto in decisione. Ad oggi non sono ancora scaduti i termini per le difese conclusive sicché nessuna sentenza è stata ancora pronunciata. L'Istituto ha inoltre provveduto (Det. 114/DGEN del 22/03/2013) a presentare un'ulteriore causa verso la Regione Sardegna, per il periodo 2005-2012 per un valore complessivo di 15.851 mln di euro, la cui prima udienza innanzi al Tribunale di Cagliari si è tenuta il 20 dicembre 2013. L'esito di tale udienza è stato di carattere interlocutorio, nel senso che il giudice ha accolto l'eccezione di cui ai termini dell'art. 183 del c.p.c. presentata dalle parti e la seconda udienza si è tenuta il 02/07/2014. Nella seduta del 02/07/2014 il giudice ha rigettato le istanze istruttorie avanzate fissando la precisazione delle conclusioni al 05/11/2014, data poi rinviata inizialmente al 13/05/2015 e poi al 21/10/2015. All'esito di tale udienza la causa è stata rinviata al 29/09/2017 e poi ulteriormente rinviata al 03/10/2018 dove è stato deciso che l'appello promosso dall'INRCA presso la Corte di Appello di Ancona R.G. n. 651/2013 per il ripiano dei disavanzi per il periodo 1996 - 2004 è stato respinto con la sentenza n. 2994/2018 pubblicata il 17/12/2018. L'altra causa per il

ripiano dei disavanzi 2005/2012 pendente in primo grado presso il Tribunale di Cagliari è in discussione all'udienza del 22/02/2019.

In sede di contraddittorio l'Amministrazione ha riferito che il Giudice del Tribunale si è riservata la decisione.

## 1.4 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.

L'Organo di revisione ha specificato che 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 al **12,69** per cento delle entrate proprie individuate nelle voci del C.E. con codici

- AA0660; AA0440; AA0690; AA0960; AA0950; AA1090; AA0930; AA0760; AA0590; AA0120; EA0020; EA0030 **del CE Marche** per euro 3.100.822,07 sul quale ha gravato un totale debito per quota capitale + interessi per euro 406.100,13 (**13,10%**)
- AA0660; AA1090; AA0930; AA0950 **del CE Casatenovo** per euro 603.099,57 sul quale ha gravato un totale debito per quota capitale + interessi per euro 64.063,72 (**10,62%**)

Il Collegio Sindacale ha attestato che, nel corso dell'anno 2016, l'Istituto 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). E' stato riscontrato che l'INRCA ha fatto ricorso ad anticipazioni di cassa una sola volta, nel corso dell'anno 2016, per l'importo di 1.000,00 euro ed una durata di 84 giorni, come esposto nella tabella che segue:

**Tabella 1 - INRCA: Ricorso all'anticipazione di tesoreria per l'anno 2016**

Data	Giorni di utilizzo	Utilizzo anticipazione	Variazioni
07/04/2016	84	1	

Dati in migliaia di euro

Fonte: Nota trasmessa dalla Regione Marche ed acquisita con prot. n. 2287 del 05.06.17 - Allegato 8.

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

Tenendo conto del fatto che, nel 2015, l'INRCA aveva fatto ricorso all'anticipazione di cassa per quasi tutto l'anno, seppur in misura notevolmente inferiore, rispetto agli anni precedenti, a fronte della richiesta di specifici chiarimenti, l'Amministrazione regionale, con nota prot. n. 944642 del 26 settembre 2017, ha riferito quanto relazionato dall'Istituto medesimo nel prosieguo.

Gli elementi che, nel corso del 2016, hanno contribuito a conseguire stabilmente un risultato finanziario positivo hanno riguardato sia la gestione corrente che in conto capitale.

Con riferimento alla gestione corrente, per quanto attiene al settore delle entrate, l'INRCA è riuscita ad ottenere un'assegnazione del finanziamento a titolo di LEA, da parte della Regione Calabria, con frequenza mensile, diversamente dagli anni precedenti nei quali tale assegnazione avveniva con frequenza trimestrale comportando, nei mesi mancanti, delle sofferenze di liquidità e dunque un ricorso all'anticipazione.

Per il Presidio di Casatenovo (Lombardia), invece, è stato incrementato il valore mensile dell'assegnazione (di circa 37.000 euro), consentendo un maggior respiro per la copertura delle uscite correnti mensili. La maggiore assegnazione è conseguente alla sottoscrizione, in data 14/01/2016, dell'appendice al contratto integrativo per la definizione dei rapporti giuridici ed economici recepito da un accordo tra INRCA di Casatenovo ed ATS della Brianza in data 31 maggio 2016.

Per quanto riguarda le uscite, l'Istituto ha posto maggiore attenzione alla loro programmazione, evitando il determinarsi, nel corso del mese, di forti squilibri tra le entrate e le uscite, fermo restando il rispetto dei termini di pagamento previsto per le aziende del SSN (60 gg.). Al riguardo si fa presente che l'indice di tempestività dei pagamenti relativo all'anno 2016 risulta pari a - 6, ovvero che i pagamenti dell'Istituto avvengono in media 6 gg. prima della scadenza.

Con riferimento alla gestione in conto capitale, pur essendo quest'ultima per sua natura meno allineata tra le entrate e le uscite, le quali vengono generalmente sostenute in via anticipata rispetto all'erogazione dei finanziamenti, è stata tuttavia caratterizzata da una più puntuale e tempestiva rendicontazione degli stati di avanzamento, da parte degli uffici preposti, permettendo di incamerare nell'anno 2016 somme ingenti pari a circa 4.400.00 euro.

Deve infine sottolinearsi la particolare attenzione rivolta dall'attuale Direzione alla gestione finanziaria dell'Istituto, con riferimento alla quale è stato attivato un costante monitoraggio

anche mediante l'implementazione di una reportistica mensile ad hoc sul trend dei flussi finanziari in entrata ed in uscita sia in termini di programmazione che di consuntivazione.

Nel questionario esercizio 2016 il Collegio dei revisori ha specificato che l'Istituto, nell'utilizzo delle anticipazioni di tesoreria, ha rispettato il limite dell'ammontare annuo definito dalla normativa nazionale (art. 2 lettera g, d.lgs. n. 229/1999), mentre nel 2015 aveva rispettato il limite stabilito dalla normativa regionale (art. 30, l.r. n. 3/2003). Il Tesoriere ha presentato il rendiconto all'Istituto.

**Tabella 2 - Anticipazioni di tesoreria**

Anno	Ammontare anticipazione utilizzata	Limite ammontare annuo
2016	765.218	7.417.723
2015	12.755.464	14.513.766

Fonte: Collegio dei revisori Questionario es. 2016

In sede istruttoria, sono stati chiesti chiarimenti in merito alla differenza tra l'ammontare delle anticipazioni di tesoreria indicato dalla Regione Marche nella nota prot. 531510 del 05.06.2017 e l'importo indicato dal Collegio dei revisori nel punto 8.1 del questionario sul bilancio es. 2016 dell'INRCA.

L'Istituto, con nota prot. 5255/19-DG del 15/02/2019 e nota prot. 7060/19 dell'01/03/2019, ha riferito che la differenza tra quanto indicato dal Collegio dei Revisori nel punto 8.1 del questionario sul bilancio 2016 dell'INRCA e quanto indicato dalla Regione Marche nella nota prot. 531510 del 05/06/2017 deriva dal fatto che nel questionario è stato inserito il **valore dell'utilizzo dell'anticipazione** nel corso del 2016 comunicato dall'Istituto Tesoriere. Nella nota prot. 531510 del 05/06/2017 della Regione Marche, invece, è stato indicato il valore degli **oneri bancari** per utilizzo di anticipazione a causa di una differente interpretazione del dato da inserire al momento della compilazione della tabella inviata alla Regione Marche e da questa trasmessa alla Corte dei Conti, rispetto al momento della compilazione del questionario da parte del Collegio Sindacale.

## 1.5 Verifiche sulle partecipazioni

Il Collegio Sindacale ha riferito che l'Istituto non possiede partecipazioni in società o altri organismi partecipati. L'INRCA, assieme alla Regione Marche ed al Ministero della Salute, è

fondatore dell'Associazione "Italia Longeva, Rete Nazionale di Ricerca sull'Invecchiamento e la Longevità Attiva", costituita il 29/11/2010.

## **1.6 Gestione attiva del debito**

L'Organo di controllo ha riferito che sono state effettuate operazioni di gestione attiva del debito.

## **1.7 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 è inficiato da errori significativi.

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

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

## **1.8 Verifiche sulla circolarizzazione dei crediti e debiti ed influenza sul bilancio**

L'Organo di revisione ha attestato che l'Istituto 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'INRCA, 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.

Tabella 3 - Posizioni debitorie e/o creditorie al 31/12/2016

INRCA			Totale
<i>a</i>	ABA390	INRCA - B.II.2.a3) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per quota FSR di cui:	2.139.549
<i>al</i>		riparto LEA	30.000
<i>a2</i>		quote finalizzate al Fondo indistinto	875.269
<i>a3</i>		quote vincolate del Fondo Sanitario	975.3431
<i>a4</i>		Payback	258.937
<i>b</i>	PDA160	REGIONE - D.V.1a) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione per quota FSR	-2.139.549
<i>c=a+b</i>		<b>REGIONE - Saldo quota FSR</b>	
<i>d</i>	ABA430	INRCA - B.II.2.a.7) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente	
<i>e</i>	PDA170	REGIONE - D.V.1.b) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA	
<i>f</i>	ABA450	INRCA - B.II.2.a.9) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - altro	
<i>g</i>	PDA210	REGIONE - D.V.1.f) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per altre prestazioni	
<i>h</i>	ABA460	INRCA - B.II.2.a.10) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ricerca	208.609
<i>i</i>	PDA210	REGIONE - D.V.1.f) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per altre prestazioni	-208.609
<i>j=d+e+f+g+h+i</i>		<b>REGIONE - Saldo altri crediti correnti</b>	<b>0</b>
<i>k</i>	ABA480	INRCA - B.II.2.b) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per versamenti a patrimonio netto	261.455
<i>l</i>	PDA230	REGIONE - D.V.3) Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione per versamenti c/patrimonio netto	-261.455
<i>m=k+l</i>		<b>REGIONE - Saldo in conto capitale</b>	<b>0</b>
<i>n</i>	PDA120	INRCA - D.III.5) Altri debiti v/Regione o Provincia Autonoma	-1463.707
<i>o</i>	PDA120	REGIONE - B.II.4.a.3) Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per altre prestazioni	1.463.707
<i>p=n+o</i>		<b>REGIONE - Saldo altri debiti</b>	<b>0</b>

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

## 1.9 Riduzione degli apparati amministrativi

L'Organo di revisione ha attestato che l'Istituto non si è adeguato alle disposizioni emanate dalla Regione per adempiere a quanto disposto dall'art. 6, comma 20<sup>1</sup>, del d.l. n. 78 del 2010 evidenziando le motivazioni rappresentate nella relazione del Direttore Generale, il quale afferma che "le disposizioni dell'articolo non si applicano agli enti del Servizio sanitario nazionale ma costituiscono disposizioni di principio".

In sede istruttoria, sono stati chiesti all'Organo di revisione e all'Istituto elementi conoscitivi in merito alle misure adottate per ottemperare a quanto previsto dall'art. 6 del d.l. 78/2010 e successivi interventi legislativi integrativi.

L'Istituto con nota prot. 5255/19-DG del 15/02/2019 ha rappresentato la seguente tabella:

**Tabella 4 - Limiti di spesa art. 6, d.l. 78/2010 - Es. 2016**

Tipologia spesa	Periodo di riferimento					
		parametro di riferimento (importo).	Percentuale riduzione *posta	limite di spesa	Rendiconto 2016	Differenza tra limite di spesa e impegni 2016
Studi e consulenze	Limite di spesa del rendiconto 2014	21.180,67	75%	5.295,17	6.789,97	- 1.494,80
Relazioni pubbliche, convegni, mostre, pubblicità e rappresentanza	Rendiconto 2009	193.231,84	80%	38.646,37	74.830,01	-36.183,64
Sponsorizzazioni	Rendiconto 2009		100%			
Missioni	Rendiconto 2009	215.740,31	50%	107.870,16	66.748,17	41.121,99
Formazione	Rendiconto 2009	12.647,00	50%	6.323,50	3.683,00	2.640,50
Mobili e arredi	Media rendiconti 2010 - 2011	22.489,63	80%	4.497,93	5.009,00	- 511,07
Manutenzione noleggio autovetture	Rendiconto 2011	66.346,34	50%	33.173,17	48.972,70	-15.799,53
<b>TOTALE</b>		<b>531.635,79</b>		<b>195.806,29</b>	<b>206.032,85</b>	<b>-10.226,56</b>

Fonte: Nota prot. n. 5255/19-DG del 15/02/2019 - INRCA

<sup>1</sup> 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."

Per una migliore analisi dei dati, l'Istituto ha riportato anche la tabella relativa al bilancio d'esercizio 2015 a seguito delle modifiche fatte sui parametri di riferimento 2016 relativi a:

- Missioni: l'importo non comprende le spese per la gestione relativa all'attività a progetto che invece era stato inserito nel dato 2015. Questo perché al pari delle altre voci di spesa, anche la spesa delle missioni è stata depurata dei costi per l'attività a progetto che è remunerata specificatamente da appositi finanziamenti ulteriori rispetto a quelli istituzionali.
- Manutenzione e noleggio autovetture: l'importo contempla più voci di spesa rispetto a quelle prese come riferimento nel 2015, in quanto si è tenuto di quanto previsto dall'art. 5, comma 2, del d.l. 95/2012.

**Tabella 5 - Limiti di spesa art. 6, d.l. 78/2010 - Es. 2015**

Tipologia spesa	Periodo di riferimento	Impegni				
		parametro di riferimento (Importo)	Percentuale riduzione disposta	Limite di spesa	Rendiconto 2015	Differenza tra limite di spesa e impegni 2015
Studi e consulenze	Limite di spesa del rendiconto 2014	21.180,67	75%	5.285,17	19.693,56	-14.398,39
Relazioni pubbliche, convegni, mostre, pubblicità e rappresentanza	Rendiconto 2009	193.231,84	80%	38.646,37	111.180,26	-72.533,89
Sponsorizzazioni	Rendiconto 2009		100%			
Missioni	Rendiconto 2009	243.806,03	50%	121.903,02	79.442,48	42.460,54
Formazione	Rendiconto 2009	12.647,00	50%	6.323,50	7.635,76	-1.362,26
Mobili e arredi	Media rendiconti 2010 2011	22.489,63	80%	4.497,93	17.525,36	13.027,43
Manutenzione e noleggio autovetture	Rendiconto 2011	13.624,40	50%	6.812,20	10.476,09	-3.663,89
<b>TOTALE</b>		<b>506.979,57</b>		<b>183.478,10</b>	<b>246.003,51</b>	<b>-62.525,33</b>

Fonte: Nota prot. n. 5255/19-DG del 15/02/2019 - INRCA

Dalla tabella 2016 rappresentata l'Istituto ha evidenziato alcuni aspetti:

- *“l'intenso percorso di razionalizzazione intrapreso dall'Istituto e quindi di contenimento complessivo di questa area di costi al di là del raggiungimento dei singoli obiettivi posti. In tal senso si evidenzia uno scostamento totale assolutamente minimo. Tale sforzo di razionalizzazione è più che mai dimostrato dal confronto tra le due tabelle. Il confronto infatti evidenzia una significativa*

*diminuzione dello scostamento rispetto ai limiti di spesa considerati a livello di totale complessivo (-52.298,77 euro in valore assoluto, -84% in termini percentuali).*

- *l'impossibilità a contrarre alcune voci e quindi la sostanziale inapplicabilità del dato normativo. Ad esempio, all'interno dell'aggregato delle spese "relazioni pubbliche, convegni, mostre, pubblicità e rappresentanza" esiste, tra gli altri, il costo per spese di pubblicità che deriva essenzialmente dai costi per la pubblicazione di bandi e gare e bandi di concorso che è un obbligo normativo e ineludibile. Si consideri che le spese di pubblicità nel 2009 erano pari a euro 56.756,98 mentre nel 2016 sono state pari a 43.972,19 euro.*
- *la caratteristica di IRCSS implica una necessaria e feconda attività congressuale e convegnistica. Peraltro, i valori assoluti dell'Istituto sono molto contenuti (nel 2009 erano pari a euro 49.653,26 mentre nel 2016 sono state pari a euro 27.483,23, mentre il dato normativo prevede una riduzione pari all'80%).*
- *Infine, va osservato che l'esiguità di molte delle spese considerate (come quelle per autovetture e mobili e arredi) impediscono "de facto" il loro contenimento. In altri termini la voce è talmente ridotta che il loro contenimento è ottenibile solo attraverso una loro completa eliminazione o deriva da situazioni estemporanee. Si precisa inoltre che per la tipologia di spesa "Manutenzione e noleggio autovetture", nell'individuare i conti da prendere in considerazione per il computo del valore del 2011 e del 2016, si è fatto riferimento a quanto previsto dall'art. 5, comma 2, del d.l. 95/2012 specificando che i valori comprendono sia le spese per automezzi in generale che quelle riconducibili all'utilizzazione di automezzi per i servizi sociali e sanitari svolti per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza".*

## **1.10 Riscontri sulla omogeneità e corrispondenza dei dati contabili**

Il Collegio Sindacale ha attestato che l'Istituto 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	19.702		4.927	14.775
ABA770	Istituto Tesoriere	3.105.456	10.105.682		13.211.138
ABA780	Tesoreria Unica				
ABA790	Conto Corrente postale	44.397		9.426	34.971

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016 - INRCA- Determina n. 242/DG del 26/06/2017

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	14.775
Istituto Tesoriere	13.211.138
Conto corrente postale	34.971

L'organo di revisione, con verbale n. 13 del 27 luglio 2017, di approvazione rendiconto esercizio 2016 ha precisato che tra le disponibilità liquide è presente una somma vincolata per Euro 2.992.220,83 relativa all'erogazione del mutuo da parte di Banca delle Marche per euro 3.000.000 destinato al finanziamento della ricostruzione della R.S.R. INRCA di Appignano, di cui risultano utilizzati euro 7.719,17. A tal proposito il Collegio fa presente che con determina n. 8/DGEN del 26/01/2017 è stata disposta l'estinzione anticipata del suddetto mutuo in quanto la Regione Marche, con d.g.r. n. 1635 del 27/12/2016 ha assegnato all'Istituto la somma di euro 3.000.000 da destinare alla ricostruzione del Presidio di Appignano, subordinatamente all'estinzione anticipata del contratto di mutuo.

### 1.11 Redazione del bilancio d'esercizio secondo il d.lgs. 118/2011

Il Collegio Sindacale ha attestato che l'Istituto ha provveduto alla redazione del bilancio d'esercizio 2016 con lo schema definito con d.m. 20/03/2014<sup>2</sup>; la Nota Integrativa è stata integralmente compilata e contiene i modelli CE e SP per l'esercizio 2016 e per l'esercizio

<sup>2</sup> 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.

precedente.

È 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'Istituto 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'Istituto 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.

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. 118/2011<sup>3</sup>.

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'Istituto ha operato in base al budget provvisorio assegnato con d.g.r. 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.

---

<sup>3</sup>Il 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. 15/6/2012 e d.m. 20/03/2013.

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 ha rispettato il tetto del 30 per cento del limite di remunerazione assegnato, ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 1-bis del d.lgs. n. 502/1992, inserito dall'art. 15, comma 13, lett. g), del d.l. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135/2012.

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 **100,11** per cento:

Finanziamento sanitario di competenza	76.258.597
Quota trasferita entro il 31/12	76.338.811
%	<b>100,11</b>

(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 integrata dalla d.g.r. n. 421 del 28/04/2017.

Con determina del Direttore Generale n. 376/DG del 29/12/2016 è stato adottato il bilancio economico preventivo per l'anno 2016 e pluriennale 2016-2018 dell'Istituto, approvato parzialmente, limitatamente al solo sezionale Marche, dalla Regione Marche, con d.g.r. n. 144 del 20/02/2017, con la precisazione: *“la quota parte d'incremento di costo del personale non riferibile all'effetto trascinarsi del piano occupazionale dell'anno 2016 dovrà essere oggetto di valutazione in sede di autorizzazione del piano di fabbisogno triennale 2017/2019”*.

Con determina del Direttore Generale n. 242/DG del 26/06/2017, è stato adottato il bilancio di esercizio per l'anno 2016 dell'Istituto, approvato parzialmente, limitatamente al solo sezionale Marche dalla Regione Marche con d.g.r. n. 1069 del 19/09/2017.

**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.**

**La Sezione rileva che non è conforme al dettato normativo l'intenzione manifestata dalla Regione Marche di procedere ad approvare il bilancio dell'Istituto limitatamente al sezionale Marche secondo le modalità finora in vigore, fino a che non verrà concordata un'apposita programmazione da parte delle regioni a cui afferiscono i Presidi dell'INRCA, con l'avvertenza che l'omissione non esonera l'Amministrazione regionale, e per quanto di competenza l'INRCA, da eventuali responsabilità circa il doveroso controllo e di sollecitare, a tal fine, specifiche intese con le regioni interessate.**

La Regione Marche, già con nota prot. n. 379094 del 5 aprile 2018, in merito all'approvazione del bilancio dell'Istituto esercizio 2015 limitatamente al sezionale Marche, aveva già precisato che negli accordi di intesa interregionale di cui all'art. 13 della l.r. n. 21/2006, con le Regioni Lombardia e Calabria, sono state previste le modalità di programmazione e controllo del

bilancio dei propri sezionali da parte di ciascuna regione con la definizione delle modalità di copertura delle eventuali perdite. La sottoscrizione di tali accordi permetterà alla Regione Marche l'approvazione del bilancio unico dell'INRCA, previa presa d'atto dell'esito del controllo da parte di ciascuna Regione.

Alla richiesta istruttoria di aggiornamento in merito all'intesa interregionale, la Regione Marche, con nota prot. n. 205125 del 19/02/2019 ha riferito che *“ con l'accordo transattivo siglato tra INRCA, Regione Marche e Regione Calabria, le parti hanno stabilito che il Presidio di Cosenza continui l'erogazione di tutte le prestazioni e di tutti i servizi nell'ambito della programmazione annuale e che venga formalizzato uno specifico Accordo per la definizione di un piano di razionalizzazione e sviluppo.*

*Il Piano di razionalizzazione è stato predisposto dall'INRCA e presentato alla Regione Marche. Il cambio degli interlocutori della Regione Calabria (si è infatti da poco insediato il nuovo Commissario), ha momentaneamente interrotto i rapporti tra le Regioni, ma a breve verranno ripresi i contatti per pervenire alla sottoscrizione dell'Accordo che permetterà alla Regione Marche di approvare il bilancio unico l'approvazione del bilancio unico”.*

Con nota prot. 5255/19-DG del 15/02/2019 anche l'Istituto riferisce dell'imminente approvazione di questo accordo interregionale legato al piano di razionalizzazione e sviluppo.

In sede di contraddittorio l'Amministrazione ha riferito di aver formalizzato l'invio alla Regione Calabria del suddetto piano e che è in attesa di riscontro.

## **2.4 Verifiche sul sistema dei controlli sull'attività intramoenia**

Il Collegio Sindacale ha attestato di aver effettuato puntuali verifiche circa la predisposizione, da parte dell'Istituto, 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. 27/03/2000, e sulla sua corretta applicazione. La Regione Marche, con d.g.r. n. 106 del 23/02/2015<sup>4</sup>, ha adottato linee di indirizzo in merito.

---

<sup>4</sup>D.g.r. 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 aziendali dei volumi di attività istituzionale e di attività libero professionale intramuraria. Revoca deliberazioni n. 1812/2000 e n. 972/2008”.

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 in conti specifici del piano dei conti dell'Istituto che permette l'evidenziazione di tutti i ricavi ed i costi diretti. I costi generali sono, comunque, coperti dalla tariffa e vengono sottratti dall'onorario del medico. Ha precisato che l'accantonamento al fondo perequativo è ricompreso nella riga BA01220 del CE. Con verbale n. 13 del 27/07/2017 di approvazione del rendiconto 2016, il Collegio invita l'Istituto ad attivare quanto prima una contabilità separata ai sensi dell'art. 3, commi 6 e 7 della legge n. 724 del 23/12/1994.

Il Collegio Sindacale ha riferito che la differenza tra i ricavi per le prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia e il costo per la compartecipazione al personale per attività libero-professionale garantisce la copertura di tutti i costi relativi all'attività a carico dell'Istituto. Negli altri costi per attività intramoenia, è stata considerata l'ulteriore quota pari al 5 per cento del compenso del libero professionista per essere vincolata ad interventi di prevenzione, ovvero, volti alla riduzione delle liste d'attesa (art.1, co.1 lett. e), del d.l. n. 158/2012).

Si riporta di seguito la tabella del questionario mutuata sul modello della Nota Integrativa, approvato con d. m. salute 20/03/2013, per la verifica della copertura di tutti i costi con i ricavi per le prestazioni sanitarie erogate dall'Istituto in regime di intramoenia:

**Tabella 6 - Prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia es. 2016**

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				
AA0690	A.4.D.2) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica	1.653.196	1.644.905	<b>8.291</b>	0,50%
AA0700	A.4.D.3) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area sanità pubblica				
AA0710	A.4.D.4) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58)	15.094	22.755	<b>-7.661</b>	-33,67%
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)				
AA0730	A.4.D.6) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro				
AA0740	A.4.D.7) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)				
	<b>TOTALE RICAVI INTRAMOENIA</b>	<b>1.668.290</b>	<b>1.667.660</b>	<b>-630</b>	<b>-0,04%</b>
BA1210	B.2.A.13.1) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area ospedaliera				
BA1220	B.2.A.13.2) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area specialistica	1.312.994	1.245.163	<b>67.831</b>	5,45%
BA1230	B.2.A.13.3) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area sanità pubblica				

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)	11.878	14.283	-2.405	-16,84%
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)				
BA1260	B.2.A.13.6) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro				
BA1270	B.2.A.13.7) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)				
	<b>TOTALE QUOTE RETROCESSE AL PERSONALE (ESCLUSO IRAP)</b>	<b>1.324.872</b>	<b>1.259.446</b>	<b>65.426</b>	<b>5,19%</b>
	Indennità di esclusività medica, per la quota imputabile all'attività di libera professione	0	0	0	
	IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	99.843	101.235	-1.392	-1,38%
	costi diretti aziendali	54.545	54.793	-248	-0,45%
	costi generali aziendali	69.661	197.351	-127.690	-64,70%
	Fondo di perequazione	119.369	54.833	64.536	117,70%
	<b>TOTALE ALTRI COSTI INTRAMOENIA</b>	<b>343.418</b>	<b>408.212</b>	<b>-64.794</b>	<b>-15,87%</b>

Fonte: Questionario enti del SSN - Sezione Autonomie - INRCA - Ancona anno 2016

La Regione Marche, con nota prot. n. 379094 del 5 aprile 2018, di risposta alle osservazioni sul questionario INRCA esercizio 2015, relativamente alla contabilizzazione dell'indennità di esclusività ha precisato 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 possa 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. Inoltre, per sua natura, l'indennità di esclusività

rappresenta per l'Istituto un costo contrattuale fisso che non subisce modifiche al variare dei volumi di attività libero professionale ma solo in base a quanti annualmente esercitano il diritto all'opzione per l'intra o l'extra moenia.

Alla luce di quanto rappresentato, la Regione Marche ha riferito che 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 delibera n. 132/2015/PRSS del 18/05/2015, e in sede di parifica del rendiconto esercizio 2014 della Regione Marche, deliberazione n. 183/2015/PARI del 17/11/2015, ha rilevato che una corretta contabilizzazione dei costi dell'intramoenia dovrebbe comprendere anche l'indennità di esclusività medica<sup>5</sup> per la quota parte riconducibile all'attività stessa, in quanto 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 – attività 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 e 6.

Il Collegio Sindacale ha specificato che la Regione non ha autorizzato lo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia, allargata presso strutture sanitarie private.

---

<sup>5</sup> Art. 5 del CCNL della Dirigenza medica - veterinaria 08.06.2000.

L'attività ALPI viene svolta solo in spazi interni all'Istituto. Ad ogni buon conto i controlli posti in essere dall'Istituto, seguendo la normativa di riferimento, sono i seguenti:

1. lett a): controlli indicati nell'art. 29 del Regolamento ALPI (det. 374/2015) Commissione Paritetica;
2. lett. a bis) e ter): relative all'infrastruttura di rete non presente;
3. lett b): tracciabilità dei pagamenti attraverso le Casse CUP/Ticket dell'Istituto;
4. lett c): le tariffe finali a carico del paziente prevedono la copertura di tutti i costi aziendali e i relativi calcoli risultano indicati nelle autorizzazioni all'esercizio della Libera professione rilasciate dalla Direzione Sanitaria. (non ci sono studi esterni e pertanto l'infrastruttura di rete non è presente nell'Istituto);
5. lett. d): i tempi di attesa sono pubblicati mensilmente nel sito WEB dell'Istituto all'indirizzo [www.inrca.it](http://www.inrca.it), menù "Tempi di attesa";
6. lett. e); la Commissione Paritetica propone al Direttore Generale l'irrogazione di eventuali atti sanzionatori nei confronti dei dirigenti in caso di insorgenza di conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale verificatesi nell'esercizio della libera professione;
7. lett. f): casistica non presente;
8. lett. f bis): con determina 320/DGEN/2014 modificata e integrata dalla determina 374/DGEN/2015 è stato adottato il Regolamento aziendale per l'attività libero professionale che tiene conto degli adeguamenti prevista dalla normativa vigente e, in particolare, di quelli previsti dal d.l. 158/2012;
9. lett. g): I POR Marche sono coinvolti nella strategia regionale per il governo e la riduzione delle liste di attesa. Dalla fine del 2015 l'Istituto ha, infatti, posto in essere una serie di iniziative, in accordo con le strategie regionali, che stanno garantendo, dati alla mano, risultati importanti.

Il POR di Casatenovo segue le linee della Regione Lombardia per il governo e la riduzione delle liste di attesa. Da più di 5 anni su indicazione regionale l'Istituto predispone un piano aziendale di governo dei tempi di attesa con cadenza semestrale.

Nel POR di Cosenza sono in corso le procedure per inserire l'INRCA di Cosenza nel CUP unico provinciale che faciliterà il monitoraggio dei tempi di attesa. Il collegio fa presente comunque che, l'attività libero professionale erogata dal Presidio è circa il 2 per cento rispetto alla stessa tipologia di prestazioni erogate in istituzionale.

## 2.6 Controllo sulla qualità delle attività 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 contratti<sup>6</sup>, 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-octies<sup>7</sup>-10<sup>8</sup>), più volte modificato ed integrato fino alle 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. 449<sup>9</sup>.

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

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> 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”.

<sup>8</sup> 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”.

<sup>9</sup> 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) raccolgono 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.

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 cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza 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 2009<sup>10</sup>, in materia di controlli sulle cartelle cliniche, ha specificato i criteri per l'individuazione delle prestazioni ospedaliere a rischio di inappropriatazza, fra cui l'elevata 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.

---

<sup>10</sup> 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 inappropriatazza, individuata nel 2,5 per cento dei ricoveri totali erogati in Regione;
- criteri di identificazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza, 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 inappropriatazza 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 inappropriatazza 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 inappropriatazza;
- 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;
- 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.

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 5<sup>11</sup>, e gli allegati A e B, ed il nuovo Patto della salute 2014-2016, ha riservato l'art. 3, commi 3<sup>12</sup> e 18<sup>13</sup> e l'art. 5, comma 11<sup>14</sup>, a tale obiettivo.

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.

---

<sup>11</sup> 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".

<sup>12</sup> 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".

<sup>13</sup> 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".

<sup>14</sup> 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 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".

Recentemente, 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 che, con d.m. da adottare d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, siano individuate le condizioni di erogabilità e le indicazioni prioritarie per la prescrizione appropriata delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ad alto rischio di inappropriatezza. Al di fuori delle condizioni di erogabilità, le prestazioni sono 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, la mancata adozione da parte dell'ente del SSN dei provvedimenti di competenza nei confronti del medico prescrittore comporta la responsabilità del Direttore Generale ed è valutata ai fini della verifica del rispetto degli obiettivi assegnati al medesimo dalla regione. Di conseguenza, il comma 7 ha 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.

Ai sensi di quanto convenuto al punto B.2, comma 1, dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 2 luglio 2015, 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, è applicata la tariffa fissata dalla medesima regione per i ricoveri di riabilitazione estensiva presso strutture riabilitative extraospedaliere. 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 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 FNOMCeO<sup>15</sup>.

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 appropriatezza<sup>16</sup> 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, con riferimento al mantenimento dell'erogazione delle prestazioni**

---

<sup>15</sup> Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

<sup>16</sup> 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".

**ricomprese nei L.E.A.<sup>17</sup> ed all'appropriatezza<sup>18</sup>**, come da verbale della riunione del 22 febbraio 2018 (Allegato 4) trasmesso dalla stessa Regione, con nota prot. n. 340908 del 28 marzo 2018.

## **2.6.1 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'INRCA 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. 208<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> 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).

<sup>18</sup> 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 dell'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 inappropriatazza, 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).

<sup>19</sup> 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;
- b) rilevazione del rischio di inappropriatazza nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;

Inoltre, ha precisato che, rispetto al punto a), di cui al sopra citato comma 539, l. n. 208/2015, l'INRCA ha attuato audit su segnalazioni di quasi evento- non conformità. Precisamente 5 SEA audit<sup>20</sup>. Mentre, per un evento sentinella è stata attuata la Root-Cause Analysis<sup>21</sup>.

Nei verbali degli audit sono stabiliti degli obiettivi di miglioramento per la messa in sicurezza delle attività cliniche, monitorati tramite le verifiche ispettive interne.

Il sistema è supportato da percorsi formativi: uno di cui al punto c), del citato comma 539. l. n. 208/2015, e altri relativi al Sistema Gestione Qualità Norma ISO 2001-2008.

Il Sistema Gestione Qualità Norma ISO 2001-2008, ha supportato con lo strumento delle verifiche ispettive interne e check- list specifica, un monitoraggio puntuale in ogni Unità Operativa degli aspetti operativi anche del Sistema gestione Rischio Clinico.

Rispetto al punto c), del comma 539, l. n. 208/2015, l'INRCA nel 2016 ha attivato il corso Sistema di gestione del rischio clinico: modello Inrca che constava di due edizioni di quattro giornate ciascuno. Il corso era rivolto ai Direttori responsabili di U.O., coordinatori infermieristici, referenti qualità - Rischio clinico POR Inrca - Osimo. Il corso è iniziato il 6 giugno 2016 ed è terminato il successivo 11 novembre 2016.

Rispetto al punto d), comma 539, l. n. 208/2015, premesso che la polizza assicurativa attualmente vigente prevede che il contenzioso sia seguito a cura e spese dalla compagnia di assicurazione, esiste, in ogni caso, sin dal 2012 il Comitato valutazione sinistri CO.VA.SI, di cui

---

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.

<sup>20</sup>Fonte: Ministero della salute - Dipartimento della qualità - Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema - Ufficio III:

L'AUDIT CLINICO - Maggio 2011

"Significant Event Audit" (SEA) - Il SEA è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, per imparare e migliorare. Più formalmente può essere definito come un processo in cui singoli eventi, significativi sia in senso positivo che negativo, sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri (Pringle).

<sup>21</sup> Fonte: Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Dipartimento della qualità - Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema - Ufficio III - METODI DI ANALISI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO - Root Cause Analysis - RCA - Analisi delle Cause Profonde - Settembre 2009

"La Root Cause Analysis" (RCA) nasce come strumento per un approccio sistemico e reattivo ad eventi avversi nel campo dell'aviazione, dell'industria aerospaziale e nel campo ingegneristico.

Questi settori hanno in comune la necessità di sviluppare in maniera reattiva ed immediata strategie volte a gestire l'incidente critico e ad eliminare, per quanto possibile, tutte le condizioni che ne hanno permesso l'accadimento; a tal fine la RCA si è dimostrata uno strumento che può essere efficacemente applicato in tutte le organizzazioni complesse, comprese quelle sanitarie.

Dal punto di vista tecnico, la RCA è uno strumento rigoroso e strutturato che permette l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti al verificarsi di un evento avverso, al fine di comprimere il rischio di accadimento. L'analisi prevede un approccio newtoniano, ovvero di causa - effetto e gli strumenti di sintesi sono rappresentati da diagrammi di causa-effetto.

fanno parte esponenti dell'area medica e dell'ufficio legale che lo coordina. Detto comitato è stato rivisto e regolamentato nuovamente nel 2017 con la determina n. 237 del 21/06/2017. Esso è un comitato di natura multidisciplinare e collegiale di carattere consultivo che esprime parere obbligatorio, ma non vincolante, rispetto alle richieste di risarcimento danni per asserita responsabilità sanitaria e non. L'assistenza tecnica è assicurata dalla Direzione Medica di Presidio con il supporto del medico legale.

Lo stesso Collegio Sindacale ha attestato, infine, 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.<sup>22</sup> e che, tale sistema, è in raccordo con il sistema di monitoraggio regionale ed in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti.

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 28/05/2013<sup>23</sup>, 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.

---

<sup>22</sup> 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”*.

<sup>23</sup> 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
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)
- 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

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' Agenzia 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' 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.

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.

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.

---

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:

Programmatiche: 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' Agenzia Regionale Sanitaria.

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

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 riabilitazione<sup>24</sup>;
- 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 i controlli dal secondo semestre 2016 e anni successivi debbano essere opportunamente integrati per la parte relativa al parto cesareo<sup>25</sup>.

<sup>24</sup> 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.

<sup>25</sup> 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.

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 02/04/2015, 08/RAO del 05/04/2016, 20/RAO del 26/07/2016 ed alla d.g.r. 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,

---

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.

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.**

Con riferimento alla verifica dell'adempimento relativo al controllo delle cartelle cliniche (Adempimento am.) anno 2016, 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".

Nelle 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.

**Tabella 7 - Controlli analitici casuali (ai sensi dell'art. 79, comma 1 septies, legge 133 del 06/08/2008) strutture pubbliche - Anno di verifica 2016**

Erogatore <sup>(a)</sup>		Controlli Cartelle Cliniche			Risultati <sup>(b)</sup>		Misure adottate <sup>(b)</sup>		
Codice SIS <sup>(c)</sup>	Denominazione struttura erogante	Num CC tot	Num CC controllate	% CC controllate	Num. CC non confermate <sup>(d)</sup>	% CC non confermate sul totale delle CC controllate	Effetti economici		Altro <sup>(g)</sup>
							Abbattimenti tariffari <sup>(e)</sup>	% sul Budget <sup>(f)</sup>	
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%	
	<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>198713</b>	<b>21149</b>	<b>10,6%</b>	<b>3106</b>	<b>14,7%</b>	<b>25.470,10</b>	<b>0,004%</b>	

**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)

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

**Tabella 8 - Controlli analitici casuali (ai sensi dell'art. 79, comma 1 septies, legge 133 del 06/08/2008) strutture private - Anno di verifica 2016**

Erogatore <sup>(a)</sup>		Controlli Cartelle Cliniche			Risultati <sup>(b)</sup>		Misure adottate <sup>(b)</sup>		
Codice SIS <sup>(c)</sup>	Denominazione struttura erogante	Num CC tot	Num CC controllate	% CC controllate	Num. CC non confermate <sup>(d)</sup>	% CC non confermate sul totale delle CC controllate	Effetti economici		Altro <sup>(g)</sup>
							Abbattimenti tariffari <sup>(e)</sup>	% sul Budget <sup>(f)</sup>	
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%	
	<b>Totale strutture private</b>	<b>27948</b>	<b>3525</b>	<b>12,61%</b>	<b>174</b>	<b>4,94%</b>	<b>2.299,95</b>	<b>0,002%</b>	

**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)

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

In riferimento alle successive tabelle (Allegato 6 - Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriata individuata 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 inappropriata, risulta essere 0,019 per cento e 0,025 per cento.

**Tabella 9 - Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriata individuata dalle regioni ai sensi del d.m. del 10/12/2009 - strutture pubbliche - Anno di verifica 2016**

Erogatore <sup>(a)</sup>		Totale complessivo						Risultati						Misure adottate		
		A.3.2 day surgery		A.3.3 Dh diagnostico		A3.4 Tagli Cesarei		Σ Num CC tot <sup>(d)</sup>	Num CC totale struttura erogatrice <sup>(e)</sup>	% CC prestazioni inappropriate <sup>(f)</sup>	Σ Num CC non confermate <sup>(g)</sup>	% CC non confermate sul totale delle CC controllate <sup>(h)</sup>	Abbattimenti tariffari <sup>(i)</sup>	% sul Budget <sup>(l)</sup>	Altro <sup>(m)</sup>	
Codice SIS <sup>(b)</sup>		Num CC tot	Num CC non confermate <sup>(c)</sup>	Num CC tot	Num CC non confermate <sup>(c)</sup>	Num CC tot	Num CC non confermate <sup>(c)</sup>									
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%		
	<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>2262</b>	<b>389</b>	<b>36</b>	<b>7</b>	<b>3056</b>	<b>241</b>	<b>5354</b>	<b>198713</b>	<b>2,69%</b>	<b>637</b>	<b>11,90%</b>	<b>123.068,72</b>	<b>0,019%</b>		

Note:

CC = cartelle cliniche

Prestazione...= per ogni prestazione ad alto rischio di inappropriata 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)

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

**Tabella 10 - Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle regioni ai sensi del d.m. del 10/12/2009 - strutture private - Anno di verifica 2016**

Erogatore <sup>(a)</sup>		Totale complessivo													
		A.3.2 day surgery		A.3.3 Dh diagnostico		A.3.4 Tagli Cesarei		Risultati				Misure adottate			
Codice SIS <sup>(b)</sup>		Num CC tot	Num CC non confermate <sup>(c)</sup>	Num CC tot	Num CC non confermate <sup>(c)</sup>	Num CC tot	Num CC non confermate <sup>(c)</sup>	Σ Num CC tot <sup>(d)</sup>	Num CC totale struttura erogatrice <sup>(e)</sup>	% CC prestazioni inappropriate <sup>(f)</sup>	Σ Num CC non confermate <sup>(g)</sup>	% CC non confermate sul totale delle CC controllate <sup>(h)</sup>	Abbattimenti tariffari <sup>(i)</sup>	% sul Budget <sup>(j)</sup>	Altro <sup>(m)</sup>
110035	IST. DI RIAB. S.SIEFANO - VILLA ADRIA							0	319	0,00%	0	0,00%		0,00%	
110036	CASA DI CURA VILLA IGEA	191	3					191	3969	4,81%	3	1,57%	-	0,00%	
110037	CASA DI CURA VILLA SILVIA							0	631	0,00%	0	0,00%		0,00%	
110038	CASA DI CURA VILLA SERENA							0	895	0,00%	0	0,00%		0,00%	
110039	CASA DI CURA VILLA JOLANDA							0	222	0,00%	0	0,00%		0,00%	
110052	CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL							0	313	0,00%	0	0,00%		0,00%	
110053	CENTRO OSPEDALIERO S.SIEFANO-P. POTENZA							0	667	0,00%	0	0,00%		0,00%	
110054	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	228	14					228	7766	2,94%	14	6,14%	-	0,00%	
110070	CASA DI CURA 'VILLA SAN MARCO'	464	110					464	3206	14,47%	110	23,71%	20.376,30	0,254%	
110071	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'							0	640	0,00%	0	0,00%		0,00%	
110072	CASA DI CURA 'VILLA ANNA' SRL	94	0					94	4610	2,04%	0	0,00%		0,00%	
110073	CASA DI CURA 'STELLA MARIS' SRL	131	69					131	1569	8,35%	69	52,67%	-	0,00%	
110074	RITA SRL CASA CURA PRIVATA VILLAVERDE	355	43					355	3141	11,30%	43	12,11%	5.258,40	0,059%	
	<b>Totale strutture private</b>	<b>1463</b>	<b>239</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1463</b>	<b>27948</b>	<b>5,23%</b>	<b>239</b>	<b>16,34%</b>	<b>25.634,70</b>	<b>0,025%</b>	

Note:

CC = cartelle cliniche

Prestazione... = per ogni prestazione ad alto rischio di inappropriatezza 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)

(j) 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 1 - Tab. 2)

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

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 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 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'INRCA;

- con d.g.r. n. 1693 del 10/12/2018, ha rettificato gli errori materiali della d.g.r. n. 1106 del 19/09/2016, avente ad oggetto "Art. 3 bis, comma 5, del d.lgs. 502/92 - Art. 3, comma 2, lett. p) bis, l.r. n. 13/2003 - 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'NRCA e dal Direttore del DIRMT rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale. Approvazione criteri anno 2016" Integrazione criteri di valutazione dei risultati, approvati con le dd.gg.rr. nn. 1106/2016, 243/2017 e 471/2018.

Tabella 11 - Obiettivo sanitario 2 - Assistenza ospedaliera emergenza-urgenza

2. ASSISTENZA OSPEDALIERA EMERGENZA URGENZA								
Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target INRCA	NOTE	Criterio di Valutazione	Punteggio
2.2 Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	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	≤ 0,07	Criterio di calcolo: Griglia LEA DATI 2015 INRCA: 0,07		
	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)	> 27,09%	Criterio di calcolo: P.Salute 10-12 DATI 2015 INRCA: 26,82%		
	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	< 1,17%	Criterio di calcolo: P.Salute 10-12 DATI 2015 INRCA: 1,18%		
	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% DRG Medici da reparti chirurgici	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	< 7,42%	Criterio di calcolo: P.Salute 10-12 DATI 2015 INRCA: 7,49%		
	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	< 4,60%	Criterio di calcolo: P.Salute 10-12 DATI 2015 INRCA: 4,65%		
	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	< 1,81	Criterio di calcolo: P.Salute 10-12 DATI 2015 INRCA: 1,83		
	Flusso SDO (NSG)		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		
Flusso SDO (NSG)	Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	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

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.

Il Direttore Generale, nella Relazione sulla gestione 2016, allegata alla determina n. 242/DGEN del 26/06/2017, ha rappresentato che, l'articolato repertorio di obiettivi fissato dalla Regione è stato immediatamente condiviso con la rete dei Dirigenti INRCA e, in particolare, con i dirigenti già identificati come referenti per le diverse aree, con determina n. 156/DGEN del 30/04/2015. In particolare, tale determina ha identificato un referente INRCA per tutti gli adempimenti che la Regione deve perseguire in applicazione dell'Intesa Stato-regioni-province autonome del 23/03/2015. Gli obiettivi assegnati annualmente dalla Regione agli enti del SSR, sono sostanzialmente ricalcati sul sistema degli adempimenti dell'anno di riferimento che il Ministero della salute fissa sulla base di un accordo Stato-regioni che declina per quell'anno gli adempimenti di cui sopra. Nel caso delle altre due Regioni (Lombardia e Calabria), su cui insistono le altre strutture dell'INRCA, non esiste un analogo repertorio di obiettivi. Nel caso della Lombardia, la Regione monitora direttamente o attraverso le altre Aziende l'appropriatezza della produzione e l'efficace partecipazione ad alcune progettualità di sistema, ad esempio nell'area della Qualità e del Risk Management. I risultati dei citati controlli sono sempre stati largamente positivi, come pure è stata costantemente garantita la partecipazione del Presidio di Casatenovo alle progettualità di sistema. Le principali azioni attivate dall'Istituto per il proseguimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Marche per l'anno 2016 hanno riguardato, tra le altre, il rispetto degli indicatori di appropriatezza d'uso dell'Ospedale previsti anche nel sistema degli indicatori ministeriali per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA). L'INRCA, per tutti questi indicatori, ha proseguito la sua attività di attenzione ai target assegnati, tuttavia, la ridotta dimensione aziendale ha fatto in modo che anche piccole variazioni quantitative abbiano comportato variazioni percentuali significative.

La Regione Marche, in merito all'esito della valutazione degli obiettivi di cui sopra, disposti con la citata d.g.r. n. 1106/2016, 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.

Con successiva nota prot. n. 1179426 del 19 ottobre 2018, la Regione Marche ha attestato la non conclusione, a quella data, dell'iter relativo alla valutazione degli obiettivi per l'anno 2016, attribuiti ai Direttori Generali, di cui alle d.g.r. n. 1090/2016 e d.g.r. n. 1106/2016.

In riferimento alla valutazione del Direttore Generale dell'INRCA sugli obiettivi 2015, assegnati con d.g.r. n. 666 del 07/08/2015, la Regione Marche, con nota prot. n. 1195097 del 24 ottobre 2018, ha comunicato che i relativi esiti sono stati formalizzati con d.g.r. n. 472 del 16/04/2018.

In sede istruttoria è stato richiesto alla Regione Marche se, ad oggi, fosse stato concluso l'iter di valutazione degli obiettivi anno 2016, disposti con la citata d.g.r. n. 1106/2016, ed eventualmente di relazionare in merito, nonché di comunicare gli esiti degli obiettivi anno 2015 assegnati ai Direttori Generali con d.g.r. n. 666/2015 e formalizzati con d.g.r. n. 472/2018.

La Regione Marche, con nota prot. n. 205125 del 19 febbraio 2019, ha attestato che le valutazioni dei risultati conseguiti negli anni 2015 e 2016 dai Direttori Generali degli enti del SSR sono state approvate dalla Giunta regionale, rispettivamente, con d.g.r. n. 472 del 16/04/2018 e d.g.r. n. 4 del 07/01/2019, (Allegati n. 1 e n. 2 alla nota). Inoltre, con d.g.r. n. 1693 del 10/12/2018 (Allegato n. 3 alla nota), la Giunta regionale ha, tra l'altro, integrato i criteri di valutazione dei risultati.

Si riportano di seguito in sintesi gli esiti della valutazione complessiva per INRCA, relativi agli anni 2015 e 2016:

Obiettivi sanitari 2015 - Punteggio raggiunto 27 su un totale di 40.

- Assistenza ospedaliera emergenza urgenza - Punteggio raggiunto 18 su un totale di 18.

Sono stati raggiunti al 100 per cento tutti gli obiettivi assegnati relativamente a:

- rapporto tra ricoveri ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario  $\leq 0,10$ ;
- percentuale dei ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari  $\geq 27$  per cento;

Obiettivi sanitari 2016 - Punteggio raggiunto 38,55 su un totale di 40.

- Assistenza ospedaliera emergenza urgenza - Punteggio raggiunto 22,25 su un totale di 22,50.

Sono stati raggiunti al 100 per cento gli obiettivi assegnati, relativamente a:

- rapporto tra ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario  $\leq 0,10$ ;
- percentuale dei ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari  $\geq 27$  per cento;

È stato raggiunto al 94 per cento l'obiettivo di miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza (il cui target era 4 indicatori su 6).

È stato sterilizzato l'obiettivo di garantire l'appropriatezza ed efficienza delle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione in quanto, nel corso del 2016, sono stati emanati dal Ministero della salute nuovi criteri di valutazione dell'inappropriatazza dei ricoveri di riabilitazione.

## **2.7 Acquisti di beni con contributi in conto capitale da regione o con forme di finanziamento 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, nel questionario sul rendiconto 2016, ha attestato che l'INRCA 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 i contributi in conto capitale da Regione o con forme di finanziamento degli investimenti ad essi assimilate dal d.lgs. n. 118/2011, impiegati per l'acquisizione di cespiti ammortizzabili, sono stati stornati a provento, commisurato all'ammortamento dei cespiti cui si riferiscono, producendo la sterilizzazione dell'ammortamento stesso.

In sede istruttoria è stato rilevato che il Collegio Sindacale, nel questionario sul rendiconto 2016, non ha provveduto a rispondere ai seguenti quesiti e, pertanto, sono stati richiesti chiarimenti in merito:

- se, 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 sia stata sterilizzata stornando a provento una quota di contributo commisurata alla minusvalenza stessa e laddove si sia prodotta, invece, una plusvalenza, se questa sia stata direttamente iscritta in una riserva del patrimonio netto, senza influenzare il risultato economico dell'esercizio (punti 7.2, 7.2.1, 7.2.2 e 7.2.3);
- se i proventi della dismissione siano stati destinati al finanziamento di nuovi investimenti, e se è stata rispettata la regola per la quale il nuovo acquisto può essere effettuato solo successivamente all'incasso dei proventi della dismissione (punto 7.2.4);
- se, per i beni, la cui acquisizione sia stata finanziata con l'utile d'esercizio, ha verificato che gli ammortamenti non siano stati sterilizzati (punto 9).

L'INRCA, con nota prot. n. 5255/19-DG del 15 febbraio 2019, ha attestato che la mancata risposta ai punti sopra citati risiede nel fatto che trattasi di casistiche non verificatesi nel corso della gestione di cui al bilancio d'esercizio 2016 e in considerazione del fatto che il questionario imponeva esclusivamente di rispondere o affermativamente o negativamente alla domanda e la non risposta è stata considerata l'unico modo per evidenziare la non applicabilità nel 2016 delle domande citate. L'Istituto avrebbe comunque risposto nel rispetto di quanto prevede il d.lgs. 118/2011, nel qual caso le fattispecie contemplate si fossero verificate od ipotizzate.

Il Collegio Sindacale ha certificato che l'INRCA non ha acquistato beni con mutuo e che ha verificato che non siano stati sterilizzati gli ammortamenti delle immobilizzazioni acquisite con mutuo.

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.

In merito alle immobilizzazioni acquisite con contributi in conto capitale per investimenti, così come previsto dall'art. 29, del d.lgs. n. 118/2011, il Collegio Sindacale, nella Relazione al

bilancio chiuso al 31/12/2016, ha attestato che, l'Istituto provvede ad imputare al conto economico, all'interno del valore della produzione, le quote di contributi per un importo pari agli ammortamenti relativi agli investimenti oggetto di agevolazione (cosiddetto metodo della "sterilizzazione"). Per l'anno 2016, la voce "Quota contributi in conto capitale imputata all'esercizio" ammonta a 3.141.339 euro (A7).

## 2.8 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 civile<sup>26</sup>. 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.

---

<sup>26</sup> 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.

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 a<sup>27</sup>). L'art. 1, comma 131, lettera a), della legge 24 dicembre 2012, n. 228 (legge di stabilità 2013)<sup>28</sup>, ha inasprito la misura della riduzione portandola al 10 per cento, ma ha 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 d<sup>29</sup>).

<sup>27</sup> 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".

<sup>28</sup> 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 seguente 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".

<sup>29</sup> 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".

**Il decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, all'art. 8, comma 8, lett. a)**, che ha stabilito che le amministrazioni pubbliche, fermo restando quanto previsto dal comma 10<sup>30</sup>, per realizzare l'obiettivo loro assegnato ai sensi del comma 4<sup>31</sup>, 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. 163<sup>32</sup>, a ridurre gli importi dei contratti aventi ad oggetto acquisto fornitura di beni e servizi 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

---

<sup>30</sup> 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".

<sup>31</sup> 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".

<sup>32</sup> 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).

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).

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, art. 9-ter<sup>33</sup>**, che ha previsto misure dirette a conseguire il contenimento della spesa

<sup>33</sup> 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;*
- 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,*

attraverso 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), art. 1, commi 548-550**, che 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 tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, come individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui all'art. 9, comma 3, del decreto legge n. 66/2014, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89<sup>34</sup>, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali regionali di committenza di riferimento, ovvero della Consip SpA (comma 548).

---

*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".*

<sup>34</sup> 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".*

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. 89/2014<sup>35</sup>. 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).

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, 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.

---

<sup>35</sup> 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".

## **2.8.1 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'INRCA, 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)<sup>36</sup>, come disposto dall'art. 15, comma 13, lettera b), del d.l. n. 95/2012<sup>37</sup>.

## **2.8.2 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'INRCA, fermo restando il disposto di cui all'art. 15, comma 13, lett. a), 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).

---

<sup>36</sup> 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.

<sup>37</sup> 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".

Il Collegio Sindacale, nel questionario sul rendiconto 2016, ha attestato che, l'Istituto ha tentato di conseguire l'obiettivo scegliendo tra rimodulazione del prezzo e volumi per le forniture e riduzione del prezzo e del contenuto delle prestazioni per i servizi.

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.

### **2.8.3 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)<sup>38</sup>, che disciplina forme premiali per le regioni che istituiscono centrali di acquisti in campo sanitario.

---

<sup>38</sup>Art. 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*

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:

- 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. 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.

---

*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)

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. 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. 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. 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	PROGRAMMABILITA' 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
<b>2016</b>				
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. 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. 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 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:

<b>Beni</b>	<b>Soglia</b>
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.	Guardiana	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 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 rientrino 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. n. 1752 del 27/12/2013 e, in alcuni casi, con la d.g.r. n. 649 del 06/05/2013;
- della previsione di cui alla d.g.r. 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. 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 n. 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/](http://www.contrattipubblici.marche.it/BAND/)), e sulla specifica sezione dei siti istituzionali degli enti committenti ([www.asur.marche.it](http://www.asur.marche.it), [www.ospedaliriuniti.marche.it](http://www.ospedaliriuniti.marche.it), [www.ospedalimarchenord.it](http://www.ospedalimarchenord.it), [www.inrca.it](http://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.

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.

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 programmatici deliberati dalla Giunta regionale con d.g.r. 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. n. 1670/2012.

Con d.g.r. 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 ulteriori 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 antisettici 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 n. 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. 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. In data 21 dicembre 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, in data 27 ottobre 2016, ha 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 gennaio 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 febbraio 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 aprile 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 gennaio 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 marzo 2018 è pervenuta alla SUAM la prima stesura del progetto tecnico ed estimativo per l'appalto.

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).

Il Direttore Generale, nella Relazione sulla gestione anno 2016 (Allegato "E"/1 alla determina n. 242/DGEN del 26/06/2017), ha rappresentato che, le acquisizioni di beni e servizi effettuati complessivamente dall'Istituto sono conformi alle leggi n. 94/2012, n. 135/2012 e n. 89/2014 ed al d.p.c.m., pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 32 del 09/02/2016, oltre che alle norme regionali di settore.

L'Istituto, in particolare, ricorre obbligatoriamente alla SUAM (Stazione Unica Appaltante Marche - istituita con legge regionale Marche n. 12 del 14/05/2012) per gli acquisti centralizzati delle categorie merceologiche di beni e servizi, compresi anche le forniture di cui al d.p.c.m. sopra citato, partecipando attivamente ai vari incontri ed alla elaborazione dei documenti di gara richiesti dalla SUAM.

La predetta SUAM ha avviato, nell'anno 2015, le procedure relative a "aghi e siringhe", "antisettici e disinfettanti" e "cancelleria" che sono state aggiudicate nell'anno 2016.

I contratti relativi a "antisettici e disinfettanti" sono stati stipulati nell'anno 2016 per un importo complessivo annuo di 25.882,26 euro, IVA compresa. Per le procedure relative a "aghi e siringhe" e "cancelleria" i contratti non sono stati stipulati nell'anno 2016 e, pertanto, l'Istituto ha dovuto provvedere direttamente ad espletare le varie procedure per assicurare la fornitura di beni e servizi. Gli importi annui relativi ai contratti per la fornitura di "aghi e

siringhe” e “cancelleria” ammontano, rispettivamente, a 122.136,47 euro ed a 73.582,24 euro, IVA compresa.

Lo stesso Direttore Generale ha precisato che l’Istituto ha dovuto altresì provvedere direttamente ad espletare le varie procedure anche per le acquisizioni di cui al d.p.c.m. citato in premessa, laddove non siano state attivate dalla SUAM le relative gare.

In merito al ricorso ai sistemi telematici messi a disposizione da Consip, l’Istituto si è attenuto alle disposizioni di cui al d.l. n. 95 del 06/07/2012 e s.m.i., nonché alle disposizioni della legge di stabilità n. 208/2015, utilizzando, per acquisti di beni e servizi di importo pari o superiori a 1.000,00 euro, relativi alle categorie merceologiche presenti nella piattaforma CONSIP, gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa CONSIP.

Di seguito si evidenziano le modalità di approvvigionamento dell’UOC Acquisizione Beni e Servizi/Logistica, nel rispetto della normativa vigente e dei regolamenti interni all’Istituto:

**Tabella 12 - Modalità di approvvigionamento dell’UOC Acquisizione Beni e Servizi/Logistica**

<b>Per importi inferiori alla soglia di rilievo comunitario</b>	<b>Per importi superiori alla soglia di rilievo comunitario</b>
a) acquisizione tramite la Centrali di Committenza Regionali	
In assenza delle predette convenzioni di cui al punto a):	
b) adesione alle Convenzioni Consip attive	
In assenza di contratti di cui ai punti a) e b):	
c) espletamento procedura tramite SDAPA (Sistema dinamico di acquisizione della Pubblica Amministrazione)	
In assenza di contratti di cui ai punti a) e b) e del bene/servizio di cui al punto c):	
d) espletamento procedura tramite il Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA) istituito da Consip	d) espletamento procedura aperta di gara ai sensi dell’art. 60 del d.lgs. n. 50/2016 o in caso di prodotto unico di una procedura negoziata ai sensi dell’art. 63 del Codice
In assenza di contratti di cui ai punti a) e b) e del bene/servizio di cui ai punti c) e d):	
e) espletamento di una procedura sottosoglia	

Fonte: Relazione Direttore Generale sulla gestione del bilancio d’esercizio anno 2016 (Allegato “E”/1 alla determina n. 242/DGEN del 26/06/2017)

Le nuove Convenzioni stipulate tramite Consip nel corso dell’anno 2016 dall’UOC Acquisizione Beni e Servizi/Logistica sono riportate nella tabella sottostante che, tuttavia, non tiene conto delle altre convenzioni pluriennali alle quali l’Istituto ha aderito negli anni precedenti:

**Tabella 13 - Descrizione adesione convenzione Consip anno 2016**

Descrizione adesione convenzione Consip	Fornitore	Totale (IVA incl.)	Data Adesione	Iniziativa/Lotto
Servizi extra canone opf relativi alla sicurezza sul lavoro	COM METODI (in RTI)	5.529,65	21/12/2016	GESTIONE INTEGRATA DELLA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO - ED. 3 / LOTTO 3 - MARCHE
"Buoni pasto 7"	REPAS LUNCH COUPON S.R.L.	111.136,56	21/12/2016	BUONI PASTO 7 / LOTTO 4 - MARCHE
"PC portatili 14". Acquisizione n. 60 PC	INFORDATA (in RTI)	43.458,72	07/11/2016	PC PORTATILI 14 / PERSONAL COMPUTER PORTATILI PER ALTA (FASCIA A) E ALTISSIMA (FASCIA B) MOBILITÀ
Acquisto autovettura FIAT PANDA 4X4	FCA FLEET & TENDERS S.R.L. (in RTI)	15.617,46	05/09/2016	AUTOVEICOLI IN ACQUISTO 8 / AUTOVETTURE 4X4 PICCOLE - LOTTO 7
Acquisto autovettura FIAT PUNTO 1.2	FCA FLEET & TENDERS S.R.L. (in RTI)	11.703,91	05/09/2016	AUTOVEICOLI IN ACQUISTO 8 / CITY CAR - LOTTO 2
Acquisto autovettura FIAT QUBO	FCA FLEET & TENDERS S.R.L. (in RTI)	13.111,56	05/09/2016	AUTOVEICOLI IN ACQUISTO 8 / CITY CAR METANO - LOTTO 6
Apparecchiature multifunzione	OLIVETTI	18.873,40	31/08/2016	APPARECCHIATURE MULTIFUNZIONE 25 - NOLEGGIO / LOTTO 1 - MULTIFUNZIONE A3 MONOCROMATICHE
Noleggio fotocopiatrici f.to A4 POR Fermo e Cosenza	OLIVETTI	3.972,32	31/08/2016	APPARECCHIATURE MULTIFUNZIONE 24 - NOLEGGIO / LOTTO 1 - MULTIFUNZIONE A4 MONOCROMATICHE
Acquisto software per ecotomografi	MINDRAY MEDICAL ITALY S.R.L.	1.543,06	26/07/2016	ECOTOMOGRIFI 4 / LOTTO 8 - ECOTOMOGRIFI PORTATILI FASCIA MEDIA
Acquisto ecotomografi	MINDRAY MEDICAL ITALY S.R.L.	23.985,96	26/07/2016	ECOTOMOGRIFI 4 / LOTTO 8 - ECOTOMOGRIFI PORTATILI FASCIA MEDIA
Fornitura PC portatili	CONVERGE S.P.A.	6.424,52	08/04/2016	PC PORTATILI 14 / PERSONAL COMPUTER PORTATILI PER BASSA MOBILITÀ
Fornitura Personal Computer	CONVERGE S.P.A.	41.589,80	04/04/2016	PC DESKTOP 14 / LOTTO 1 - PC DESKTOP COMPATTO TIPO A
Acquisto carburanti per i POR I.N.R.C.A. delle Marche	KUWAIT PETROLEUM ITALIA S.P.A.	30.000,00	17/03/2016	CARBURANTI RETE - FUEL CARD 6 / LOTTO 3 - MARCHE
<b>TOTALE</b>		<b>326.946,92</b>		

Fonte: Relazione Direttore Generale sulla gestione del bilancio d'esercizio anno 2016 (Allegato "E"/1 alla determina n. 242/DGEN del 26/06/2017)

In merito al MEPA, nel corso dell'anno 2016, l'Istituto ha stipulato n. 150 contratti di acquisto per n. 680 lotti per beni e servizi, come sotto riportato:

- 326.946,92 euro per nuove adesioni, anche pluriennali, alle convenzioni Consip;
- 4.966.669,32 euro per nuovi contratti, anche pluriennali, stipulati con procedure MEPA.

Nell'anno 2016, erano attive ulteriori convenzioni e contratti MEPA, pluriennali, stipulati negli anni precedenti.

Inoltre, il Direttore Generale ha sottolineato che:

- l'Istituto ha aderito alla nuova gara regionale Farmaci, espletata dall'ASUR Marche, i cui contratti sono stati stipulati nell'anno 2016. L'importo annuo di tali acquisti è quantificabile in circa 1.627.670,64 euro, IVA compresa;
- nell'anno 2016 erano operativi i seguenti contratti, relativamente a gare svolte in anni precedenti in associazione con l'A.O.U. Ospedali Riuniti di Torrette:
  - Sacche nutrizione artificiale parenterale 87.225,78 euro;
  - Provette sottovuoto 161.918,40 euro;
  - Service Dialisi 549.661,52 euro.

Infine, lo stesso Direttore Generale ha segnalato che, nell'anno 2016, l'Istituto ha comunicato all'ASUR Marche l'intenzione di avvalersi dell'ASUR stessa in qualità di Centrale di committenza, ai sensi di quanto previsto dall'art. 8 bis, comma 6, della legge regionale n. 13/2003 e s.m.i., per le seguenti categorie merceologiche:

- Suture, laparo e videolaparo e suturatrici meccaniche;
- Medicazioni avanzate;
- Nutrizione enterale;
- Guanti chirurgici sterili e guanti non sterili;
- Fornitura di materiale in TNT (tessuto non tessuto) sterile e non sterile;
- Cateteri e sacche;
- Fornitura gas medicinali;
- Servizio riscossione tramite casse automatiche;
- Dispositivi di prelievo ematico.

In sede istruttoria sono state richieste informazioni in merito ad eventuali contratti in regime di proroga vigenti nel 2016 presso l'INRCA, specificando nel qual caso, tutti i contratti di

proroga, la loro scadenza naturale, le motivazioni delle proroghe e le azioni intraprese per il superamento di tale procedura.

L'INRCA, con nota prot. n. 5255/19-DG del 15 febbraio 2019, ha precisato che nell'anno 2016 sono state attivate le seguenti proroghe:

- Proroga per un periodo di 6 mesi del servizio di raccolta, trasporto, smaltimento rifiuti speciali derivanti da attività sanitarie e non sanitarie presso tutti i Presidi INRCA, per il periodo dal 5 ottobre 2015 al 4 aprile 2016, la cui scadenza naturale del contratto è stata il 4 ottobre 2015. Nel contratto è stata prevista la possibilità di prorogare il servizio per un periodo di 6 mesi, in attesa dell'espletamento delle procedure di gara. Il nuovo servizio è iniziato il 5 aprile 2016 ed il bando relativo alla procedura aperta espletata è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Italiana n. 115 del 30/09/2015;
- Proroga per un periodo di 5 mesi del servizio di gestione e manutenzione delle apparecchiature elettromedicali in dotazione ai vari Presidi Ospedalieri INRCA, per il periodo dal 1 giugno 2016 al 31 ottobre 2016, la cui scadenza naturale del contratto è stata il 31 maggio 2016. Nel contratto è stata prevista la possibilità di prorogare il servizio per un periodo di 6 mesi in attesa dell'espletamento delle procedure di gara. Il nuovo servizio è iniziato il 1 novembre 2016 ed il bando relativo alla procedura aperta espletata è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Italiana n. 150 del 21/12/2015.

#### **2.8.4 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.

**Tabella 14 - 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%
<b>Marche</b>	<b>2.868.128</b>	<b>193.563</b>	<b>126.198</b>	<b>67.365</b>	<b>53,40%</b>	<b>6,75%</b>
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%
<b>Italia</b>	<b>110.328.668</b>	<b>5.839.746</b>	<b>4.854.461</b>	<b>985.285</b>	<b>20,30%</b>	<b>5,29%</b>

\*\* 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/RFCP/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 pubblico<sup>39</sup>.

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)<sup>40</sup>**, come da verbale della riunione del 22 febbraio 2018 (Allegato 4) trasmesso dalla stessa Regione, con nota prot. n. 340908 del 28 marzo 2018.

---

<sup>39</sup> 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.

<sup>40</sup> 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)

Relativamente all'INRCA, il valore della spesa per i dispositivi medici nell'anno 2016, con riferimento alla voce modello CE "BA0210 B.1.A.3) Dispositivi medici", a consuntivo 2016, risulta pari a 5.290.946 euro, con un incremento di 149.503 euro rispetto all'anno precedente (+ 2,91 per cento), come evidenziato nella sotto riportata tabella.

**Tabella 15 - Spesa dispositivi medici**

CE N.S.I.S.	CONTO ECONOMICO (D.M. 15.06.2012 e D.M. 20.03.2013)	ANNO 2015	ANNO 2016	SCOSTAMENTO ANNO 2016/2015	% SCOSTAMENTO
BA0210	B.1.A.3) Dispositivi medici	5.141.443	5.290.946	149.503	2,91%
BA0220	B.1.A.3.1) Dispositivi medici	2.466.340	2.615.181	148.841	6,03%
BA0230	B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	827.816	781.227	- 46.589	-5,63%
BA0240	B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	1.847.288	1.894.538	47.250	2,56%

Fonte: Fonte: Modelli CE Ministeriali - Questionari rendiconto 2015 e rendiconto 2016

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

In sede istruttoria è stato richiesto di comunicare i motivi che hanno determinato gli scostamenti positivi più significativi.

L'INRCA, con nota prot. n. 5255/19-DG del 15/02/2019, ha attestato, in particolare, che l'incremento del costo dei dispositivi medici diagnostici in vitro deriva da variazioni diversificate tra loro:

- Incremento degli acquisti per maggiore attività nell'ambito del Laboratorio di analisi di Ancona, come desumibile dal bilancio sezionale dei Presidi Marche (saldo +75.746,71 euro);
- Decremento degli acquisti per attuazione di percorsi di razionalizzazione nell'ambito del Laboratorio di Analisi di Casatenovo, come desumibile dal bilancio sezionale del Presidio (saldo -7.914,87 euro);
- Decremento degli acquisti per riduzione di attività derivante da un minor accesso di privati nell'ambito del Laboratorio di analisi di Cosenza (saldo -36.372,11 euro);

"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".

- Incremento degli acquisti per maggiore attività di ricerca scientifica interamente finanziata da fondi di ricerca finalizzata e dunque non gravante sui costi di bilancio istituzionale (saldo +15.790,42 euro).

Con successiva nota prot. n. 7060/19-DG dell'1 marzo 2019, l'Istituto ha rappresentato, relativamente alla voce di spesa del CE BA0220 - B.1.A.3.1) Dispositivi medici, che gli incrementi sono concentrati particolarmente nei Presidi marchigiani e, nello specifico, nel Presidio di Ancona e sono legati all'incremento dell'attività del Reparto di Urologia che ha aumentato l'attività chirurgica e, conseguentemente, di sala operatoria rispetto al 2015. I dispositivi medici impiantabili sono invece in leggera contrazione per una piccola riduzione nell'attività di implementazione dei pacemaker.

Relativamente 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, ha attestato che sono stati attribuiti all'Istituto obiettivi da parte della Regione Marche. Nondimeno, ha precisato che non è stato possibile fornire una puntuale risposta in merito al loro raggiungimento, in quanto non è stata ancora trasmessa la rendicontazione da parte della stessa Regione.

Si rileva che, la Regione Marche, con la già citata d.g.r. 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 16 - Obiettivo 2016 riduzione spesa per dispositivi medici**

INRCA				
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 (4.507.000 €) del <u>5,00%</u> , corrispondente per il <u>2016</u> a € <u>4.281.650</u>	Report ARS dispositivi medici	1,5

Fonte: Regione Marche - D.g.r. n. 1106 del 19/09/2016

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

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 che, con nota del 5 marzo 2018, è stato avviato il procedimento per la valutazione.

La Regione Marche, con successiva nota prot. n. 1179426 del 19 ottobre 2018, ha attestato la non conclusione, a quella data, dell'iter relativo alla valutazione degli obiettivi per l'anno 2016, di cui alle d.g.r. n. 1090/2016 e d.g.r. n. 1106/2016.

In riferimento alla valutazione del Direttore Generale dell'INRCA sugli obiettivi 2015, assegnati con d.g.r. n. 666 del 07/08/2015, la Regione Marche, con nota prot. n. 1195097 del 24 ottobre 2018, ha comunicato che le relative risultanze sono state formalizzate con d.g.r. n. 472 del 16/04/2018.

In sede istruttoria è stato richiesto alla Regione Marche se, ad oggi, fosse stato concluso l'iter di valutazione degli obiettivi 2016, disposti con la citata d.g.r. n. 1106/2016, ed eventualmente di relazionare in merito, nonché di comunicare gli esiti degli obiettivi 2015 formalizzati con d.g.r. n. 472/2018.

La Regione Marche, con nota prot. n. 205125 del 19 febbraio 2019, come già riportato in precedenza, ha attestato che le valutazioni dei risultati conseguiti negli anni 2015 e 2016 dai Direttori Generali degli enti del SSR sono state approvate dalla Giunta regionale, rispettivamente, con d.g.r. n. 472 del 16/04/2018 e n. d.g.r. n. 4 del 07/01/2019 (Allegati n. 1 e n. 2 alla nota). Inoltre, con d.g.r. n. 1693 del 10/12/2018 (Allegato n. 3 alla nota), la Giunta regionale ha, tra l'altro, integrato i criteri di valutazione dei risultati.

**In particolare, in merito all'esito della valutazione dell'obiettivo di riduzione della spesa per i dispositivi medici del 5 per cento rispetto all'anno precedente, ha attestato che, per gli anni 2015 e 2016, l'obiettivo non è stato raggiunto.**

L'INRCA, con nota prot. n. 7060/19-DG dell'1 marzo 2019, ha segnalato che, il mancato raggiungimento dell'obiettivo di riduzione disposto dalla Regione Marche, pari al -5 per cento rispetto al dato 2015, è da attribuire al periodo avanzato di assegnazione nell'anno (19 settembre 2016), rendendo quindi estremamente difficile un suo raggiungimento sul valore

annuo. Inoltre, l'aver posto un valore assoluto, senza alcun collegamento con il valore della produzione erogata, ha rappresentato un obiettivo difficilmente raggiungibile, soprattutto nel momento in cui sono stati posti obiettivi di incrementi di attività. Quest'ultimo punto è stato confermato dal fatto che, negli ultimi anni, gli obiettivi disposti dalla Regione Marche sono proporzionati al valore della produzione erogata.

## 2.8.5 Verifica costi per acquisto di beni e servizi

Il Collegio Sindacale, nella Relazione al bilancio 2016, allegata al verbale n. 13 del 27 luglio 2017 (Allegato 2), ha riportato i costi della produzione, relativi all'acquisto di beni e servizi, al netto delle variazioni delle rimanenze sanitarie e non sanitarie, ed il loro raffronto con il 2015, come da tabella che segue.

**Tabella 17 - Costi della produzione al netto delle variazioni delle rimanenze sanitarie e non sanitarie**

<i>Costi della produzione</i>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<i>differenza</i>	<i>Diff. %</i>
Acquisto di beni	9.055.643	8.755.947	299.696	3,42%
Acquisto di servizi sanitari	5.447.828	6.374.713	-926.886	-14,54%
Acquisto di servizi non sanitari	10.193.031	10.801.512	-608.481	-5,63%
Manutenzione e riparazioni	2.431.983	2.542.163	-110.180	-4,33%
Godimento di beni di terzi	688.557	768.362	-79.804	-10,39
Variazioni delle rimanenze	-214.011	-26.192	-187.819	717,08%
<b>Totale</b>	<b>27.603.031</b>	<b>29.216.505</b>	<b>-1.613.474</b>	<b>-5,52%</b>

Fonte: Relazione del Collegio Sindacale al bilancio 2016 (allegato 2 al verbale n. 13 del 27/07/2017)

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

In merito ai dati sopra esposti, si rileva che, **la spesa relativa ad "Altri costi per acquisti di beni e servizi", al netto delle variazioni delle rimanenze, pari a 27.603.031 euro, risulta decrementata di 1.613.474 euro, pari a -5,52 per cento, rispetto a quella dell'esercizio 2015, che è stata pari a 29.216.505 euro.**

Si rileva, altresì, che tali valori risultano coincidenti con quelli riportati nel Modello CE ministeriale allegato alla Relazione sulla gestione anno 2016 (Allegato "E"/1 alla determina n. 242/DGEN del 26/06/2017).

Si riporta qui di seguito la tabella relativa ai costi di produzione, in particolare, agli **acquisti di beni e servizi sanitari e non sanitari** (Allegato "B" - Conto Economico al 31/12/2016 - schema d.m. 20/03/2013), acclusa al bilancio d'esercizio 2016 (determina n. 242/DGEN del

26/06/2017), nella quale è evidenziato lo scostamento tra il bilancio consuntivo 2016 ed il bilancio consuntivo 2015, rappresentanti la sommatoria delle voci di spesa dei diversi sezionali che lo compongono.

**Tabella 18 - Acquisti di beni e servizi - schema di bilancio - decreto interministeriale 20/03/2013**

CONTO ECONOMICO			Importi: Euro	
SCHEMA DI BILANCIO	ANNO 2016	ANNO 2015	VARIAZIONE 2016/2015	
<i>Decreto Interministeriale 20/03/2013</i>			Importo	%
<b>B) Costi della produzione</b>				
<b>1) acquisti di beni</b>	<b>9.055.643</b>	<b>8.755.947</b>	<b>299.697</b>	<b>3,42%</b>
<i>a) acquisti di beni sanitari</i>	8.773.793	8.453.648	320.144	3,79%
<i>b) acquisti di beni non sanitari</i>	281.851	302.299	-20.448	-6,76%
<b>2) acquisti di servizi</b>	<b>5.447.828</b>	<b>6.374.713</b>	<b>-926.886</b>	<b>-14,54%</b>
<i>a) acquisti di servizi sanitari - Medicina di base</i>	-	-	-	--
<i>b) acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica</i>	-	-	-	--
<i>c) acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale</i>	1.803.894	1.756.364	47.530	2,71%
<i>d) acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa</i>	-	-	-	--
<i>e) acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa</i>	-	-	-	--
<i>f) acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica</i>	-	-	-	--
<i>g) acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera</i>	-	-	-	--
<i>h) acquisti per prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale</i>	-	-	-	--
<i>i) acquisti prestazioni termali in convenzione</i>	-	-	-	--
<i>k) acquisti prestazioni di trasporto sanitario</i>	378.376	370.316	8.060	2,18%
<i>l) acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria</i>	-	-	-	--
<i>m) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)</i>	1.324.872	1.259.447	65.426	5,19%
<i>n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari</i>	24.549	13.429	11.120	82,81%
<i>o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie</i>	1.887.328	2.953.062	-1.065.734	-36,09%
<i>p) Altri servizi sanitarie e sociosanitari a rilevanza</i>	28.808	22.095	6.713	30,38%
<i>q) Costi per differenziale Tariffe TUC</i>	-	-	-	--
<b>3) acquisti di servizi non sanitari</b>	<b>10.193.031</b>	<b>10.801.512</b>	<b>-608.481</b>	<b>-5,63%</b>
<i>a) Servizi non sanitari</i>	9.675.177	10.183.387	-508.211	-4,99%
<i>b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie</i>	458.383	547.920	-89.537	-16,34%
<i>c) Formazione</i>	59.471	70.204	-10.733	-15,29%

Fonte: Allegato "B" - Conto Economico al 31/12/2016 - Schema di bilancio - decreto interministeriale 20/03/2013 - Determina Direttore Generale n. 242/DGEN del 26/06/2017.

Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione Regionale di controllo per le Marche

Dall'esame della sopra riportata tabella, si evince, in particolare:

- 1) un incremento di costi per l'acquisto di beni per complessivi 299.697 euro (+3,42 per cento) rispetto all'anno precedente, così determinato:
  - beni sanitari in incremento per 320.144 euro, pari al 3,79 per cento;
  - beni non sanitari in decremento per 20.448 euro, pari al -6,76 per cento;
- 2) un decremento di costi per l'acquisto di servizi per complessivi 1.535.367 euro (-8,94 per cento) rispetto all'anno precedente, come sotto specificato:
  - servizi sanitari in diminuzione per 926.886 euro, pari a -14,54 per cento;
  - servizi non sanitari in diminuzione per 608.481 euro, pari a -5,63 per cento.

In merito, il Direttore Generale dell'INRCA, nella Relazione sulla gestione anno 2016 (Allegato "E"/1 alla determina n. 242/DGEN del 26/06/2017), ha rappresentato, dal lato dei costi di produzione, relativamente all'**area degli acquisti di beni e servizi**, rispetto all'esercizio 2015, quanto segue:

- il leggero incremento dei costi nell'**area degli acquisti di beni sanitari e non sanitari**, se si considera anche il delta nell'ambito delle variazioni delle rimanenze. Facendo un focus specifico per l'area, l'incremento è essenzialmente nell'area farmaceutica e in quella dei dispositivi medici per motivazioni diversificate a livello di Presidio;
- il decremento, rispetto al 2015, nell'**area degli acquisti di servizi sanitari**, dovuto a più variazioni di segno diversificato tra loro. Al di là di riclassificazioni di conto, i decrementi sono essenzialmente concentrati nell'ambito dell'area delle consulenze, collaborazioni, ecc. collegate al mondo della ricerca finalizzata, per sua natura estremamente variabile da un anno all'altro;
- il decremento, rispetto al 2015, nell'**area degli acquisti di servizi non sanitari**, dovuto a più variazioni diversificate, anche se la principale voce di variazione in decremento è data dal servizio di riscaldamento che ha visto, nel corso del 2015, l'avvio di un nuovo contratto che ha ampliato la gamma dei servizi acquisiti, mentre, nel 2016, vi è stata una razionalizzazione dei consumi. Risultano poi in diminuzione in maniera rilevante gli altri servizi collegati al mondo della ricerca finalizzata per la loro natura estremamente variabile da un anno all'altro.

#### Acquisti di beni sanitari e non sanitari:

Si riporta, qui di seguito il dettaglio delle voci di spesa per **Acquisti di beni sanitari e non sanitari**.

**Tabella 19 – Dettaglio voci di spesa relative agli Acquisti di beni sanitari e non sanitari**

CODICE	VOCE MODELLO CE	2016	2015	scostamento 2016/2015	% scostamento
	<b>B) Costi della produzione</b>				
BA0010	<b>B.1.) Acquisti di beni</b>	<b>9.055.643</b>	<b>8.755.947</b>	<b>299.696</b>	<b>3,42%</b>
BA0020	<b>B.1.A) Acquisti di beni sanitari</b>	<b>8.773.791</b>	<b>8.453.648</b>	<b>320.143</b>	<b>3,79%</b>
BA0030	B.1.A.1) <i>Prodotti farmaceutici ed emoderivati</i>	2.986.506	2.781.106	205.400	7,39%
BA0040	B.1.A.1.1) <i>Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale</i>	2.975.683	2.768.887	206.796	7,47%
BA0050	B.1.A.1.2) <i>Medicinali senza AIC</i>	10.823	12.220	-1.397	-11,43%
BA0060	B.1.A.1.3) <i>Emoderivati di produzione regionale</i>	-	-	-	-
BA0070	B.1.A.2) <i>Sangue ed emocomponenti</i>	-	-	-	-
BA0080	B.1.A.2.1) <i>da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale</i>	-	-	-	-
BA0090	B.1.A.2.2) <i>da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche extra Regione) - Mobilità extraregionale</i>	-	-	-	-
BA0100	B.1.A.2.3) <i>da altri soggetti</i>	-	-	-	-
BA0250	<b>B.1.A.4) Prodotti dietetici</b>	<b>394.649</b>	<b>430.840</b>	<b>-36.191</b>	<b>-8,40%</b>
BA0260	B.1.A.5) <i>Materiali per la profilassi (vaccini)</i>	70.339	59.575	10.764	18,07%
BA0270	B.1.A.6) <i>Prodotti chimici</i>	1.971	3.092	-1.121	-36,25%
BA0280	B.1.A.7) <i>Materiali e prodotti per uso veterinario</i>	29.380	37.591	-8.211	-21,84%
BA0290	B.1.A.8) <i>Altri beni prodotti sanitari</i>		-	-	-
BA0300	B.1.A.9) <i>Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione</i>		-	-	-
BA0310	<b>B.1.B) Acquisti di beni non sanitari</b>	<b>281.852</b>	<b>302.299</b>	<b>-20.447</b>	<b>-6,76%</b>
BA0320	B.1.B.1) <i>Prodotti alimentari</i>	11.289	8.450	2.839	33,60%
BA0330	B.1.B.2) <i>Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere</i>	16.223	23.968	-7.745	-32,31%
BA0340	B.1.B.3) <i>Combustibili, carburanti e lubrificanti</i>	14.986	18.305	-3.319	-18,13%
BA0350	B.1.B.4) <i>Supporti informatici e cancelleria</i>	158.587	153.121	5.466	3,57%
BA0360	B.1.B.5) <i>Materiale per la manutenzione</i>	30.973	59.008	-28.035	-47,51%
BA0370	B.1.B.6) <i>Altri beni e prodotti non sanitari</i>	49.794	39.446	10.348	26,23%
BA0380	B.1.B.7) <i>Beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione</i>		-	-	-
BA2660	<b>B.15) Variazione delle rimanenze</b>	<b>-214.011</b>	<b>-26.192</b>	<b>-187.819</b>	<b>717,09%</b>
BA2670	B.15.A) <i>Variazione rimanenze sanitarie</i>	-218.898	-946	-217.952	23039,32%
BA2680	B.15.B) <i>Variazione rimanenze non sanitarie</i>	4.887	-25.246	30.133	-119,36%

Fonte: Modelli CE ministeriali – questionari rendiconti anni 2015 e 2016 INRCA

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

Si evidenziano, come si evince dall'esame della tabella relativa **alla spesa per acquisti di beni sanitari e non sanitari**, sopra riportata, gli scostamenti positivi più significativi rilevati:

**beni sanitari:**

- BA0040 - B.1.A.1.1) *Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale* - i costi, per complessivi 2.975.683 euro, risultano incrementati di 206.796 euro rispetto all'esercizio precedente (+7,47 per cento);
- BA0260 - B.1.A.5) *Materiali per la profilassi (vaccini)* - i costi, per complessivi 70.339 euro, risultano incrementati di 10.764 euro rispetto all'anno precedente (+18,07 per cento);

**beni non sanitari:**

- BA0320 - B.1.B.1) Prodotti alimentari - i costi, per complessivi 11.289 euro, risultano incrementati di 2.839 euro rispetto all'anno precedente (+33,60 per cento);
- BA0350 - B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria - i costi, per complessivi 158.587 euro, risultano incrementati di 5.466 euro rispetto all'esercizio precedente (+3,57 per cento);
- BA0370 - B.1.B.6) Altri beni e prodotti non sanitari - i costi, per complessivi 49.794 euro, risultano incrementati di 10.348 euro rispetto all'esercizio precedente (+26,23 per cento).

In sede istruttoria sono stati richiesti chiarimenti in merito a tali scostamenti.

L'INRCA, con nota prot. n. 5255/19-DG del 15 febbraio 2019, ha rappresentato quanto segue:

- L'incremento del costo dei materiali per la profilassi (vaccini) è interamente dovuto alla maggiore attività di somministrazione vaccini erogata nell'ambito del Presidio di Casatenovo, unico Presidio che eroga questa attività in ambito Inrca;
- L'incremento del costo dei prodotti alimentari fa riferimento al maggior uso di questi prodotti in ambito ospedaliero per situazioni residuali rispetto alla somministrazione dei pasti tramite servizio mensa. Tali richieste sono estemporanee e derivano dalla particolare utenza servita (pazienti mediamente ultra 75enni) e sono concentrate nei Presidi marchigiani;
- L'incremento degli acquisti dei supporti informatici e di cancelleria deriva dal maggior uso di tali beni in ambito aziendale, peraltro di bassa entità e derivante anche da situazioni di un leggero e occasionale incremento nelle scorte finali;
- L'incremento degli acquisti altri beni e prodotti non sanitari deriva essenzialmente dal saldo algebrico tra i maggiori acquisti per dotazioni antincendi e per il rifacimento della segnaletica del Presidio di Fermo e il minor acquisto di materiali agricoli per terreni.

**Acquisti di servizi sanitari:**

Si riporta qui di seguito il dettaglio delle spese relative agli **Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale, prestazioni di trasporto sanitario, compartecipazione al personale per attività libero-professionale (intramoenia) rimborsi, assegni e contributi sanitari e altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria.**

**Tabella 20 – Dettaglio voci di spesa relative agli acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale, prestazioni di trasporto sanitario, compartecipazione al personale per attività libero-professionale (intramoenia), rimborsi, assegni e contributi sanitari e altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria**

CODICE	VOCE MODELLO CE	2016	2015	scostamento 2016/2015	% scostamento
	<b>B) Costi della produzione</b>				
<b>BA0390</b>	<b>B.2) Acquisti di servizi</b>				
<b>BA0400</b>	<b>B.2.A) Acquisti servizi sanitari</b>				
<b>BA0530</b>	<b>B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale</b>	<b>1.803.895</b>	<b>1.756.364</b>	<b>47.531</b>	<b>2,71%</b>
BA0540	B.2.A.3.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	1.401.137	1.366.720	34.417	2,52%
BA0550	B.2.A.3.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-
BA0560	B.2.A.3.3) - da pubblico (Extraregione)	32.914	17.038	15.876	93,18%
BA0570	B.2.A.3.4) - da privato - Medici SUMAI	-	-	-	-
BA0580	B.2.A.3.5) - da privato	369.844	372.607	-2.763	-0,74%
BA0590	B.2.A.3.5.A) Servizi sanitari per assistenza specialistica da IRCCS privati e Policlinici privati	-	-	-	-
BA0600	B.2.A.3.5.B) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Ospedali Classificati privati	-	-	-	-
BA0610	B.2.A.3.5.C) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Case di Cura private	-	-	-	-
BA0620	B.2.A.3.5.D) Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri privati	369.844	372.607	-2.763	-0,74%
BA0630	B.2.A.3.6) - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)	-	-	-	-
<b>BA1090</b>	<b>B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario</b>	<b>378.376</b>	<b>370.316</b>	<b>8.060</b>	<b>2,18%</b>
BA1100	B.2.A.11.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	-	-	-	-
BA1110	B.2.A.11.2) - da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)	-	-	-	-
BA1120	B.2.A.11.3) - da pubblico (Extraregione)	-	-	-	-
BA1130	B.2.A.11.4) - da privato	378.376	370.316	8.060	2,18%
<b>BA1140</b>	<b>B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
BA1150	B.2.A.12.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	-	-	-	-
BA1160	B.2.A.12.2) - da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)	-	-	-	-
BA1170	B.2.A.12.3) - da pubblico (Extraregione) non soggette a compensazione	-	-	-	-
BA1180	B.2.A.12.4) - da privato (intraregionale)	-	-	-	-
BA1190	B.2.A.12.5) - da privato (extraregionale)	-	-	-	-
<b>BA1200</b>	<b>B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)</b>	<b>1.324.872</b>	<b>1.259.447</b>	<b>65.425</b>	<b>5,19%</b>
BA1210	B.2.A.13.1) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area ospedaliera	-	-	-	-
BA1220	B.2.A.13.2) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area specialistica	1.312.994	1.245.163	67.831	5,45%
BA1230	B.2.A.13.3) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area sanità pubblica	-	-	-	-
BA1240	B.2.A.13.4) Compartecipazione al personale pe ratt. libero professionale intramoenia - Consulenze (exart. 55 c.1 lett. c), d) ed exArt. 57-58)	11.878	14.283	-2.405	-16,84%
BA1250	B.2.A.13.5) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (exart. 55 c.1 lett. c), d) ed exArt. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-
BA1260	B.2.A.13.6) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro	-	-	-	-
BA1270	B.2.A.13.7) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	-	-	-	-
<b>BA1280</b>	<b>B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari</b>	<b>24.549</b>	<b>13.429</b>	<b>11.120</b>	<b>82,81%</b>
BA1290	B.2.A.14.1) Contributi ad associazioni di volontariato	-	-	-	-
BA1300	B.2.A.14.2) Rimborsi per cure all'estero	-	-	-	-
BA1310	B.2.A.14.3) Contributi a società partecipate e/o enti dipendenti della Regione	-	-	-	-
BA1320	B.2.A.14.4) Contributo Legge 210/92	-	-	-	-
BA1330	B.2.A.14.5) Altri rimborsi, assegni e contributi	24.549	13.429	11.120	82,81%
BA1340	B.2.A.14.6) Rimborsi, assegni e contributi v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-
<b>BA1490</b>	<b>B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria</b>	<b>28.808</b>	<b>22.095</b>	<b>6.713</b>	<b>30,38%</b>
BA1500	B.2.A.16.1) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Aziende sanitarie pubbliche della Regione	550	211	339	160,66%
BA1510	B.2.A.16.2) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione	-	-	-	-
BA1520	B.2.A.16.3) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico (Extraregione)	54	108	-54	-50,00%
BA1530	B.2.A.16.4) Altri servizi sanitari da privato	28.204	21.776	6.428	29,52%
BA1540	B.2.A.16.5) Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva	-	-	-	-

Fonte: Modelli CE ministeriali - questionari rendiconti anni 2015 e 2016 INRCA  
Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

Si rileva, dall'esame della tabella relativa alle spese per acquisti di servizi sanitari, sopra riportata, quanto segue:

- BA0530 - B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale - i costi registrati nel 2016, pari a 1.803.895 euro, risultano incrementati di 47.531 euro rispetto all'anno precedente (+2,71 per cento), i cui costi sono stati pari a 1.756.364 euro.

Lo scostamento positivo più rilevante risulta registrato alla seguente voce di costo:

- BA0560 - B.2.A.3.3) - da pubblico (Extraregione) - i costi, per complessivi 32.914 euro, risultano incrementati di 15.876 euro (+93,18 per cento) rispetto all'esercizio precedente;
- BA1090 - B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario - i costi registrati nel 2016, pari a 378.376 euro, risultano incrementati di 8.060 euro rispetto all'anno precedente (+2,18 per cento), i cui costi sono stati pari a 370.316 euro.

Tale scostamento positivo risulta registrato alla voce di costo BA1130 - B.2.A.11.4) - da privato;

- BA1200 - B.2.A.13) Compartecipazione al personale per attività libero-prof. (intramoenia) - i costi registrati nel 2016, pari a 1.324.872 euro, risultano incrementati di 65.425 euro rispetto all'anno precedente (+5,19 per cento), i cui costi sono stati pari a 1.259.447 euro.

Lo scostamento positivo risulta registrato alla voce di costo BA1220 - B.2.A.13.2) Compartecipazione al personale per attività libero professionale intramoenia - Area specialistica - i costi, per complessivi 1.312.994 euro, risultano incrementati di 67.831 euro (+5,45 per cento) rispetto all'esercizio precedente;

- BA1280 - B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari - i costi registrati nel 2016, pari a 1.324.872 euro, risultano incrementati di 11.120 euro (+82,81 per cento) rispetto all'esercizio precedente, i cui costi sono stati pari a 13.429 euro.

Tale scostamento positivo risulta registrato alla voce di costo BA1330 - B.2.A.14.5) Altri rimborsi, assegni e contributi;

- BA1490 - B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria - i costi registrati nel 2016, pari a 28.808 euro, risultano incrementati di 6.713 euro (+30,38 per cento) rispetto all'esercizio precedente, i cui costi sono stati pari a 22.095 euro.

Gli scostamenti positivi risultano registrati alle seguenti voci di costo:

- BA1500 - B.2.A.16.1) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Aziende sanitarie pubbliche della Regione - i costi, per complessivi 550 euro, risultano incrementati di 339 euro (+160,66 per cento) rispetto all'esercizio precedente;
- BA1530 - B.2.A.16.4) Altri servizi sanitari da privato - i costi, per complessivi 28.204 euro, risultano incrementati di 6.428 euro (+29,52 per cento) rispetto all'esercizio precedente;

In sede istruttoria sono stati richiesti chiarimenti in merito a tali scostamenti.

L'INRCA, con nota prot. n. 5255/19-DG del 15 febbraio 2019, ha rappresentato, nell'ambito dei servizi sanitari, quanto segue:

- L'incremento dei costi per l'acquisto dei servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale deriva dal maggior acquisto di prestazioni da altri ospedali pubblici per esami diagnostici di laboratorio, endoscopico, radiologico e di altro genere particolarmente complessi e di cui l'Istituto non dispone la possibilità di erogarli direttamente. Tali esami sono erogati a favore di pazienti ricoverati presso i Presidi Inrca. Rientrano in questa casistica anche gli acquisti per esami notturni di laboratorio, stante l'attività h12 del Laboratorio di Ancona. Per quanto riguarda gli acquisti fuori regione, si riferiscono quasi esclusivamente ad esami molto specifici e relativi al DNA erogati a favore della UO Neurologia di Ancona che, per loro natura, non sono circoscrivibili in quanto dipendono dalla particolare casistica dei pazienti trattati;
- L'incremento dei costi per l'acquisto di prestazioni di trasporto sanitario deriva dall'incremento nell'uso di tale servizio particolarmente concentrato nel Presidio di Cosenza. Nello specifico, si riferiscono al trasporto di pazienti per esami diagnostici in altri Presidi, al trasporto di pazienti in dimissione verso altre strutture, al trasporto salme qualora dovuto, al trasporto interno di pazienti da un reparto alla diagnostica, ecc.;
- L'incremento dei costi relativi alla compartecipazione per libera professione è legato ad un eccessivo accantonamento del fondo perequativo anno 2016 che ha generato, nel corso del 2018, una insussistenza del passivo una volta che si è rilevato l'errore di procedura precedentemente eseguita;
- L'incremento nella voce rimborsi assegni e contributi fa riferimento ai contributi assegnati alla FIDAL (Federazione Italiana di Atletica Leggera) per la loro partecipazione al progetto di ricerca interamente sovvenzionato con finanziamento specifico denominato TRIPL-A STUDY;

- L'incremento dei costi nei servizi sanitari e socio-sanitari deriva dall'acquisizioni di servizi nell'ambito delle sperimentazioni cliniche, degli studi clinici e dei comitati di bioetica in gran parte finanziati da progetti di ricerca e/o sperimentazioni specifiche e comunque derivanti dall'attività scientifica dell'Istituto. La variazione di 339 euro deriva, invece, da un maggior utilizzo di visite fiscali richieste all'Asur.

Si riporta qui di seguito il dettaglio della spesa relativa alle **Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie**.

**Tabella 21 - Dettaglio voci di spesa relative alle Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie**

CODICE	VOCE MODELLO CE	2016	2015	scostamento 2016/2015	% scostamento
	<b>B) Costi della produzione</b>				
BA0390	<b>B.2) Acquisti di servizi</b>				
BA0400	<b>B.2.A) Acquisti servizi sanitari</b>				
BA1350	<i>B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie</i>	1.887.328	2.953.062	-1.065.734	-36,09%
BA1360	<i>B.2.A.15.1) Consulenze sanitarie e sociosan. da Aziende sanitarie pubbliche della Regione</i>	171.321	164.718	6.603	4,01%
BA1370	<i>B.2.A.15.2) Consulenze sanitarie e sociosanit. da terzi - Altri soggetti pubblici</i>	18.898	873.725	-854.827	-97,84%
BA1380	<i>B.2.A.15.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato</i>	1.697.109	1.914.619	-217.510	-11,36%
BA1390	<i>B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000</i>	3.600	25.560	-21.960	-85,92%
BA1400	<i>B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato</i>	466	-	-	-
BA1410	<i>B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato</i>	687.557	820.956	-133.399	-16,25%
BA1420	<i>B.2.A.15.3.D) Indennità a personale universitario - area sanitaria</i>	356.224	436.302	-80.078	-18,35%
BA1430	<i>B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria</i>	-	-	-	-
BA1440	<i>B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria</i>	649.262	631.801	17.461	2,76%
BA1450	<i>B.2.A.15.4) Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando</i>	-	-	-	-
BA1460	<i>B.2.A.15.4.A) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione</i>	-	-	-	-
BA1470	<i>B.2.A.15.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, soggetti pubblici e da Università</i>	-	-	-	-
BA1480	<i>B.2.A.15.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)</i>	-	-	-	-

Fonte: Modelli CE ministeriali - questionari rendiconti anni 2015 e 2016 INRCA

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

Si rileva che i costi per Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie, per complessivi 1.887.328 euro, risultano decrementati di 1.065.734 (-36,09 per cento) rispetto all'esercizio precedente, i cui costi sono stati pari a 2.953.062 euro.

In merito, nella Nota Integrativa, allegata alla determina n. 242/DGEN del 16/06/2017, sono stati riportati i dettagli per conto, qui di seguito illustrati:

- Consulenze sanitarie e sociosanitarie da aziende sanitarie pubbliche della Regione. Valore 171.321 euro.

Tale voce si riferisce a prestazioni sanitarie di diversa natura che l'Istituto acquista, in regime convenzionale, dalle altre aziende sanitarie.

Più precisamente:

- 118.750,17 euro dall'A.O.U. - Ospedali Riuniti di Ancona per prestazioni oncologiche, di laboratorio, anatomia patologica, igiene ospedaliera, ecc.;
- 52.571,01 euro dall'ASST di Lecco per consulenze ORL, farmacia, sorveglianza sanitaria e consulenze varie e ASST di Monza per convenzioni radiologia;
- Consulenze sanitarie e sociosanitarie da altri soggetti. Valore 18.898 euro.

Tale voce si riferisce alle convenzioni che l'Istituto stipula per l'avvio e lo sviluppo di progetti di ricerca;

- Consulenze sanitarie da privati, art. 55. Valore 3.600 euro.

Il valore registrato nel 2016 si riferisce unicamente al lavoro suppletivo svolto da parte del personale delle sedi Marche;

- Collaborazioni coordinate e continuative da privato. Valore 687.557 euro.

Tale voce si riferisce ai rapporti di collaborazione coordinata e continuativa che l'Istituto contrae con professionisti iscritti all'albo nei ruoli sanitario e socio-sanitario, reclutati per avviare e sviluppare progetti di ricerca per circa oltre il 66 per cento e per il restante 34 per cento per esigenze dei Presidi Marche e Casatenovo;

Il valore 2016 corrisponde a circa 50 contratti di collaborazione;

- Indennità a personale universitario. Valore 356.224 euro.

Tale voce si riferisce al costo del personale universitario per la produttività e la retribuzione di risultato anno 2016;

- Altre prestazioni e collaborazioni di lavoro in area sanitaria. Valore 649.262 euro.

Tale voce si riferisce alle retribuzioni per personale distaccato a Residenza Dorica.

### **Acquisti di servizi non sanitari:**

Si riporta qui di seguito il dettaglio della spesa relativa agli **Acquisti di servizi non sanitari**.

**Tabella 22 - Dettaglio voci di spesa relative agli acquisti servizi non sanitari (voce B.2.B.1)**

CODICE	VOCE MODELLO CE	2016	2015	scostamento 2016/2015	% scostamento
	<b>B) Costi della produzione</b>				
<b>BA1560</b>	<b>B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari</b>				
<b>BA1570</b>	<b>B.2.B.1) Servizi non sanitari</b>	<b>9.675.177</b>	<b>10.183.387</b>	<b>-508.210</b>	<b>-4,99%</b>
BA1580	B.2.B.1.1) Lavanderia	921.728	890.978	30.750	3,45%
BA1590	B.2.B.1.2) Pulizia	1.271.473	1.279.656	-8.183	-0,64%
BA1600	B.2.B.1.3) Mensa	1.705.636	1.663.572	42.064	2,53%
BA1610	B.2.B.1.4) Riscaldamento	1.102.876	1.312.112	-209.236	-15,95%
BA1620	B.2.B.1.5) Servizi di assistenza informatica	-	-	-	-
BA1630	B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	240.970	223.708	17.262	7,72%
BA1640	B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	385.152	343.632	41.520	12,08%
BA1650	B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	156.837	160.416	-3.579	-2,23%
BA1660	B.2.B.1.9) Utenze elettricità	947.502	990.773	-43.271	-4,37%
BA1670	B.2.B.1.10) Altre utenze	292.802	334.071	-41.269	-12,35%
BA1680	B.2.B.1.11) Premi di assicurazione	861.723	895.130	-33.407	-3,73%
BA1690	B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	23.152	20.085	3.067	15,27%
BA1700	B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	838.571	875.045	-36.474	-4,17%

Fonte: Modelli CE ministeriali - questionari rendiconti anni 2015 e 2016 INRCA

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

Si rileva che i costi per i Servizi non sanitari, per complessivi 9.675.177 euro, risultano decrementati di 508.210 euro (-4,99 per cento) rispetto all'esercizio precedente, i cui costi sono stati pari a 10.183.387 euro.

Il Direttore Generale, nella Relazione sulla gestione 2016, allegata alla determina n. 242/DGEN del 26/06/2017, ha attestato che, la diminuzione nell'ambito dei servizi appaltati è dovuta al saldo algebrico di più variazioni differenti tra loro. Al di là di piccole variazioni nell'ambito dei servizi "alberghieri", particolarmente rilevante è l'incremento dei costi dello smaltimento rifiuti per la realizzazione di operazioni non routinarie e la consistente diminuzione nel costo del riscaldamento che, dopo il forte incremento del 2015, per l'entrata in vigore di un nuovo contratto che ingloba anche servizi ulteriori tipo global service, oltre al riscaldamento, ha visto nel 2016 un assestamento dello stesso.

Si evidenziano, come si evince dalla tabella relativa agli acquisti di servizi non sanitari, sopra riportata, gli scostamenti positivi rilevati:

- BA1580 - B.2.B.1.1) Lavanderia - i costi, per complessivi 921.728 euro, risultano incrementati di 30.750 euro (+3,45 per cento) rispetto all'esercizio precedente;
- BA1600 - B.2.B.1.3) Mensa - i costi, per complessivi 1.705.636 euro, risultano incrementati di 42.064 euro (+2,53 per cento) rispetto all'esercizio precedente;
- BA1630 - B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari) - i costi, per complessivi 240.970 euro, risultano incrementati di 17.262 euro (+7,72 per cento) rispetto all'esercizio precedente;

- BA1640 - B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti - i costi, per complessivi 385.152 euro, risultano incrementati di 41.520 euro (+12,08 per cento) rispetto all'esercizio precedente;
- BA1690 - B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale - i costi, per complessivi 23.152 euro, risultano incrementati di 3.067 euro (+15,27 per cento) rispetto all'esercizio precedente.

In sede istruttoria sono stati richiesti chiarimenti in merito a tali scostamenti.

L'INRCA, con nota prot. n. 5255/19-DG del 15 febbraio 2019, ha rappresentato, nell'ambito dei servizi non sanitari, quanto segue:

- L'incremento dei costi per l'acquisto del servizio di Lavanderia e Mensa deriva essenzialmente da maggiori acquisizioni nel Presidio di Fermo legate all'attivazione nel corso del 2016 dell'attività di Degenza Post Acuzie che ha aumentato la dotazione di posti letto del Presidio stesso;
- L'incremento della spesa relativa all'acquisto dei servizi di trasporto non sanitario deriva dal maggior utilizzo di questo servizio legato al trasporto dei campioni biologici, alla consegna dei beni sanitari dal magazzino centrale, al servizio di facchinaggio in genere. Anche in questo caso, l'aumento è concentrato nei Presidi marchigiani ed è in parte legato all'avvio dell'attività di degenza post acuzie a Fermo ed in parte legato alle maggiori esigenze produttive già viste nell'ambito dell'acquisto delle prestazioni sanitarie ambulatoriali;
- L'incremento dei costi relativi allo smaltimento rifiuti è legato esclusivamente all'operazione straordinaria di smaltimento effettuata nell'ambito del Presidio Tambroni;
- L'incremento dei costi dei premi di assicurazione RC professionale è dovuto al ricalcolo dei premi legati alle Polizze assicurative sostanze radioattive e apparecchiature radiologiche presenti nei Presidi, in quanto è stata aggiudicata la nuova gara.

Si riporta qui di seguito il dettaglio delle spese relative alle **Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie**.

**Tabella 23 – Dettaglio voci di spesa relative alle Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie**

CODICE	VOCE MODELLO CE	2016	2015	scostamento 2016/2015	% scostamento
	<b>B) Costi della produzione</b>				
BA0390	<b>B.2) Acquisti di servizi</b>				
BA1560	<b>B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari</b>				
BA1750	<i>B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie</i>	458.383	547.920	-89.537	-16,34%
BA1760	<i>B.2.B.2.1) Consulenze non sanitarie da Aziende sanitarie pubbliche della Regione</i>	10.402	-	-	-
BA1770	<i>B.2.B.2.2) Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri soggetti pubblici</i>	-	-	-	-
BA1780	<i>B.2.B.2.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato</i>	414.622	547.920	-133.298	-24,33%
BA1790	<i>B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato</i>	6.324	19.694	-13.370	-67,89%
BA1800	<i>B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato</i>	408.298	528.226	-119.928	-22,70%
BA1810	<i>B.2.B.2.3.C) Indennità a personale universitario - area non sanitaria</i>	-	-	-	-
BA1820	<i>B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria</i>	-	-	-	-
BA1830	<i>B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria</i>	-	-	-	-
BA1840	<i>B.2.B.2.4) Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in comando</i>	33.359	-	33.359	100,00%
BA1850	<i>B.2.B.2.4.A) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione</i>	33.359	-	33.359	100,00%
BA1860	<i>B.2.B.2.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regione, soggetti pubblici e da Università</i>	-	-	-	-
BA1870	<i>B.2.B.2.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)</i>	-	-	-	-

Fonte: Modelli CE ministeriali – questionari rendiconti anni 2015 e 2016 INRCA  
Elaborazione: Corte dei Conti – Sezione regionale di controllo per le Marche

Si rileva che i costi complessivi, pari a 458.383 euro, risultano in diminuzione di 89.537 euro rispetto all'anno precedente (-16,34 per cento), i cui costi sono stati pari a 574.920 euro.

In merito alle Consulenze, Collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato, nella Nota Integrativa, allegata alla determina n. 242/DGEN del 16/06/2017, è stato attestato che, nel 2016, i costi, pari a complessivi 414.621 euro, sono composti da diverse voci, che di seguito si descrivono sinteticamente.

- Consulenze non sanitarie da privato. Valore 6.324 euro riconducibile sostanzialmente a due diverse tipologie di consulenze: Consulenze fiscali, amministrative, legali e tecniche da privati;
- Consulenze, collaborazioni, interinali e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato, valore pari a 408.298 euro, suddiviso come segue:
  - 22.972,89 ruolo professionale;
  - 189.017,42 ruolo tecnico;
  - 196.307,46 ruolo amministrativo.

Il ruolo professionale riguarda l'assistenza religiosa erogata ai Presidi di Cosenza, Casatenovo e Marche.

Dei quasi 385 mila euro rimanenti, il 98 per cento si riferiscono a contratti di collaborazione stipulati per progetti di ricerca con statistici, ingegneri, economisti, ecc. ed il 2 per cento per esigenze dei vari Presidi.

In sede istruttoria è stata richiesta all'Ente la trasmissione di un prospetto analitico dei costi degli assistenti religiosi operanti all'interno dei Presidi Ospedalieri, nonché l'elenco di tutti gli incarichi per consulenze e collaborazioni.

L'INRCA, con nota prot. n. 5255/19-DG del 15 febbraio 2019, ha attestato che il personale religioso è contabilizzato alla voce del CE B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie. Inoltre, il numero complessivo dei preti operanti nei Presidi di Fermo, Cosenza e Casatenovo è pari a tre ed il compenso è stato stabilito sulla base della convenzione vigente tra le Arcidiocesi di competenza e l'Istituto.

Si riporta qui di seguito la tabella, allegata alla nota de quo, che evidenzia in dettaglio l'aggregato richiesto.

**Tabella 24 - Elenco incarichi consulenze e collaborazioni INRCA**

ANNONI - FRANCO	1.876,74	Prete Por Casatenovo 3 mesi
COLOSIMO - UMBERTO	5.886,63	Prete Por Cosenza 9 mesi
CUCCHIERI - GIACOMO	282,04	Consulenza occasionale finanziata con progetti di ricerca finalizzati
IAQUINTA FRANCESCO	1.962,21	Prete Por Cosenza 3 mesi
OLIVETTI - PAOLO	419,37	Consulenza occasionale finanziata con progetti di ricerca finalizzati
OMONDI - NICHOLAS	5.357,66	Prete Por Casatenovo 9 mesi
ORSINI - PIETRI ANTONIO	7.188,24	Prete Por Fermo
<b>Totale Ruolo Professionale</b>	<b>22.972,89</b>	
BALDUCCI - FRANCESCO	10.161,35	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
BEVILACQUA - ROBERTA	29.578,42	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
CASANOVA - GEORGIA	25.766,36	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
CHIATTI - CARLOS JUAN	3.271,37	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
CUCCHIERI - GIACOMO	17.291,00	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
FABBIETTI - PAOLO	7.500,00	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
OLIVETTI - PAOLO	19.261,39	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
QUATTRINI - SABRINA	9.269,28	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
SOCCI - MARCO	35.780,63	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
STARA - VERA	31.137,62	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
<b>Totale Ruolo Tecnico</b>	<b>189.017,42</b>	
BARBABELLA - FRANCESCO	11117,57	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
BIANCHI - FRANCA	18.445,73	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
CHIARICI	3.109,17	Collaborazione per vari presidi
COPPOLA - GIANLUC.A	1.903,20	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
WASCOU - PAOLA	33.424,43	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
DE PASCAU - ANDREINA	27.958,44	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
DI ROSA - MIMO	21.567,46	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
FRATERNAU - RICCARDO	17.148,23	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
GLEBOCKI - MONICA	150,00	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
HALLER - HERMANN	930,40	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
JAGER - KITTY	300,00	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati

MARZA AMARIEI - ANDREEA	120,00	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
MEDICI - EUGENIO	27.216,86	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
PATREGNANI	26,70	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
POSACKI - ELENA	10.692,35	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
QUATTRINI - SABRINA	1.560,87	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
SOCC1 - MARCO	578,29	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
TOMBOLESI - VALENTINA	17.524,53	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
VAN BIESEN - WIM	348,00	Collaborazione finanziata con progetti di ricerca finalizzati
ALTRO	1.185,23	Rimborso spese varie relative alle collaborazioni di cui sopra
<b>Totale Ruolo Amministrativo</b>	<b>196.307,46</b>	

Fonte: INRCA prot. n. 5255/19-DG del 15/02/2019

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

L'Istituto, con successiva nota prot. n. 7060/19-DG dell'1 marzo 2019, ha precisato che il numero dei nominativi indicati nella sopra riportata tabella è pari a cinque, poiché sono state considerate le figure in termini di unità equivalenti (due infatti quelli per Cosenza e Casatenovo figurano per frazioni di mesi), mentre considerati su base annua sono pari a tre, uno per ciascun Presidio (Fermo, Cosenza e Casatenovo).

Si riporta qui di seguito il dettaglio delle spese relative alla **Formazione**.

**Tabella 25 - Dettaglio voci di spesa relative alla Formazione (esternalizzata e non)**

CODICE	VOCE MODELLO CE	2016	2015	scostamento 2016/2015	% scostamento
	<b>B) Costi della produzione</b>				
BA0390	B.2) Acquisti di servizi				
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari				
BA1880	B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	59.471	70.204	-10.733	-15,29%
BA1890	B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	-	-	-	-
BA1900	B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato	59.471	70.204	-10.733	-15,29%

Fonte: Modelli CE ministeriali – questionari rendiconti anni 2015 e 2016 INRCA

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

Si rileva che, i costi registrati nel 2016, pari a 59.471 euro, risultano decrementati di 10.733 euro rispetto all'esercizio precedente (-15,29 per cento), i cui costi sono stati pari a 70.204 euro.

Si riporta qui di seguito il dettaglio delle spese relative alle **Manutenzioni e riparazioni (ordinaria esternalizzata)**.

**Tabella 26 - Dettaglio voci di spesa relative alla Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)**

CODICE	VOCE MODELLO CE	2016	2015	scostamento 2016/2015	% scostamento
	<b>B) Costi della produzione</b>				
BA0390	B.2) Acquisti di servizi				
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari				
BA1910	B.3) <i>Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)</i>	2.431.983	2.542.163	-110.180	-4,33%
BA1920	B.3.A) <i>Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze</i>	470.564	436.076	34.488	7,91%
BA1930	B.3.B) <i>Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari</i>	511.663	632.813	-121.150	-19,14%
BA1940	B.3.C) <i>Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche</i>	1.077.534	1.104.184	-26.650	-2,41%
BA1950	B.3.D) <i>Manutenzione e riparazione a immobili e arredi</i>	2.669	3.614	-945	-26,15%
BA1960	B.3.E) <i>Manutenzione e riparazione agli automezzi</i>	3.367	6.083	-2.716	-44,65%
BA1970	B.3.F) <i>Altre manutenzioni e riparazioni</i>	366.186	359.394	6.792	1,89%
BA1980	B.3.G) <i>Manutenzioni e riparazioni da Aziende sanitarie pubbliche della Regione</i>	-	-	-	-

Fonte: Modelli CE ministeriali - questionari rendiconti anni 2015 e 2016 INRCA

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

Si rileva che i costi registrati nel 2016, pari a 2.431.983 euro, risultano in diminuzione di 110.180 euro rispetto all'anno precedente (-4,33 per cento), i cui costi sono stati pari a 2.542.163 euro.

Il Direttore Generale, nella Relazione sulla gestione 2016, allegata alla determina n. 242/DGEN del 26/06/2017, ha attestato che il decremento nell'area dei servizi di manutenzione è derivante dalla razionalizzazione in tale ambito anche in considerazione delle rilevanti manutenzioni straordinarie effettuate nel corso dell'esercizio.

Si evidenziano, come si evince dall'esame della tabella sopra riportata, gli scostamenti positivi rilevati:

- BA1920 - B.3.A) Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze - i costi complessivi, pari a 470.564 euro, risultano incrementati di 34.488 (+7,91 per cento) rispetto all'esercizio precedente;
- BA1970 - B.3.F) Altre manutenzioni e riparazioni - i costi, per complessivi 366.186 euro, risultano incrementati di 6.792 euro (+1,89 per cento) rispetto all'esercizio precedente.

In sede istruttoria sono stati richiesti chiarimenti in merito a tali scostamenti.

In merito, l'INRCA, con nota prot. n. 5255/19-DG del 15 febbraio 2019, ha attestato quanto segue:

- L'incremento dei costi relativi alle manutenzioni e riparazioni dei fabbricati deriva da variazioni diversificate nei diversi Presidi Inrca e legate comunque a necessità manifestatesi nel corso dell'esercizio e ritenute ineludibili, anche in considerazione della logica di puro mantenimento con la quale vengono effettuate.

In particolare, gran parte della variazione (quasi 20 mila euro) deriva da manutenzioni occasionali svolte nel corso del 2016 nei Presidi di Roma, Cagliari e presso Villa Montedomini e necessarie ad evitare situazioni di pericolo, ovvero, situazioni di potenziali danni che la struttura avrebbe potuto arrecare a persone;

- L'incremento dei costi relativi ad Altre manutenzione e riparazione fa riferimento a manutenzioni dell'area software e hardware, legate ai maggiori interventi richiesti, stante la stabilità dei contratti di manutenzione full service in questo ambito.

Si riporta qui di seguito il dettaglio delle spese relative al **Godimento Beni di Terzi**.

**Tabella 27 - Dettaglio voci di spesa relative al Godimento di beni di terzi**

CODICE	VOCE MODELLO CE	2016	2015	scostamento 2016/2015	% scostamento
	<b>B) Costi della produzione</b>				
BA1560	<b>B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari</b>				
BA1990	<b>B.4) Godimento di beni di terzi</b>	688.557	768.362	-79.805	-10,39%
BA2000	<b>B.4.A) Fitti passivi</b>	1.112	1.813	-701	-38,67%
BA2010	<b>B.4.B) Canoni di noleggio</b>	687.445	766.548	-79.103	-10,32%
BA2020	B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	555.383	646.094	-90.711	-14,04%
BA2030	B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria	132.062	120.455	11.607	9,64%
BA2040	<b>B.4.C) Canoni di leasing</b>	-	-	-	-
BA2050	B.4.C.1) Canoni di leasing - area sanitaria	-	-	-	-
BA2060	B.4.C.2) Canoni di leasing - area non sanitaria	-	-	-	-
BA2070	B.4.D) Locazioni e noleggi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-

Fonte: Modelli CE ministeriali - questionari rendiconti anni 2015 e 2016 INRCA

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

Si rileva che i costi registrati nel 2016, pari a 688.557 euro, risultano in diminuzione di 79.805 euro rispetto all'anno precedente (-10,39 per cento), i cui costi sono stati pari a 768.362 euro.

Si evidenzia, come si evince dalla tabella sopra riportata, lo scostamento positivo alla voce di spesa BA2030 - B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria, i cui costi sono stati pari a 132.062 euro, in incremento di 11.607 euro (+9,64 per cento) rispetto all'esercizio precedente.

In sede istruttoria sono stati richiesti chiarimenti in merito a tale scostamento.

In merito, l'INRCA, con nota prot. n. 5255/19-DG del 15 febbraio 2019, ha attestato che l'incremento dei costi registrati nei canoni di noleggio di area non sanitaria fa riferimento a maggiori costi di noleggio software, legati soprattutto all'attività dei Presidi di Casatenovo (introduzione obbligatoria del sistema Priamo - Piattaforma regionale per l'attività ambulatoriale) e Cosenza (entrata nel sistema CUP provinciale).

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, come da verbale della riunione del 22 febbraio 2018 (Allegato 4), trasmesso dalla stessa Regione, con nota prot. n. 340908 del 28 marzo 2018, **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. 95/2012<sup>41</sup>.**

---

<sup>41</sup> 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.*

## 2.9 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 A<sup>42</sup> 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.

---

*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 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".*

<sup>42</sup> 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 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 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-H<sup>43</sup>);
- 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, sforamento 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,

---

<sup>43</sup> Fascia H: comprendente i farmaci di esclusivo uso ospedaliero utilizzabili solo in ospedale o che possono essere distribuiti dalle strutture sanitarie.

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. 159/2007<sup>44</sup>, il ripiano a carico dei 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-back<sup>45</sup>. 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. 111<sup>46</sup>.

<sup>44</sup>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 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".

<sup>45</sup> 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.

<sup>46</sup> 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:

**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);

---

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 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.

- 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:

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 585<sup>47</sup>, 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**

---

<sup>47</sup> 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».

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 innovativi<sup>48</sup>.

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;

---

<sup>48</sup> 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 sfondamento imputabile al superamento del fondo aggiuntivo, resta, in misura pari al 20 per cento, a carico dell'azienda titolare dell'autorizzazione 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.

- 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 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 sfioramento 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 ospedaliera, determinato nella misura del 3,5 per cento del finanziamento complessivo ordinario del SSN;
- 2) attuazione della distribuzione diretta dei farmaci.

## 2.9.1 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).

**Tabella 28 - 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**

Regione	A FSN gen-dic 2016	B Tetto 3,5%	C Spesa tracciabilità*^	D Distribuzione diretta di fascia A	E Spesa medicinali fascia C e C bis	F Payback**	G=C-D-E-F Spesa Ospedaliera	H=G-B Scostamento assoluto	I=G/A% 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%
<b>MARCHE</b>	<b>2.868.128.037</b>	<b>100.384.481</b>	<b>317.726.920</b>	<b>127.230.688</b>	<b>22.540.307</b>	<b>5.880.520</b>	<b>162.075.404</b>	<b>61.690.923</b>	<b>5,70%</b>
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	54.557.658	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%
<b>ITALIA</b>	<b>110.328.668.355</b>	<b>3.861.503.392</b>	<b>11.732.112.677</b>	<b>5.605.332.205</b>	<b>494.917.596</b>	<b>199.623.777</b>	<b>5.432.239.099</b>	<b>1.570.735.706</b>	<b>4,90%</b>

\* 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 Vaste 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 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 sfioramento, 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:

**Tabella 29 - 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	
<b>E=A-B.1-B.2-B.3-B.4+C</b>	<b>Totale spesa Territoriale</b>	<b>330.599.001</b>	
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	<b>11,53%</b>
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		
<b>OSPEDALIERA</b>			
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	
<b>O=L-L1-C-N.1-N.2-N.3</b>	<b>Totale spesa Ospedaliera</b>	<b>162.075.405</b>	
P=F	Fabbisogno 2012 "ex FSN" (Fonte Min Sal DGPROG)	2.868.128.037	
Q=P*	Tetto 3,5%	100.384.481	
R=O-Q	Scostamento assoluto	61.690.923	<b>5,70%</b>
S=M/(E+O)	Incidenza % della distribuzione diretta sulla spesa farmaceutica regionale	<b>44%</b>	

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

## 2.9.2 Verifica dei costi complessivi della spesa farmaceutica dell'INRCA

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'Enpaf<sup>49</sup>), la distribuzione diretta classe "A" (comprendente la distribuzione per conto delle 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

<sup>49</sup> Enpaf: contributi previdenziali e assistenziali obbligatori dovuti da tutti gli iscritti agli albi degli Ordini provinciali dei farmacisti (articolo 21 del DLCP n. 233/1946).

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’INRCA (verbale n. 13 del 27/07/2017), ha attestato che il valore di conto economico della spesa farmaceutica è pari a 2.986.506 euro, con un incremento del 7,38 per cento rispetto al corrispondente valore dell’anno precedente (2.781.106 euro). L’importo 2016, come indicato dall’Istituto, comprende 1.066.308 euro di spesa per la distribuzione diretta, con una riduzione del 8,7 per cento rispetto all’anno precedente (1.168.795 euro).

Si rileva che, tali valori, risultano coincidenti con quelli riportati nel Modello CE ministeriale, allegato alla Relazione sulla gestione anno 2016 (Allegato “E” /1 alla determina n. 242/DGEN del 26/06/2017), come sotto riportato.

**Tabella 30 - Dettaglio spesa per acquisto di prodotti farmaceutici ed emoderivati**

CODICE	VOCE MODELLO CE	2016	2015	scostamento 2016/2015	% scostamento
	<b>B) Costi della produzione</b>				
BA0010	<b>B.1.) Acquisti di beni</b>				
BA0020	<b>B.1.A) Acquisti di beni sanitari</b>				
BA0030	<i>B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati</i>	2.986.506	2.781.106	205.400	7,39%
BA0040	B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	2.975.683	2.768.887	206.796	7,47%
BA0050	B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC	10.823	12.220	-1.397	-11,43%
BA0060	B.1.A.1.3) Emoderivati di produzione regionale	-	-	-	-

Fonte: Modelli CE ministeriali - questionari rendiconti anni 2015 e 2016 INRCA

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

In merito alla spesa farmaceutica sostenuta dall’INRCA nel 2016, il Collegio Sindacale, nel questionario sul bilancio 2016, ha indicato i valori delle singole voci di costo che la compongono:

(valori in euro)

a) Spesa farmaceutica ospedaliera	2.206.921
b) Spesa per la distribuzione diretta	779.585
<b>Totale</b>	<b>2.986.506</b>

In sede istruttoria è stata evidenziata la non corrispondenza della **spesa per la distribuzione diretta dei farmaci**, indicata dal Collegio Sindacale nel questionario sul rendiconto 2016, pari a 779.585 euro, con il valore attestato dallo stesso Collegio Sindacale nella Relazione al bilancio 2016 (1.066.308 euro).

Inoltre, la non coincidenza dell'importo totale degli acquisti dei Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, per distribuzione diretta, pari a 1.066.308 euro (Tabella 56 Nota Integrativa), alla somma totale della distribuzione diretta (medicinali con AIC) dei tre POR, di cui alle tabelle 56bis, 56ter e 56quater, che è pari a 1.064.668 (POR Marche: 811.331 euro + POR Casatenovo: 164.304 euro + POR Cosenza: 89.033 euro = 1.064.668 euro).

**Tabella 31 - Dettaglio acquisti di prodotti farmaceutici ed emoderivati per tipologia di distribuzione**

DETTAGLIO ACQUISTI DI BENI SANITARI PER TIPOLOGIA DI DISTRIBUZIONE	Distribuzione		TOTALE
	Diretta	Per conto	
<b>Prodotti farmaceutici ed emoderivati:</b>	<b>1.077.131</b>	<b>1.909.375</b>	<b>2.986.506</b>
Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	1.066.308	1.909.375	2.975.683
Medicinali senza AIC	10.823	-	10.823
Emoderivati di produzione regionale	-	-	-

Fonte: Tabella 56 - Tot. INRCA - Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016 INRCA (allegata alla determina n. 242/DGEN del 26/06/2017)

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

In sede istruttoria, pertanto, sono stati richiesti chiarimenti in merito al valore della spesa per la distribuzione diretta dei farmaci indicato nel questionario sul rendiconto 2016, nonché sugli importi riportati nelle Tabelle 56bis, 56ter e 56quater della Nota Integrativa.

In merito, l'INRCA, con nota prot. n. 5255/19-DG del 15 febbraio 2019, ha attestato che il vero valore per la distribuzione diretta di farmaci è pari ad 1.064.668 euro, in quanto nel totale di 1.066.308 euro è compreso per errore l'importo di 1.641 euro non riguardante la distribuzione diretta di farmaci, ma per conto ed è afferente all'area di ricerca.

Con successiva nota prot. n. 7060/19-DG dell'1 marzo 2019, l'Istituto ha ritrasmetto le Tabelle 56, 56bis, 56ter e 56quater della Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016, debitamente corrette, in quadratura con quanto riportato al punto 11.2.1, lettera b), spesa per distribuzione diretta del questionario sul bilancio 2016 compilato dal Collegio Sindacale, precisando che, le motivazioni della errata compilazione delle Tabelle 56, 56bis, 56ter e 56quater della Nota Integrativa al bilancio d'Esercizio 2016 sono dovute:

- Por Marche: nei medicinali con AIC sono stati erroneamente considerati anche dei dispositivi, mentre i medicinali senza AIC ed i Prodotti dietetici andavano inseriti per conto;
- Por Casatenovo: nei medicinali con AIC sono stati erroneamente considerati anche i vaccini (pari a 70.339 euro), mentre i medicinali senza AIC ed i Prodotti dietetici andavano inseriti per conto;
- Por Cosenza: tutti i valori andavano inseriti per conto.

Si riporta qui di seguito la Tabella 56 (Tot. spesa INRCA), da cui risulta che il valore totale della distribuzione diretta dei farmaci è pari a 779.585 (Tabella 56bis - POR Marche: 685.620 euro + Tabella 56ter: POR Casatenovo: 93.966 euro + Tabella 56ter: POR Cosenza: 0,00 euro = Totale 779.585 euro.

**Tabella 32 - Dettaglio acquisti di prodotti farmaceutici ed emoderivati per tipologia di distribuzione - Valori corretti**

DETTAGLIO ACQUISTI DI BENI SANITARI PER TIPOLOGIA DI DISTRIBUZIONE	Distribuzione		TOTALE
	Diretta	Per conto	
<b>Prodotti farmaceutici ed emoderivati:</b>	<b>779.585</b>	<b>2.206.921</b>	<b>2.986.506</b>
Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	779.585	2.196.098	2.975.653
Medicinali senza AIC	-	10.623	10.823
Emoderivati di produzione regionale	-	-	-

Fonte: Nota INRCA prot. n. 7060/19-DG dell'1 marzo 2019 (Tabella 56 - Tot. INRCA - Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016)

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

Si rileva, pertanto, che, rispetto all'anno precedente:

- la spesa farmaceutica ospedaliera, pari a 2.986.506 euro, è incrementata del 7,39 per cento, in termini percentuali, e di 205.400 euro, in termini assoluti;
- la spesa per la distribuzione diretta dei farmaci, pari a 779.585 euro, è decrementata del 33,30 per cento, in termini percentuali, e di 389.210 euro, in termini assoluti.

### **2.9.3 Verifica raggiungimento obiettivi regionali in materia di spesa farmaceutica**

La Regione Marche, con d.g.r. 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. 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,
- come da tabella sotto riportata.

**Tabella 33 - 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			

Fonte: Regione Marche - D.g.r. 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 degli enti del SSR, 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 sforamento 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 sforamento 2015 regionale pari a 51 milioni,

come sotto riportato nella tabella, individuati e valutati per singola azienda sanitaria.

**Tabella 34 - Obiettivi sanitari INRCA anno 2016 relativi alla spesa farmaceutica**

INRCA				
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. n. 1106 del 19/09/2016

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

In merito all'attribuzione all'INRCA dell'obiettivo di riduzione della spesa farmaceutica territoriale, la Regione Marche, con nota prot. n. 1179426 del 19 ottobre 2018, ha attestato che, nel 2016, il tetto per la spesa farmaceutica territoriale corrisponde al 11,35 per cento del Fabbisogno Sanitario Nazionale (l. 132/2012) e comprende sia la farmaceutica convenzionata che la distribuzione diretta e per conto di farmaci di classe "A".

Anche alle Aziende Ospedaliere e all'INRCA è stato pertanto attribuito l'obiettivo di contribuire alla riduzione della spesa farmaceutica territoriale mediante la distribuzione diretta di farmaci di classe "A" che, avendo un costo inferiore rispetto alla convenzionata, contribuisce alla riduzione della spesa stessa.

Il Collegio Sindacale, nel questionario sul rendiconto 2016, ha attestato che sono stati attribuiti all'Istituto obiettivi da parte della Regione Marche. Nondimeno, ha precisato che non è stato possibile fornire una puntuale risposta in merito al loro raggiungimento, in quanto non è stata ancora trasmessa la rendicontazione da parte della stessa Regione.

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.**

La Regione Marche, con nota prot. n. 379073 del 5 aprile 2018, relativamente alla valutazione dei risultati conseguiti dalle Direzioni generali nell'anno 2015, ha attestato che, sulla base dei criteri fissati nella d.g.r. n. 666 del 07/08/2015, l'istruttoria da parte del COCIV, integrato dal Dirigente del Servizio sanità, per la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi, ai sensi dell'art. 3 bis), della l.r. n. 13/2003, alla data della nota, è stata conclusa, ma non ancora formalizzata con deliberazione di Giunta regionale.

Con la medesima nota è stato, inoltre, precisato, riguardo alla valutazione dei risultati conseguiti dalle Direzioni generali nell'anno 2016, che il MEF, in data 23 febbraio 2018, 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. In merito, è stato rilevato dalla Regione che i bilanci di esercizio dell'anno 2016 degli enti del SSR sono stati approvati nel periodo giugno-settembre 2017 e che, alla data della nota del 5 aprile 2018, le relazioni per la rendicontazione, previste dalla d.g.r. n. 1106/2016, non sono state trasmesse dagli enti (ad eccezione dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona).

Inoltre, la Regione Marche, con nota prot. n. 1179426 del 19 ottobre 2018, ha attestato la non conclusione, a quella data, dell'iter relativo alla valutazione degli obiettivi per l'anno 2016, attribuiti ai Direttori Generali degli enti del SSR, di cui alle d.g.r. n. 1090/2016 e d.g.r. n. 1106/2016.

Per quanto riguarda gli obiettivi 2015, l'iter di valutazione, di cui alla d.g.r. n. 666 del 07/08/2015, è stato concluso e formalizzato dalla d.g.r. n. 472 del 16/04/2018.

In sede istruttoria è stato richiesto alla Regione di relazionare in merito allo stato di valutazione degli obiettivi di cui alle sopra citate d.g.r. n. 1090/2016 e d.g.r. n. 1106/2016, nonché sulle risultanze della valutazione degli obiettivi anno 2015, di cui alla d.g.r. n. 666 del 07/08/2015, formalizzate con d.g.r. n. 472 del 16/04/2018.

La Regione Marche, con nota prot. n. 205125 del 19 febbraio 2019, ha attestato che la valutazione dei risultati conseguiti negli anni 2015 e 2016 dai Direttori Generali degli enti del

SSR sono state approvate dalla Giunta regionale, rispettivamente, con d.g.r. n. 472 del 16/04/2018 e d.g.r. n. 4 del 07/01/2019 (Allegati n. 1 e n. 2 alla nota). Inoltre, con d.g.r. n. 1693 del 10/12/2018 (Allegato n. 3 alla nota), la Giunta regionale ha, tra l'altro, integrato i criteri di valutazione dei risultati.

Con la medesima nota, la Regione ha riportato l'esito della valutazione degli obiettivi relativi alla spesa farmaceutica.

Si riportano di seguito in sintesi gli esiti della valutazione complessiva per INRCA:

Anno 2015:

Obiettivi economici - Punteggio raggiunto 52 su un totale di 60.

- Riduzione della spesa farmaceutica - Punteggio raggiunto 10 su un totale di 15.

Sono stati raggiunti al 100 per cento gli obiettivi, relativamente a:

- riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rispetto all'anno precedente;
- riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera rispetto all'anno precedente dell'1,5 per cento;

Anno 2016:

Obiettivi sanitari - Punteggio raggiunto 38,55 su un totale di 40.

- Assistenza farmaceutica - Punteggio raggiunto 1 su un totale di 2.

È stato raggiunto al 100 per cento l'obiettivo di aumento dell'uso di farmaci biosimilari.

Non è stato raggiunto l'obiettivo di aumento dell'uso dei farmaci di classe A con brevetto scaduto.

Obiettivi economici - Punteggio raggiunto 58,5 su un totale di 60.

- Riduzione della spesa farmaceutica - Punteggio raggiunto 3,5 su un totale di 5.

È stato raggiunto al 100 per cento l'obiettivo di spesa farmaceutica territoriale.

L'obiettivo di spesa farmaceutica ospedaliera è stato sterilizzato considerato che il Nucleo ne ha accolto la proposta del Dirigente della PF competente secondo il quale l'obiettivo è stato in larga misura pregiudicato dall'emergenza sisma.

## 2.9.4 Misure di controllo dell'appropriatezza prescrittiva 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 prescrittiva<sup>50</sup>:

<sup>50</sup> 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 23/12/1996, 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).

- 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;

---

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 internazionale<sup>1</sup>, 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.

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.

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 periferiche<sup>51</sup>, 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 se sono stati inseriti nei PTO AV o nei Prontuari locali.

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

---

<sup>51</sup> Con d.g.r. 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. n. 884/2014, inserendo un medico specialista in Medicina interna ed un medico specialista in Geriatria.

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;
- 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. n. 974/2014.

Si evidenzia che, come previsto dalla d.g.r.m. n. 974/2014, il medico ospedaliero, in caso di mancato rispetto delle direttive e delle altre norme nazionali e regionali, 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 risultato<sup>52</sup>;

---

<sup>52</sup> 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;
- 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:

b. con il recupero del danno erariale procurato<sup>53</sup>.

- 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 procedimentali, 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 contratto, tenuto conto anche delle modalità di gestione delle responsabilità dirigenziali e dei vincoli derivanti dal rispetto dei codici deontologici.

<sup>53</sup> D.g.r. 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. 1807/08, 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 intersectorialità 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 inappropriata 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:

In particolare, si rileva che:

1. ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale Medici di Medicina Generale (ACN) del 23 marzo 2005, art. 27 "Adeguatezza delle cure e dell'uso delle risorse"<sup>54</sup>, 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.

- 
- 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 d.g.r. 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;
- 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).

<sup>54</sup> 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.

Anche a livello ospedaliero, in caso di mancato rispetto delle direttive e delle altre norme nazionali e regionali in tema di prescrizione farmaceutica, il medico ospedaliero è sanzionato come segue:

- a. con la valutazione annuale negativa gestionale del Dirigente della U.O. di riferimento e penalizzazioni sul salario di risultato<sup>55</sup>;

---

<sup>55</sup> 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:

c) il Collegio tecnico;

d) il Nucleo di valutazione;

2. Il Collegio tecnico procede alla verifica e valutazione:

d) di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti;

e) dei dirigenti di nuova assunzione al termine del primo quinquennio di servizio;

f) 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:

d) la gestione del budget finanziario formalmente affidato e delle risorse umane e strumentali effettivamente assegnate in relazione agli obiettivi concordati e risultati conseguiti;

e) ogni altra funzione gestionale espressamente delegata in base all'atto aziendale;

f) l'efficacia dei modelli gestionali adottati per il raggiungimento degli obiettivi annuali;

2) Per tutti gli altri dirigenti:

d) l'osservanza delle direttive nel raggiungimento dei risultati in relazione all'incarico attribuito;

e) il raggiungimento degli obiettivi prestazionali quali - quantitativi espressamente affidati;

f) 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:

k) della collaborazione interna e livello di partecipazione multi - professionale nell'organizzazione dipartimentale;

l) del livello di espletamento delle funzioni affidate nella gestione delle attività e qualità dell'apporto specifico;

m) 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;

n) dell'efficacia dei modelli organizzativi adottati per il raggiungimento degli obiettivi;

o) 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;

p) 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;

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 modificazioni, in legge 8 agosto 1996, n. 425<sup>56</sup>, 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)<sup>57</sup>, nell'art. 14 bis del decreto del Presidente della Repubblica 28

- 
- q) della capacità di promuovere, diffondere, gestire ed implementare linee guida, protocolli e raccomandazioni diagnostico terapeutiche aziendali;
  - r) 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;
  - s) 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;
  - t) 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.

<sup>56</sup> Decreto legge 20/06/1996, n. 323, convertito, con modificazioni, in legge 08/08/1996, n. 425

comma 4. 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 rimborsare 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.

<sup>57</sup> 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'appropriatelyzza 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 appropriatelyzza 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

luglio 2000, n. 272 (Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale Pediatri di Libera Scelta) e nell'art. 28 del C.C.N.L. 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 generale<sup>58</sup>.

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 16/12/2006<sup>59</sup>, che

---

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
  - c) 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,
  - d) per un periodo non superiore a 30 giorni dalla immissione alla vendita, dall'emanazione ufficiale della nota CUF o di altra legittima norma.

<sup>58</sup> 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.

<sup>59</sup> 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.

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”*.

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 ricolleggi 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,<sup>60</sup> operando il medico convenzionato nella qualità di agente dell’Amministrazione.

---

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.

<sup>60</sup> 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.

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”<sup>61</sup>, 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”<sup>62</sup>, intesa come 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 ministeriale<sup>63</sup>.

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.

---

La Corte, valutate le singole responsabilità, può porre a carico dei responsabili tutto o parte del danno accertato o del valore perduto.

<sup>61</sup> Cfr. Corte dei Conti, sez. reg. Lombardia, 14 giugno 2011, n. 374

<sup>62</sup> Cfr. Corte dei Conti, sez. reg. Trentino Alto Adige-Bolzano, 8 aprile 2009, n. 32

<sup>63</sup> Fonte: [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)

Dall'art. 1, della legge 14 gennaio 1994, n. 20<sup>64</sup>, 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.

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.

---

<sup>64</sup> 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 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.

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'INRCA ha attestato, nel questionario sul bilancio 2016, che l'Istituto ha attivato misure di controllo dell'appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero e che le misure adottate risultano adeguate.

**Si rileva che non sono state fornite ulteriori specificazioni.**

## **2.10 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'Istituto, 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).

Le problematiche connesse alla gestione del personale prese in esame nel questionario al bilancio di esercizio 2016 dell'INRCA, 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.

## **2.11 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'INRCA, 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 oggetto<sup>65</sup>, espone la seguente situazione:

**Tabella 35 -Rispetto dei limiti di spesa per il personale ai sensi dell'art. 2, c. 71, l. n. 191/2009 - INRCA - anno 2016**

		<b>Importi (euro)</b>
<b>Spesa per il personale 2004</b>		59.329.100
<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	
<b>Totale netto spesa 2004</b>		<b>59.329.100</b>
1,4% della spesa		830.607
<b>Dato spesa 2004 da considerare per il calcolo</b>	<b>(A)</b>	<b>58.498.493</b>

		<b>Importi (euro)</b>
<b>Spesa per il personale 2016</b>		54.860.309
<i>Al netto di:</i>	Spese per rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenute successivamente al 2004	9.037.274
	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	926.433
<b>Totale netto spesa 2016</b>	<b>(B)</b>	<b>44.896.602</b>
<b>Differenza tra la spesa 2016 e la spesa 2004</b>	<b>(B)-(A)</b>	<b>-13.601.891</b>

Fonte: Questionario Enti del SSN - Sezione Autonomie - INRCA anno 2016

Dall'esame dei dati sopra riportati, si desume che l'Istituto **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:

<sup>65</sup> Si veda quanto riportato alle domande di cui al punto 14.1 pag. 27 del questionario al bilancio di esercizio 2016 dell'INRCA.

**Tabella 36 - Rispetto del limite di spesa per il personale ex art. 2, c. 71, l. n. 191/2009 - INRCA - anno 2016**

		<b>Importi</b>
<b>Spesa per il personale 2004</b>		
<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		59.329.100
1,4% della spesa		830.607
<b>Dato spesa 2004 da considerare per il calcolo</b>	<b>(A)</b>	<b>58.498.493</b>

		<b>Importi</b>
<b>Spesa per il personale 2016</b>		54.923.014
<i>Al netto di:</i>	Spese per rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenute successivamente al 2004	9.037.274
	Spese per il personale appartenente alle categorie protette	1.557.067
	Spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari privati	860.416
	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	
<b>Totale netto spesa 2016</b>	<b>(B)</b>	<b>43.471.257</b>
<b>Differenza tra la spesa 2016 e la spesa 2004 da considerare per il calcolo</b>	<b>(B)-(A)</b>	<b>-15.027.236</b>

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 sopra esposte, pur risultando coincidenti gli importi relativi all'anno 2004, si rilevano differenze per i dati relativi all'anno 2016, come esposto nella tabella che segue.

**Tabella 37 - Confronto dati spesa personale INRCA 2016**

<b>Ente</b>	<b>Questionario INRCA 2016</b>	<b>Questionario Regione Marche 2016</b>	<b>Differenza</b>
<b>Spesa per il personale lorda 2016</b>	<b>54.860.309</b>	<b>54.926.014</b>	<b>65.705</b>
Spese per rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenute successivamente al 2004	9.037.274	9.037.274	-
Spese per il personale appartenente alle categorie protette		1.557.067	-1.557.067
Spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari privati	926.433	860.416	66.017
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. n. 502/92 e successive modificazioni			-
<b>Spesa per il personale netta 2016</b>	<b>44.896.602</b>	<b>43.471.257</b>	<b>-1.425.345</b>

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

Il Collegio Sindacale ha precisato inoltre che<sup>66</sup> “Si segnala che l’obiettivo di riferimento dell’INRCA (2004 -1,4%) pari a 58.498.493 euro, in realtà andrebbe depurato dei valori dei Presidi di Roma e Cagliari dismessi. In tal caso, il valore di riferimento sarebbe pari a 47.428.990 euro. Inoltre, si segnala che il dato 2016 in realtà non è completo perché la tabella, per come è strutturata, impedisce di inserire in riduzione i costi relativi alle categorie protette e di integrare i costi relativi alla mensa dei dipendenti. Queste due voci dovrebbero invece considerate nei parametri per il calcolo secondo le indicazioni della circolare. In particolare, partendo dal dato di spesa, pari a 44.896.602 euro, è necessario sottrarre ulteriormente il costo per le categorie protette, pari a 1.557.067 euro, e aggiungere il costo per i buoni mensa dei dipendenti, pari a 131.722 euro. Pertanto, il costo 2016 da prendere come riferimento e confronto, rispetto al dato (2004 - 1,4%), è più opportunamente pari a 43.471.257 euro “.

Ulteriori osservazioni emergono dal raffronto dei dati sopra esposti:

- la spesa di personale lorda 2016 per la Regione Marche (pari a 54.926.014 euro) presenta un importo superiore di 65.705 euro rispetto al corrispondente dato del questionario (pari a 54.860.309 euro);
- l’importo relativo alla spesa per rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro, intervenute successivamente al 2004 (pari a 860.416 euro), fornito dalla Regione, differisce di 66.017 euro in meno rispetto al corrispondente dato del questionario (pari a 926.433 euro);
- la spesa del personale appartenente a categorie protette (pari a 1.557.067 euro) evidenziato come voce distinta nel prospetto della regione, non risulta invece inserita nel questionario;
- la spesa di personale netta 2016 per la Regione Marche (pari a 43.471.257 euro), rispetto al corrispondente dato del questionario (pari a 44.896.602 euro), presenta un importo inferiore di 1.425.345 euro, cifra risultante dalla somma algebrica delle differenze evidenziate nella tabella di cui sopra.

In sede di Parifica del rendiconto regionale per l’anno 2017, la Regione Marche ha poi trasmesso i dati relativi alla spesa di personale<sup>67</sup>, aggiornati a seguito del ricalcolo del tetto di spesa del personale dell’anno 2004 sulla base dei dati del Conto annuale, secondo le indicazioni fornite dal MEF, nonché al fine di considerare l’impatto dello scorporo del Presidio Ospedaliero Santa Croce di Fano, sia sulla spesa di personale di ASUR Marche che su quella

<sup>66</sup> Si veda pag. “Annotazioni 1” pag. 27 domanda 14.1, del questionario al bilancio d’esercizio 2016 - INRCA.

<sup>67</sup> Si veda la nota trasmessa dalla Regione Marche, in sede di Parifica del rendiconto regionale per l’anno 2017, con prot. n. 836082 del 19.07.18 - Allegato 1.

dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", la spesa di personale relativa al 2004 ed il tetto di spesa corrispondente risultano rideterminati come riportato nella tabella che segue:

**Tabella 38 - Tetto della spesa di personale anno 2004\*, ex art. 2, c. 71, l. n. 191/2009 - Regione Marche ed enti sanitari Regione Marche\***

ENTE	TETTO DI PARTENZA 2004	Rev Tab. 12 13 14 COAN	INTEGR. DIR.GEN.	INDENNITA' DE MARIA ANNO 2004	RIMBORSI	CONSULENZE	TOTALE 2004	CESSIONE VALMARECCHIA	TRASFERIMENTO SANTA CROCE	TOTALE NUOVO 2004	TETTO 2004 -1,4%
ASUR MARCHE	680.139	1.456	798				682.393	-6.562	-39.151	636.680	627.766
A.O.U. OSPEDALI RIUNITI ANCONA	142.178		784		-414		142.548			142.548	140.552
A.O. SAN SALVATORE	52.541	2.946					55.487		39.151	94.638	93.313
INRCA	56.740		279	113		117	57.249			57.249	56.448
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>931.598</b>	<b>4.402</b>	<b>1.861</b>	<b>113</b>	<b>-414</b>	<b>117</b>	<b>937.677</b>	<b>-6.562</b>	<b>0</b>	<b>931.115</b>	<b>918.079</b>

Dati in migliaia di euro

Fonte: Nota trasmessa dalla Regione Marche prot. n. 836082 del 19.07.18 - Allegato 1.

Il tetto di spesa di riferimento per l'INRCA, indicato nel questionario nell'importo di 44.896.602 euro, risulta rideterminato nella somma, di importo superiore, pari a 56.448 mila euro.

La spesa di personale dell'Istituto, per l'anno 2016, come rideterminata sulla base del Conto annuale<sup>68</sup>, risulta invece la seguente:

**Tabella 39 - Scheda riepilogativa del costo del personale INRCA - 2016**

	Totale presenti al 31.12.16	Spese per competenz e 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)	di cui derivante da rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004** (7)	Totale al netto dei rinnovi (6) - (7) = (8)
Personale a tempo indeterminato	946	38.375	3.095	10.302	277	52.049	9.033	43.016
Personale a tempo determinato	35	1.316	115	382	10	1.823	-	1.823
Restante personale	19	32	-	-	-	32	-	32
<b>Totale</b>	<b>1.000</b>	<b>39.723</b>	<b>3.210</b>	<b>10.684</b>	<b>287</b>	<b>53.904</b>	<b>9.033</b>	<b>44.871</b>
<i>valori in migliaia di euro</i>	<b>Totale presenti al 31.12.16</b>					<b>Totale rimborsi</b>	<i>di cui derivante da rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004** (7)</i>	<b>Totale rimborsi al netto dei rinnovi</b>
Indennità De Maria	14					305		305
<b>Totale complessivo</b>	<b>1.014</b>					<b>54.209</b>		<b>45.176</b>

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.

<sup>68</sup> Si veda la nota trasmessa dalla Regione Marche, in sede di esame del bilancio d'esercizio 2015 dell'AOU - Ospedali riuniti di Ancona, ed acquisita al prot. n. 3425 del 14.11.17 - Allegato 3 - pag. 5.

Dall'esame dei dati sopra riportati, si desume che l'INRCA ha rispettato il vincolo alla spesa di personale stabilito dall'art. 2, c. 71, l. n. 191/2009, come rideterminato dalla Regione Marche nella tabella precedente (56.448 mila euro), per l'esercizio 2016.

### **2.11.1 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.

### **2.11.2 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 MEF<sup>69</sup> 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)<sup>70</sup> per l'anno 2015, sono stati comunicati al MEF attraverso l'apposito portale (SIVEAS).

---

<sup>69</sup> 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."

<sup>70</sup> Si 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.

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 2015<sup>71</sup>, 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 aveva 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.

---

<sup>71</sup> 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.

**Tabella 40 – 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 per contributi 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
<b>Totale</b>	<b>20.827</b>	<b>687.490</b>	<b>58.492</b>	<b>184.155</b>	<b>3.901</b>	<b>934.038</b>
<i>valori in migliaia di euro</i>						<b>Totale rimborsi</b>
Indennità De Maria	142					3.639
<b>Totale complessivo*</b>	<b>20.969</b>					<b>937.677</b>

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.

La Regione, con nota prot. n. 1189912 del 28 novembre 2017<sup>72</sup>, come successivamente aggiornata con nota prot. n. 836082 del 19 luglio 2018 - Allegato 1, 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 e considerando l'impatto dello scorporo del Presidio Ospedaliero Santa Croce di Fano, sia sulla spesa di personale di ASUR Marche che su quella dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord". La spesa di personale relativa al 2004 ed il tetto di spesa corrispondente risultano rideterminati come riportato nella tabella di cui alla precedente pag. 129.

Il Tavolo di verifica ha dato atto che i dati sopra esposti risultano sostanzialmente in linea con quelli desumibili dal Conto Annuale.

Per l'anno 2016, l'Istituto ha conseguito un livello di costi del personale, calcolato secondo i criteri della circolare Mef n. 9/2006, pari a 35.516.463 euro (rispetto all'obiettivo di 36.540.825 euro), che fa riferimento ai costi del personale sia dei Presidi della Regione Marche che al Polo Scientifico e Tecnologico e all'area dell'Amministrazione, ed è stato calcolato partendo dai valori di Bilancio d'esercizio e non da quelli del Conto annuale, per i quali non è disponibile un importo di riferimento relativo all'anno 2004 - 1,4 per cento. Peraltro, nella logica del confronto omogeneo, i dati presi a riferimento dalla d.g.r. n. 977/2014 (Azione 1 - Riduzione spesa complessiva del personale) erano stati costruiti partendo dai dati del Bilancio d'esercizio e quindi il confronto con lo stesso non poteva che essere fatto in maniera omogenea<sup>73</sup>.

<sup>72</sup> Si veda la Nota trasmessa dalla Regione Marche ed acquisita al prot. n. 3960 del 28.11.17 - Allegato B.

<sup>73</sup> La d.g.r. 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

### 2.11.3 Altre considerazioni sul Costo del personale

Come rilevato in sede di Parifica del Rendiconto regionale 2016, l'INRCA presenta un costo aggregato complessivo del personale, pari a 36.419.837 euro, con un incremento pari a 870.947,00 euro (2 per cento), rispetto all'anno 2015<sup>74</sup> (importo pari a 35.548.890 euro), in linea con quanto previsto dal Piano Occupazionale<sup>75</sup>.

I costi del personale hanno registrato un discreto incremento rispetto all'esercizio precedente, seppur in maniera inferiore, rispetto a quanto preventivato per il mancato completamento del Piano assunzioni marchigiano. Anche in questo ambito, il valore complessivo INRCA è in realtà il frutto algebrico di variazioni diverse, nell'ambito dei diversi Presidi, che sono rappresentate nei diversi sezionali di riferimento ed illustrato nella relazione<sup>76</sup>.

Lo scostamento più significativo si è riscontrato nel ruolo sanitario, determinato: per l'importo di 302.372,00 euro, nel settore della dirigenza medica, per 200.126,00 euro, nel settore della dirigenza non medica e per 322.047,00 euro, nell'ambito del personale del comparto<sup>77</sup>.

Nella Relazione al bilancio 2016, il Collegio Sindacale ha verificato il costo complessivo del personale dell'INRCA, al 31/12/2016, come illustrato nel prospetto che segue:

**Tabella 41 - Andamento costo del personale INRCA al 31/12/2016**

Costi della produzione	2016	2015	Differenza	Diff. %
Costi del personale	49.931.270	49.252.335	678.935	1,38%

Fonte: Relazione del Collegio Sindacale al bilancio d'esercizio dell'INRCA chiuso al 31/12/2016.

Le risorse erogate a titolo di spese di personale per INRCA al 31/12/2016 sono quantificate nella tabella che segue:

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

<sup>74</sup> Si veda la Relazione di Parifica del Rendiconto generale della Regione Marche per l'anno 2016, par. 20.08 pag. 849.

<sup>75</sup> Si veda la Nota integrativa al bilancio d'esercizio 2016, pag. 105\_CP01\_Costi del personale.

<sup>76</sup> Si veda la Nota integrativa al bilancio d'esercizio 2016 INRCA, pag. 146\_Costi del personale.

<sup>77</sup> Si veda la Nota integrativa al bilancio d'esercizio 2016, pag. 105\_CP01\_Costi del personale.

**Tabella 42 - Costo del personale INRCA al 31/12/2016 - pagamenti per codici gestionali**

1103	Competenze a favore del personale a tempo indeterminato, al netto degli arretrati attribuiti	25.572.013,53	25.572.013,53
1104	Arretrati di anni precedenti al personale a tempo indeterminato	615.531,96	615.531,96
1105	Competenze a favore del personale a tempo determinato, al netto degli arretrati attribuiti	993.920,20	993.920,20
1106	Arretrati di anni precedenti al personale a tempo determinato	8.319,92	8.319,92
1203	Altre ritenute al personale per conto di terzi	654.389,52	654.389,52
1204	Ritenute previdenziali e assistenziali al personale a tempo indeterminato	6.276.552,22	6.276.552,22
1205	Ritenute erariali a carico del personale a tempo indeterminato	8.454.641,63	8.454.641,63
1206	Ritenute previdenziali e assistenziali al personale a tempo determinato	280.376,59	280.376,59
1207	Ritenute erariali a carico del personale a tempo determinato	643.224,98	643.224,98
1304	Contributi obbligatori per il personale a tempo indeterminato	7.446.249,05	7.446.249,05
1305	Contributi previdenza complementare per il personale a tempo indeterminato	1.390,64	1.390,64
1306	Contributi obbligatori per il personale a tempo determinato	454.529,15	454.529,15
1307	Contributi previdenza complementare per il personale a tempo determinato	2.212,80	2.212,80
1501	Trattamento di missione e rimborsi spese viaggi	19.302,99	19.302,99
1503	Rimborsi spese per personale comandato	12.727,03	12.727,03
	<b>TOTALE</b>	<b>51.435.382,21</b>	<b>51.435.382,21</b>

Fonte: Prospetti dati SIOPE allegato al Bilancio d'esercizio 2016 INRCA

**Tabella 43 - Costo del personale INRCA al 31/12/2016**

<b>Personale ruolo sanitario</b>	<b>€ 85.741.305,00</b>
Dirigenza	€ 42.366.053,00
<b>Comparto</b>	<b>€ 43.375.252,00</b>
<b>Personale ruolo professionale</b>	<b>€ 384.529,00</b>
Dirigenza	€ 285.194,00
Comparto	€ 99.335,00
<b>Personale ruolo tecnico</b>	<b>€ 10.607.119,00</b>
Dirigenza	€ 0,00
Comparto	€ 10.607.119,00
<b>Personale ruolo amministrativo</b>	<b>€ 4.819.012,00</b>
Dirigenza	€ 448.739,00
Computo	€ 4.370.273,00
<b>Totale generale</b>	<b>€ 101.551.965,00</b>

Dati in euro

Fonte: Relazione del Collegio Sindacale al bilancio d'esercizio dell'INRCA chiuso al 31/12/2016

A seguito della richiesta di chiarimenti in merito alla discordanza riscontrata tra i dati relativi al costo complessivo del personale comunicati dalla regione in sede di Parifica, e quelli relativi al costo del personale di cui alla Relazione del Collegio Sindacale, la Regione Marche, con nota prot. n. 205125 del 19 febbraio 2019, ha risposto che “il costo del personale indicato nella Relazione del Collegio Sindacale, pari a 49.931.270 euro, è quello desunto dal modello CE ed è pari al costo del personale dipendente dei quattro ruoli (sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo) comprensivo degli oneri riflessi, ma al netto dell’IRAP, iscritta nel suddetto modello tra le imposte e tasse.

Il costo del personale indicato in sede di Parifica per l’anno 2016, è relativo al totale dei costi dell’“aggregato personale” comprensivo, oltre che del costo del personale dipendente (comprensivo dell’IRAP), anche del costo del personale non dipendente (consulenze, comandi e contratti) e degli altri costi del personale (formazione, prestazioni aggiuntive, rimborsi spese, trattamenti aggiuntivi del personale universitario)”.

Con successiva nota prot. n. 249712 del 28 febbraio 2019, la regione, ad integrazione della precedente comunicazione sopra riportata, ha trasmesso “un prospetto di riconciliazione del dato, fornito dal Collegio Sindacale (importo relativo al costo dei n. 4 ruoli, desunto dal modello CE, pari a euro 49.931.270), con il dato regionale relativo al costo dell’aggregato personale, pari a euro 54.745.437.

	Costo personale da Modello CE	49.931.270
	Irap Costo personale 4 ruoli	3.209.669
<b>1+2</b>	<b>Costo personale (dirigente + comparto)</b>	<b>53.140.939</b>
	Prestazioni aggiuntive	3.906
	Consulenze a favore di terzi rimborsate	31.125
	Personale in comando	33.359
	Spese formazione (compensi docenti e rimborsi spese)	59.471
	Rimborsi commissioni	1.944
	Altri rimborsi	88.767
<b>3</b>	<b>Altri Costi del personale</b>	<b>218.572</b>
	Rimborsi INAIL	
	Personale comandato presso altri enti	-123.051
<b>4</b>	<b>Rettifica Costi del personale dipendente</b>	<b>-123.051</b>
	Personale non dipendente sanitario	748.026
	Personale non dipendente non sanitario	404.727
	Personale universitario	356.224
<b>5</b>	<b>Personale non dipendente</b>	<b>1.508.977</b>
<b>1+2+3+4+5</b>	<b>Totale Costo Aggregato Personale</b>	<b>54.745.438</b>

Dati in euro

Fonte: Nota della Regione Marche prot. n. 249712 del 28/02/2019

## 2.12 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 di azioni finalizzate a limitare la spesa per il personale, con riferimento al periodo 2014 - 2015<sup>78</sup>. Con riferimento all'anno 2016, l'applicazione di tali disposizioni sopra citate, finalizzata a rientrare nell'obiettivo di spesa ex art. 2, c. 71, l. n. 191/2009 entro il 2020<sup>79</sup>, ha trovato attuazione nell'ambito dei piani

<sup>78</sup> 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

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

<sup>79</sup> 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».

occupazionali annuali e di programmazione triennale del fabbisogno di personale dei singoli enti del SSR.

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 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.

## **2.13 Programmazione del fabbisogno di personale e dotazione organica per l'anno 2016**

L'INRCA ha proceduto alla modifica della dotazione organica dei P.O.R. di Ancona, Fermo, Appignano, Amministrazione, Polo Scientifico Tecnologico e del P.O.R. di Casatenovo nonché all'approvazione del piano occupazionale annuale anno 2015 e del fabbisogno di personale relativo al triennio 2015 – 2016 – 2017 dei suddetti Presidi, con le determine n. 442/DGEN del 30/12/2015<sup>80</sup> e n. 50/DGEN del 03/03/2016<sup>81</sup>, successivamente approvate parzialmente

---

<sup>80</sup> Determina del Direttore Generale n. 442 del 30 dicembre 2015 con oggetto "concernente "Presidi Ospedalieri di Ricerca di Ancona, Fermo, Appignano, Amministrazione, Polo Scientifico Tecnologico "N. Masera" e Casatenovo. Modifiche atti nn. 96 e 98 del 31.03.2015. Approvazione piano occupazionale annuale 2015. Fabbisogno triennio 2015 - 2016 – 2017 e rideterminazione dotazione organica".

<sup>81</sup> Determina del Direttore Generale n. 50 del 3 marzo 2016 con oggetto "Modifica e integrazioni della determina n. 442/DGEN del 30.12.2015".

dalla Regione Marche limitatamente alla parte relativa alle sedi ed ai Presidi ubicati nella Regione Marche ed alla inerente spesa e programmazione<sup>82</sup>.

Con successiva determina n. 166/DGEN del 23/06/2016, è stata ravvisata la necessità di riprogrammare le assunzioni, con conseguente rideterminazione della tempistica delle varie assunzioni già contenute nelle sopra richiamate determinazioni approvate dalla Regione Marche.

Con la sopra citata determina, sono stati inoltre approvati il Piano occupazionale annuale 2016 ed il Fabbisogno triennale 2016 – 2017 – 2018 dei P.O.R. di Ancona, Fermo, Appignano, Amministrazione, Polo Scientifico Tecnologico, del P.O.R. di Casatenovo e del P.O.R. di Cosenza; con medesimo atto, è stata inoltre modificata la dotazione organica ed annullata la determina n. 126/DGEN del 10/05/2016, con la quale era stato trasformato n. 1 posto di Dirigente Medico con specializzazione in Psichiatria in n. 1 posto di Dirigente Medico con specializzazione in Geriatria per l'U.O. Geriatria e Accettazione Geriatrica d'Urgenza.

Trattandosi di una variazione di dotazione organica, con contestuale approvazione del piano occupazionale e del fabbisogno triennale di personale, ai sensi del combinato disposto dell'art. 12, comma 1, della l.r. n. 21/2006 e dell'art. 28, comma 2 della l.r. n. 26/1996 e successive modifiche ed integrazioni, la determina sopra citata è stata inviata al controllo della Regione Marche.

Con d.g.r.m. n. 880 del 01/08/2016, ai sensi del comma 4, art. 28, l.r. n. 26/1996, la Regione ha prorogato di venti giorni il termine del procedimento di controllo previsto dal comma 3 del medesimo articolo, allo scopo di richiedere ulteriori chiarimenti<sup>83</sup> in merito agli aspetti di seguito evidenziati.

---

<sup>82</sup> Con riferimento alla determina n. 442/DGEN del 30/12/2015, con d.g.r.m. n. 109 del 15.02.2016, la Regione Marche, vista la particolare complessità dell'istruttoria, ha deciso di prorogare, ai sensi dell'art. 28, c. 4, l.r. n. 26/1996, di venti giorni in termine del procedimento di controllo previsto dal comma 3 del medesimo articolo di legge.

In tale sede, il Servizio Salute della Regione Marche ha richiesto, per le vie brevi, dei chiarimenti in merito all'atto n. 442/2015 sopra citato.

Alla luce di quanto sopra esposto, l'INRCA ha emanato la determina n. 50/DGEN del 03/03/2016, allo scopo di modificare ed integrare la sopra citata determina n. 442/DGEN del 30/12/2015. Nelle more del termine, come da ultimo prorogato, il Direttore Generale dell'Istituto provvedeva a trasmettere, in data 04.03.2016, la determina n. 50 del 03.03.2016.

Sulla determina sottoposta a controllo, il dirigente della P.F. Organizzazione, Amministrazione del Personale e Scuola regionale di Formazione della Pubblica Amministrazione, con nota prot. n. 9588537 del 04.03.2016, ha espresso il proprio parere.

Con d.g.r.m. n. 290 del 25/03/2016, la Regione ha deliberato di approvare parzialmente la determina n. 442 del 30/12/2015, così come modificata e integrata dalla determina n. 50 del 03/03/2016, del Direttore Generale dell'INRCA, limitatamente alla parte relativa alle sedi e ai Presidi ubicati nella Regione Marche e alla inerente spesa e programmazione.

Si rinvia al Documento istruttorio della Determina n. 50/DGEN del 3/3/2016, oppure alla Delibera n. 26/2018/PRSS della Sezione regionale di controllo Marche, relativa al Rapporto al bilancio INRCA 2015, paragrafo n. 2.12, pagg. 97-101.

<sup>83</sup> Si veda la determina n. 235/2016/DGEN dell'INRCA, Documento istruttorio, pag. 6, in cui si specifica: "Con nota del Servizio Sanità prot. n. 0529417 del 28/07/2016, con la quale la Dirigente della P.F. Controllo Atti e Attività ispettiva Avv. Anna Maria Lelii ha trasmesso le note di richiesta di chiarimenti espresse dai competenti uffici del Servizio Sanità in merito

- Con riferimento alla modifica della dotazione organica, con determina DGEN n. 50/2016, per mero errore materiale, era stato trasformato n. 1 posto di Operatore Professionale Sanitario II Categoria Infermiere Generico Esperto (ruolo sanitario) in n. 1 posto di Operatore Tecnico addetto all'Assistenza (ruolo tecnico); va pertanto ripristinata la situazione precedente.

- Per quanto concerne il rispetto del limite di spesa dei rapporti di lavoro flessibile per l'anno 2016, di cui all'art. 9, comma 28, del d.l. n. 78/2010 e dell'art. 27 della l.r. n. 33/2014 è stato certificato che, con il piano assunzioni proposto, il limite citato viene rispettato tenendo conto del fatto che il superamento del limite del 50 per cento è interamente dovuto ad assunzioni realizzate ai fini di garantire il mantenimento dei LEA, la copertura di situazioni di emergenza-urgenza, ad evitare situazioni di interruzioni di pubblico servizio e per rispettare la normativa europea in materia di orario di lavoro, come peraltro indicato di volta in volta nelle determinazioni di assunzione.

- Per quanto concerne l'informativa alle organizzazioni sindacali, si dà atto degli adempimenti effettuati<sup>84</sup>.

-Per quanto concerne la richiesta di evidenziare gli impatti economici nella produzione, rispetto al piano assunzioni proposto, è stato evidenziato che:

- Una parte del Piano assunzioni deriva dalla necessità di apertura del Reparto di Lungodegenza presso il P.O.R. di Fermo<sup>85</sup>.

---

alla citata determina n. 166/DGEN del 23/06/2016 e più precisamente la nota prot. n. 10128276/ORS\_SGG del 19/07/2016 della Dirigente Responsabile P.F. Organizzazione, Amministrazione del Personale e Scuola regionale di Formazione della P.A. Dott.ssa Daniela Del Bello e la nota prot. n. 7790/ARS/RAO/P del 28/07/2016 del Responsabile del Procedimento A.R.S. P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza Urgenza, Ricerca e Formazione Dott. Giovanni Lagalla;...

<sup>84</sup> Nel Documento istruttorio di cui alla determina n. 235/DGEN del 3/3/2016, pag. 6-7, si specifica che: "Nel corso delle riunioni sindacali del 18/04/2016 con l'area della dirigenza medica dei Presidi marchigiani, del P.O.R. di Casatenovo e del P.O.R. di Cosenza ed in data 26/04/2016 con l'area del comparto e della dirigenza sanitaria, professionale e amministrativa dei Presidi marchigiani, del POR di Casatenovo e del POR di Cosenza, sono state informate le OO.SS. dei contenuti della determina n. 166/2016 quindi anche del piano occupazionale annuale 2016 e del fabbisogno triennale 2016 – 2017 – 2018.

-Con nota prot. n. 1809112016-C del 10/06/2016 si è provveduto ad inoltrare l'informativa alle Organizzazioni Sindacali Provinciali e Aziendali dell'area della Dirigenza Medica di Ancona in ordine all'esigenza di ripristinare n. 1 posto di Dirigente Medico con disciplina in Chirurgia Vascolare.

-Con nota prot. n. 18093/2016-C del 10/06/2016 si è provveduto ad inoltrare l'informativa alle Organizzazioni Sindacali Provinciali e Aziendali dell'area della Dirigenza S.P.T.A. dell'Istituto in ordine alla necessità di procedere alla modifica della dotazione organica trasformando n. 1 posto di Dirigente Chimico in n. 1 posto di Dirigente Psicologo".

<sup>85</sup> Nel Documento istruttorio di cui alla Determina n. 235/DGEN del 3/3/2016, pag. 7, si specifica che: "In particolare, sono stati avviati, alla fine dell'esercizio 2015, n. 20 posti letto in un'operazione sinergica tra le aziende del sistema sanitario regionale considerando che, nell'ambito della d.g.r.m. n. 735/2013, n. 15 di questi posti letto erano stati assegnati all'A.S.U.R. A.V. 4 ed i restanti 5 all'I.N.R.C.A. Peraltro, l'offerta di posti letto di lungodegenza rappresenta una risorsa fondamentale in un territorio, come quello dell'A.S.U.R. A.V. 4, storicamente carente di posti letto post acuti e/o residenziali. L'avvio di questi posti letto aggiuntivi comporterà un incremento di produzione dell'I.N.R.C.A., una volta che l'attività sarà a regime, pari a poco meno di 7.000 giornate di degenza annue per un valore stimabile in una cifra leggermente inferiore a 1 milione di euro. Nel corso del 2016, i valori saranno inferiori per il naturale processo di avviamento delle attività."

- Una seconda parte del piano assunzioni, deriva dalla necessità, già in precedenza più volte segnalata alla Regione Marche (vedi note prot. n. 1893/2014 e n. 9478/2014), di ampliare la dotazione di posti letto nell'ambito dell'area della Geriatria, in quanto indispensabile al fine di poter rispondere alle esigenze della popolazione anziana che si rivolge specificatamente all'INRCA e che necessita di ricoveri ordinari<sup>86</sup>.
- La restante parte del Piano assunzioni fa riferimento alla necessità di procedere ad assunzioni che, in parte, vanno a sostituire le cessazioni, che nel corso dell'anno, si verificheranno e, in parte, vanno ad integrare la dotazione di personale che in questi ultimi anni si è contratta<sup>87</sup>.

In questa logica, considerando il saldo assunzioni/cessazioni previsto, escludendo tra le assunzioni quelle legate alla Lungodegenza e alla Geriatria, il piano assunzioni proposto evidenzia un incremento di 26 unità, di cui 15 direttamente legate all'attività di assistenza (6 Dirigenti Medici, 1 Dirigente delle Professioni Sanitarie, 8 figure del Comparto Sanitario e 2 figure del Comparto tecnico e a compensazione in riduzione di n. 2 Dirigenti Sanitari non Medici). Le restanti 11 figure fanno riferimento alla necessità di recuperare deficit accumulatisi in questi anni (certificati dall'ampio rispetto del parametro economico nazionale) nell'ambito delle strutture di supporto tecnico ed amministrativo, sia ospedaliere che aziendali. Nello specifico, si fa riferimento a: 1 Collaboratore Amministrativo Esperto, 2 Collaboratori Amministrativi, 3 Assistenti Amministrativi, 2 Coadiutori Amministrativi, 2 Collaboratori Tecnici, 1 Assistente Tecnico/Programmatore.

-Nel fabbisogno di personale relativo all'anno 2017, sono state eliminate le figure di n. 1 Dirigente Farmacista e n. 2 Dirigenti Amministrativi, rispetto alla precedente proposta.

---

<sup>86</sup> Nel Documento istruttorio di cui alla Determina n. 235/DGEN del 3/3/2016, pag. 7, si specifica inoltre che: "Per quanto concerne la verifica della coerenza dell'avvio di posti letto aggiuntivi nell'ambito della Geriatria, si fa presente che la d.g.r.m. n. 735/2013 prevede, per l'Istituto, n. 131 posti letto per acuti a fronte di n. 123 attualmente in funzione. Pertanto, gli 8 posti letto in più previsti con tale apertura vanno a colmare questo deficit sulla cui valenza sanitaria si rimanda alle note già evidenziate sopra, con conseguente incremento di produzione dell'I.N.R.C.A., una volta che l'attività sarà a regime, pari a poco meno di 2.900 giornate di degenza annue per un valore stimabile in una cifra intorno a 900 mila euro. Nel corso del 2016, i valori saranno decisamente inferiori in quanto l'avvio è previsto per il mese di settembre".

<sup>87</sup> Nel Documento istruttorio di cui alla Determina n. 235/DGEN del 3/3/2016, pag. 7, si specifica inoltre che: "Una conferma della situazione di partenza dell'I.N.R.C.A. è costituita dal fatto che l'Istituto nel 2015 ha rispettato ampiamente il limite di spesa per il personale ai sensi dell'art. 2, c. 71, della l. n. 191/2009 (costo del 2004 - 1,4%). Nello specifico, tale limite è stato rispettato per quasi 2,7 milioni di euro, rispetto al tetto del costo del personale 2004 - 1,4% di 37,54 milioni di euro. Peraltro, il recupero di personale ipotizzato consentirà un ulteriore incremento della produzione nell'ambito delle attività già esistenti, sia di ricovero che ambulatoriali, stimabile intorno ai 500 mila complessivi a valore annuo. Dunque, anche in questo caso nel 2016 si avrà un incremento ridotto per la necessaria entrata a regime delle nuove attività".

-Infine, è stato preso atto di quanto indicato nella più volte richiamata nota prot. n. 10128276/ORS\_SGG del 19/07/2016, a firma della Dirigente Responsabile P.F. Organizzazione, Amministrazione del Personale e Scuola regionale di Formazione della P.A. Dott.ssa Daniela Del Bello, in merito all'acquisizione di un'unità amministrativa in ambito S.U.A.M. mentre è stato eliminato, dal fabbisogno di personale relativo all'anno 2017, la figura di n. 1 Assistente Amministrativo.

Il Piano assunzione, come sopra descritto, evidenzia una rivisitazione in diminuzione di circa 200 mila euro, rispetto a quanto proposto con la determina n. 166/DGEN/2016, sia come impatto 2016 che come incidenza triennale. A tal proposito, va segnalato che il piano assunzioni proposto non si differenzia in maniera rilevante rispetto a quello dell'Istituto proposto per il triennio 2015-2017 ed approvato dalla Regione Marche (con d.g.r.m. n. 290/2016 del 25/03/2016 che ha approvato le sopra citate determinazioni del Direttore Generale I.N.R.C.A. n. 442/2015 e n. 50/2016, limitatamente ai Presidi Marche).

In effetti, sempre considerando il saldo assunzioni/cessazioni ed escludendo Lungodegenza e Geriatria, non si evidenzia nessuna variazione nell'ultimo piano assunzioni rispetto a quello approvato per l'anno 2016 e per l'anno 2017, con conseguente riproposizione del quadro complessivo sostanzialmente già approvato appena pochi mesi fa, per il biennio 2016-2017.

Non è stato utilizzato il criterio dell'impatto dei rinnovi contrattuali al fine di ridurre l'impatto economico del piano occupazionale, benché debba essere comunque considerato laddove sia necessario valutare l'impatto del piano occupazionale con riferimento al rispetto del tetto finanziario pari al 2004 – 1,4 per cento (tetto ampiamente rispettato dall'Istituto).

Risultano confermate, negli atti di programmazione, le assunzioni dei Dirigenti delle Professioni Sanitarie<sup>88</sup>.

Con determina n. 235/DGEN/2016, sono state inoltre effettuate le seguenti rettifiche:

- per un mero errore, con determina n. 50/DGEN del 03/03/2016, era stato soppresso n. 1 posto di Dirigente Medico in disciplina di Geriatria dell'U.O. Geriatria del P.O.R. di Fermo per il quale era già stato bandito il concorso pubblico e pertanto occorre ripristinare il posto di

---

<sup>88</sup> Nel Documento istruttorio di cui alla determina n. 235/DGEN del 3/3/2016, pag. 8, si specifica che "Vengono confermate nella programmazione le assunzioni dei Dirigenti delle Professioni Sanitarie avendo già in precedenza valutato le alternative indicate nella nota prot. n. 10128276/ORS\_SGG del 19/07/2016 a firma della Dirigente Responsabile P.F. Organizzazione, Amministrazione del Personale e Scuola regionale di Formazione della P.A. Dott.ssa Daniela Del Bello".

Dirigente Medico in disciplina di Geriatria dell'U.O. Geriatria del P.O.R. di Fermo, posti che pertanto diventano 8;

- per un mero refuso, con determina n. 50/DGEN del 03/03/2016, era inserito in diminuzione n. 1 posto di Dirigente Medico di Chirurgia Vascolare che pertanto occorre ripristinare trasformando n. 1 posto di Dirigente Medico di Chirurgia Generale;
- si rende, altresì, necessario trasformare n. 1 posto di Dirigente Chimico vacante in n. 1 posto di Dirigente Psicologo”.

A seguito delle modifiche sopra esposte, l'assetto complessivo della programmazione del fabbisogno di personale e della dotazione organica, per l'INRCA, prevede:

- il Piano occupazionale anno 2016, suddiviso per i Presidi I.N.R.C.A di Ancona, Fermo e Appignano (comprensivo degli allegati relativi ai progetti speciali Lungodegenza e Potenziamento P.P.I.) e Amministrazione e Polo Scientifico Tecnologico "N. Masera", che sostituisce quello di cui all'atto n. 166/2016, e potrà oggetto di revisione a seguito di eventuali nuovi indirizzi della programmazione sanitaria delle Regioni di riferimento nonché di necessità legate a garantire i livelli essenziali di assistenza<sup>89</sup>;
- di modificare, per i motivi di cui in premessa, la determina n. 166/DGEN del 23/06/2016 presentando il fabbisogno di personale relativo agli anni 2016 – 2017 – 2018, suddiviso per i Presidi I.N.R.C.A di Ancona, Fermo e Appignano (comprensivo degli allegati relativi ai progetti speciali Lungodegenza e Potenziamento P.P.I.) e Amministrazione e Polo Scientifico Tecnologico "N. Masera", e potrà essere oggetto di revisione a seguito di eventuali nuovi indirizzi della programmazione sanitaria delle Regioni di riferimento nonché di necessità legate a garantire i livelli essenziali di assistenza<sup>90</sup>;
- oneri aggiuntivi, pari a 1.194.201 euro, per l'anno 2016 (di cui: 1.139.285 euro, per i Presidi di Ancona – Fermo – Appignano e 54.917 euro, per Amministrazione e Polo Scientifico e Tecnologico), oneri aggiuntivi pari a 1.280.343 euro, per l'anno 2017 (di cui: 996.635 euro, per i Presidi di Ancona – Fermo – Appignano e 283.708 euro, per l'Amministrazione ed il Polo Scientifico e Tecnologico) e oneri aggiuntivi pari a 384.083 euro, per l'anno 2018 (di cui: 239.125 euro, per i Presidi di Ancona – Fermo – Appignano, e 144.958 euro, per

<sup>89</sup> Si rinvia all'allegato "A" della determina n. 235/DGEN/2016.

<sup>90</sup> Si rinvia all'allegato "B" della determina n. 235/DGEN/2016.

l'Amministrazione ed il Polo Scientifico e Tecnologico) che rientrano complessivamente nella spesa autorizzata dalle d.g.r.m. n. 977 del 07/08/2014, n. 1440 del 22/12/2014, n. 346 del 28/04/2015, d.g.r.m. n. 1224 del 30/12/2015 che verranno imputati agli appositi conti economici gestioni dei Bilanci di competenza e precisando che tale spesa verrà sostenuta al momento della copertura dei relativi posti;

- di certificare che l'I.N.R.C.A. rispetta nel bilancio 2016 il tetto del costo del personale dell'anno 2004 ridotto del 1,4 per cento, come previsto dall'art. 2, commi 71 e 72, della legge 191/2009, come risultante dall'allegato "A" che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di certificare che, in merito al rispetto del limite di spesa per i rapporti di lavoro flessibile di cui all'art. 9, comma 28, del d.l. 78/2010 e dell'art. 27 della l.r. n. 33/2014, lo stesso viene rispettato tenendo conto che il leggero superamento del parametro di legge (54 per cento, contro il dato della norma nazionale del 50 per cento), deriva dal fatto che tutte le assunzioni a tempo determinato, effettuate nel corso del 2016, hanno fatto riferimento a figure socio assistenziali necessarie al mantenimento dei LEA, alla copertura di situazioni di emergenza/urgenza, ad evitare situazioni di interruzioni di pubblico servizio e per rispettare la normativa europea in materia di orario di lavoro<sup>91</sup>;
- di annullare la determina n. 126/DGEN del 10/05/2016 con la quale era stato trasformato n. 1 posto di Dirigente Medico con specializzazione in Psichiatria in n. 1 posto di Dirigente Medico con specializzazione in Geriatria per l'U.O. Geriatria e Accettazione Geriatrica d'Urgenza;
- di dare atto che il limite massimo complessivo del 50 per cento delle risorse finanziarie disponibili utilizzabili per le procedure di reclutamento di cui al d.p.c.m. 06/03/2015 finalizzate alla riduzione del precariato nel rispetto del reclutamento dall'esterno è pari a 96.330 euro (compresi oneri a carico dell'Istituto, tredicesima e gli incrementi dei fondi contrattuali);
- di approvare il piano di stabilizzazione di cui al d.p.c.m. 06/03/2015<sup>92</sup>;
- di confermare, per i motivi di cui in premessa, la dotazione organica dei Presidi marchigiani, di cui alla determina n. 166/DGEN del 23/06/2016, ripristinando n. 1 posto di Dirigente

<sup>91</sup> Si rinvia all'allegato "C" della determina n. 235/DGEN/2016.

<sup>92</sup> Si rinvia all'allegato "D" della determina n. 235/DGEN/2016.

Medico in disciplina di Geriatria dell'U.O. Geriatria del P.O.R. di Fermo (per il quale era già stato bandito il concorso pubblico) e ripristinando n. 1 posto di Dirigente Medico con disciplina in Chirurgia Vascolare (che per un mero refuso era stato inserito in diminuzione trasformando n. 1 posto di Dirigente Medico di Chirurgia Generale, e infine trasformando n. 1 posto di Dirigente Chimico vacante in n. 1 posto di Dirigente Psicologo)<sup>93</sup>;

- di prendere atto che dette trasformazioni comporteranno una spesa aggiuntiva presunta per l'Istituto pari a 86.730 euro, (compresi oneri a carico dell'Istituto, tredicesima e gli incrementi dei fondi contrattuali) che verranno imputati nel conto 30600000 del Bilancio di competenza a far data dall'effettiva assunzione;
- di precisare che la copertura delle posizioni vacanti sarà effettuata nel rispetto dei vincoli economici annuali stabili dal Budget assegnato all'Istituto nonché da disposizioni nazionali o regionali in materia.

## **2.14 Adempimenti ai sensi dell'art. 2, comma 72, lettere a) e b), della l. n. 191/2009**

Con riferimento all'anno 2016, il Collegio Sindacale ha attestato<sup>94</sup> che l'INRCA ha dato attuazione agli adempimenti di cui all'art. 2, c. 72, lett. a) della l. n. 191/2009<sup>95</sup>, per 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, con particolare riguardo al programma annuale di riduzione della spesa per il personale e conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa.

<sup>93</sup> Si rinvia all'allegato "E" della determina n. 235/DGEN/2016.

<sup>94</sup> Si veda punto 14.3 pag. 27 del questionario al bilancio d'esercizio 2016 - INRCA.

<sup>95</sup> 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 comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa così come rideterminati ai sensi del presente comma".

Non è invece stata adempiuta la norma di legge, con riferimento al punto b), individuazione di 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.

A tal proposito, il Collegio Sindacale ha spiegato che l'INRCA ha adottato la det. n. 291/DGEN del 09/11/2016 avente ad oggetto: "Preso d'atto del parere di congruità della Regione Marche ed approvazione dello schema di organizzazione INRCA in ottemperanza alla DGRM 1219/2014 (Rif. Det. 425/DGEN del 23/12/2015 "Approvazione regolamento di organizzazione". Quanto previsto dalla suddetta determina è stato attuato con determina n. 62/DGEN del 28/02/2017. La riduzione dei fondi invece, pur in assenza di linee guida regionali, è stata operata con determina n.166/DGEN del 14/04/2017."<sup>96</sup>

## 2.15 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.

**Tabella 44 - Rispetto del limite di spesa per il personale ex art. 9, c. 28, d.l. n. 78/2010 - INRCA - 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	58.925.668	50.093.285	50.507.996	51.195.176	86,88%	102,20%	101,36%
Personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa	7.062.533	4.813.798	4.779.374	3.621.384	51,28%	75,23%	75,77%
Personale contratti di formazione lavoro, altri rapporti formativi, somministrazione di lavoro e lavoro accessorio							
Personale comandato (costo del personale in comando meno rimborso del personale comandato come voci del Conto Economico B.2 B.2.4 E B.2.A 15.4 - A.5.B.1, A.5.C.1, A.5.D.1.3)	10.708	3.753,13	0	33.359	311,53%	888,83%	100,00%
Altre prestazioni di lavoro	243.996	67.301	45.254	10.390	4,26%	15,44%	22,96%
<b>Totale costo delle prestazioni di lavoro</b>	<b>66.242.905</b>	<b>54.798.137</b>	<b>55.332.624</b>	<b>54.860.309</b>			

Dati in migliaia di euro

Fonte: Dati relativi al questionario al bilancio di esercizio 2016 compilato dal Collegio Sindacale dell'INRCA

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

<sup>96</sup> Si veda punto 14.3.1 pag. 27 del questionario al bilancio d'esercizio 2016 - INRCA.

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, con riferimento al totale dei Presidi dell'Istituto.

**Tabella 45 - Rispetto del limite di spesa per il personale ex art. 9, c. 28, d.l. n. 78/2010 - INRCA - 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	3.643.938	2.894.406	2.202.890	2.160.909	59%	60%	79%
Personale con contratti di formazione-lavoro, altri rapporti formativi, somministrazione di lavoro e lavoro accessorio	414.263				05	05	05
<b>Totale costo prestazioni di lavoro</b>	<b>4.058.201</b>	<b>2.894.406</b>	<b>2.202.890</b>	<b>2.160.909</b>	53%	54%	71%
di cui costo anno 2016 per assicurare attività di emergenza, urgenza e mantenimento LEA ex art. 27 l.reg. 33/2014				4.854.983			
	4.058.201			885.673	22%		

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

Dall'esame dei dati sopra esposti, si rileva una diminuzione del costo del personale flessibile, per il totale dei Presidi, per circa 41.981 euro, confermato dalla Regione Marche. Di seguito viene riportata la tabella contenente i dati dettagliati riguardanti le assunzioni ai sensi dell'art. 27, l.reg. n. 33/2014, effettuate dall'INRCA nel 2016, a livello complessivo dell'Istituto<sup>97</sup>:

**Tabella 46 - Assunzioni presso l'INRCA al 31/12/2016**

RUOLO SANITARIO	COSTI	UNITA'
Dirigenza Medica	410.250	12
Dirigenza Sanitaria	0	0
Comparto (CPS/Infermiere, CPS/Fisioterapista, OSS/Operatore Socio Sanitario)	864.986	44
<b>Totale</b>	<b>1.275.236</b>	<b>56</b>

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

<sup>97</sup> Si veda la d.g.r. n. 1069/2017, avente ad oggetto: "Controllo atti. L.reg. n. 26/96, art. 28. Determina del Direttore Generale dell'INRCA n. 242 del 26.06.2017, concernente "Adozione bilancio di esercizio 2016". Approvazione del sezionale Regione Marche." - pag. 5.

Il Collegio Sindacale ha precisato inoltre che “nella compilazione della tabella 13, si è interpretata la congiunzione “anche”, indicata nella domanda, come non esclusiva. Pertanto sono comprese nella tabella del Questionario ma non nella tabella inviata in Regione Marche, e da questa alla Corte dei Conti, per il calcolo del rispetto del limite di spesa per il personale ex art. 9, c. 28, d.l. n. 78/2010, le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati, le 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. n. 502/92 e successive modificazioni, le spese per convenzioni con Aziende del Servizio Sanitario Regionale, con Università e per Servizi Scientifici, le spese per il personale comandato e le spese per altre prestazioni di lavoro (indennità di lavoro suppletivo e consulenze spot). Nel foglio di lavoro “Annotazione 2” è stata rappresentata una tabella di raccordo tra i due dati. Si segnala infine che nella tabella 13, il rimborso di cui al conto A.5.C.1 per l’anno 2016 relativo al personale comandato, pari ad euro 123.051,07, è stato sottratto dalla voce personale dipendente a tempo indeterminato in quanto la relativa cella non consente l’inserimento del valore negativo”<sup>98</sup>.

La tabella di raccordo sopra citata espone i dati di seguito indicati:

**Tabella 47 - Rispetto dei limiti di spesa per il personale ai sensi dell’art. 9 c. 28 d.l. 78/2010 - INRCA - anno 2016**

TIPOLOGIA	Anno 2016
Personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa	2.160.909
personale con contratti di formazione lavoro altri rapporti formativi somministrazione di lavoro e lavoro accessorio	
<b>Totale costo prestazioni di lavoro</b>	<b>2.160.909</b>
<b>TABELLA QUESTIONARIO PAG. 26</b>	
Personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa	3.621.384
Personale comandato	33.359
Altre prestazioni di lavoro	10.390
<b>TOTALE</b>	<b>3.665.133</b>
<b>DIFFERENZIALE TABELLA QUESTIONARIO - TABELLA RISPETTO DEI LIMITI</b>	<b>1.504.224</b>
<b>Voci considerate nella tabella Questionario pag. 26 da escludere per il confronto</b>	
Personale comandato	- 33.359
Altre prestazioni di lavoro (indennità suppletive e consulenze spot)	- 10.390
Spese Convenzioni di lavoro sanitarie Aziende SSR	- 171.321

<sup>98</sup> Si veda pag. “Annotazioni 1” pag. 26 domanda 13, del questionario al bilancio d’esercizio 2016 - INRCA.

Spese Convenzioni di lavoro sanitarie Università	-	356.224
Spese Convenzioni per servizi scientifici	-	18.898
Spese con contratti di collaborazione coordinata e continuativa a carico di finanziamenti comunitari o privati e/o per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12-bis del d.lgs. 502/92 e successive modificazioni	-	914.031
Convenzioni per assist. inferm. ed altre		
IRAP Personale TD non compresa nella tabella Rispetto dei limiti		
<b>SUB TOTALE</b>	-	<b>1.504.224</b>

Fonte: Relazione al Bilancio di esercizio 2016 dell'INRCA.

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

Il Collegio Sindacale ha attestato<sup>99</sup> che l'Istituto si è avvalso della possibilità, ai sensi dell'art. 1, c. 543, l. n. 208/2015<sup>100</sup>, di indire procedure straordinarie per l'assunzione di personale medico, 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.

In particolare, sono stati stipulati nuovi contratti di lavoro flessibile in deroga ai limiti ex art. 9, c. 28, d.l. n. 78/2010, ai sensi della l.r. Marche n. 33/2014, per personale medico, infermieristico e O.S.S. allo scopo di garantire l'erogazione dei LEA e per evitare situazioni di interruzione di pubblico servizio<sup>101</sup>.

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

<sup>99</sup> Si veda punto 13.3 pag. 26 del questionario al bilancio d'esercizio 2016 - INRCA.

<sup>100</sup> 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".

<sup>101</sup> Si veda punto 13.4 pag. 26 del questionario al bilancio d'esercizio 2016 - INRCA.

l'andamento del costo del personale a tempo determinato attraverso le rilevazioni trimestrali dei CE.

Con riferimento al rispetto del limite di spesa in oggetto, l'Istituto ha dichiarato, con determina n. 235/DGEN/2016, che lo stesso viene rispettato, pur tenendo conto che il leggero superamento del parametro di legge (54 per cento, contro il dato della norma nazionale del 50 per cento), deriva dal fatto che tutte le assunzioni a tempo determinato, effettuate nel corso del 2016, hanno fatto riferimento a figure socio assistenziali necessarie al mantenimento dei LEA, alla copertura di situazioni di emergenza/urgenza, ad evitare situazioni di interruzioni di pubblico servizio e per rispettare la normativa europea in materia di orario di lavoro<sup>102</sup>.

**La Sezione raccomanda all'INRCA 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 determine di assunzione del personale, la loro finalizzazione all'emergenza-urgenza o alla garanzia dei LEA.**

## **2.16 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 personale<sup>103</sup>.

## **2.17 La problematica 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

<sup>102</sup> Si rinvia all'allegato "C" della determina n. 50/DGEN/2016.

<sup>103</sup> Si veda punto 13.1 pag. 26 del questionario al bilancio d'esercizio 2016 - INRCA.

ricorso al contratto a tempo determinato nel settore del pubblico impiego<sup>104</sup>, non soltanto con riferimento al 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)<sup>105</sup>, 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. 06.03.2015<sup>106</sup>.

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. n. 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

---

<sup>104</sup> "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 precari della scuola ad essere stabilizzati, ove ricorrano le condizioni, salvo il diritto ulteriore al risarcimento derivante dai continui rinnovi."

<sup>105</sup> Il d.p.c.m. 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.

<sup>106</sup> 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.

precariato nel rispetto del reclutamento dall'esterno<sup>107</sup>.

Con riferimento all'INRCA, si rileva che l'Istituto, con determina n. 235/DGEN del 14 settembre 2016, avente ad oggetto "Modifica ed integrazioni della determina n. 166/DGEN del 23/06/2016", ha provveduto ad approvare un piano di stabilizzazione di cui al d.p.c.m. 06/03/2015, del personale precario, con riguardo all'esercizio 2016, come meglio specificato nell'allegato "D" di cui alla determina succitata, di cui si riporta di seguito il prospetto:

**Tabella 48 - Piano di stabilizzazione del personale INRCA - anno 2016**

AZIENDA / AREA VASTA:	I.N.R.C.A.	
PIANO STABILIZZAZIONE E RIDUZIONE LAVORO FLESSIBILE ANNO 2016		
Categorie e profili	UNITA' DI PERSONALE	COSTI STABILIZZAZIONE
Dirigenti medici		-
Dirigenti veterinari		
Dirigenti sanitari		
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Coli. Pr. San. Inf./Ost./Inf. Ped. D		
Coll. Pr. San. Tec. Sanitari D		
Coll. Pr. San. Pers.Riabilitaz. D		
Coll. Pr.San .Pers.Vig.Isp/ Ass. San. D		
Puericultrice Bs		
<b>TOTALE RUOLO SANITARIO</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Coll. Tecnico Profess. Ass. Sociale D		
Coll. Tecnico Profess. D		
Assistenti Tecnici/Programmatore C		
OT Spec. BS		
Op. Tecnico B		
Op. Socio-Sanitario Bs	3	96.330
O.T.A. B		
Aus. Spec.Socio Ass./Tec.Ec. A		
<b>TOTALE RUOLO TECNICO</b>	<b>3</b>	<b>96.330</b>
Coll. Amministrativo Profess. D		
Assistente Amm.vo C		
Coadiutore Amm.vo B		
Commesso A		
<b>TOTALE RUOLO AMM.VO</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>TOTALE AREA COMPARTO</b>	<b>3</b>	<b>96.330</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>3</b>	<b>96.330</b>

I costi sopra illustrati comprendono la tredicesima mensilità, gli oneri a carico dell'Ente e la quota del fondo.

Fonte: Determina INRCA n. 235/DGEN del 14/09/2016 - Allegato "D"

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

<sup>107</sup> 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. n. 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; ...".

## 2.18 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 2003/88<sup>108</sup>, sembra orientata a garantire la tutela di un diritto fondamentale, come quello ad usufruire delle ferie, l'ARAN<sup>109</sup> sostiene la piena efficacia della nuova disciplina nei confronti di tutte le pubbliche amministrazioni. La Funzione Pubblica<sup>110</sup> ed il Ministero dell'economia e

<sup>108</sup> 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.

<sup>109</sup> 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, 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.

<sup>110</sup> 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.

delle finanze<sup>111</sup> 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 2013<sup>112</sup>, che dal TAR della Regione Campania<sup>113</sup>.

Con d.g.r. 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 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"<sup>114</sup>.

Con riferimento all'INRCA, per l'anno 2016, l'Istituto non ha proceduto ad effettuare la contabilizzazione per il rateo ferie maturate ma non godute in quanto non consentito dalla

---

<sup>111</sup> 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.

<sup>112</sup> 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.

<sup>113</sup> 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.

<sup>114</sup> 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).

normativa emanata in materia, come del resto già avvenuto negli esercizi precedenti<sup>115</sup>.  
L'importo del costo annuo al 31/12/2016, risulta come esposto nel prospetto che segue<sup>116</sup>:

**Tabella 49 - Prospetto delle ferie maturate non godute INRCA - anno 2016**

Anno	n. giorni	Costo totale lordo	IRAP Cassa pensione +INAIL	Totale complessivo
2016	9.722	1.140.984,86	383.843,24	1.524.828,20
2015	14.640	1.710.886	576.582	2.287.468

Fonte: Nota integrativa al Bilancio d'esercizio dell'INRCA 2016

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

Dall'esame dei dati sopra riportati, si evidenzia un generale decremento della spesa e delle giornate relative alle ferie non godute a livello annuo, rispetto al 2015.

## **2.19 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, 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'Istituto, il Collegio dei revisori ha attestato che:

- a) gli oneri relativi alla contrattazione integrativa sono iscritti nel 2016 per complessivi euro 10.992.050;

<sup>115</sup> Si veda la Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016 (pag. 24).

<sup>116</sup> Si veda il prospetto allegato al bilancio d'esercizio INRCA 2016 di cui alle pagg.200-201.

- 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. n. 165/2001<sup>117</sup>.
- 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. n. 78/2010.

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.

---

<sup>117</sup> L'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'INRCA, 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'Istituto al 31/12/2016, riportata nel questionario compilato dall'organo di revisione, è sintetizzata dai valori, desumibili dalla determina del Direttore Generale n. 242 del 26 giugno 2017, con la quale l'INRCA ha adottato il bilancio di esercizio 2016.

La determina sopra citata è stata poi approvata dalla Regione Marche con d.g.r.m. n. 1069 del 19 settembre 2017, sebbene sia ivi specificato che l'approvazione del bilancio d'esercizio dell'Istituto si riferisce soltanto al sezionale Marche.

Nel questionario, l'Organo di revisione ha attestato che i dati di bilancio, indicati nel prospetto di Stato patrimoniale, concordano con i corrispondenti valori inseriti nel modello S.P., allegato alla N.I., previsto dal d. lgs. n. 118/2011<sup>118</sup>.

Nella Relazione al Bilancio, il Collegio Sindacale ha attestato che la situazione patrimoniale dell'INRCA al 31/12/2016 corrisponde a quella di seguito esposta<sup>119</sup>:

**Tabella 50 - Situazione patrimoniale INRCA al 31/12/2016**

<b>ATTIVO</b>	
DESCRIZIONE	Dati 2016
IMMOBILIZZAZIONI	36.762.344,98
ATTIVO CIRCOLANTE	51.434.708,10
RATEI E RISCONTI ATTIVI	1.100.075,15
CONTI D'ORDINE	=====
<b>TOTALE ATTIVO</b>	<b>89.297.128,25</b>

<sup>118</sup>Si veda il punto 1 della "Parte Terza - Stato Patrimoniale - Attività" del questionario sopra citato.

<sup>119</sup> Si veda la Relazione del Collegio Sindacale al bilancio d'esercizio 2016 dell'INRCA, come da verbale di riunione n. 13 del 27/07/2017, pagg.6/7.

**PASSIVO**

DESCRIZIONE	Dati 2016
PATRIMONIO NETTO	31.264.221,35
FONDI PER RISCHI E ONERI	14.615.266,40
TRATTAMENTO FINE RAPPORTO	0
DEBITI	43.227.505,70
RATEI E RISCONTI PASSIVI	190.137,80
CONTI D'ORDINE	=====
<b>TOTALE PASSIVO</b>	<b>89.297.128,25</b>

Fonte: Determina n. 242 del 26/06/2017 - Bilancio di esercizio dell'INRCA anno 2016

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

Si rileva la presenza dei Conti d'ordine per un importo pari a zero.

**3.2 Stato patrimoniale riclassificato**

La situazione patrimoniale dell'INRCA al 31/12/2016, riclassificata secondo lo schema di cui al questionario trasmesso dal Collegio Sindacale, è il seguente:

**Tabella 51 - Stato patrimoniale riclassificato INRCA al 31/12/2016**

ATTIVO	Dati in euro	PASSIVO	Dati in euro
<b>Attivo fisso netto</b>	<b>52.507.662</b>	<b>Patrimonio netto</b>	<b>31.264.221</b>
<b>Immobilizzazioni:</b>	<b>52.507.662</b>	<b>Fondo di dotazione</b>	<b>21.164.336</b>
Immateriali nette	1.283.267	Finanziamenti per investimenti	18.740.683
Materiali nette	35.479.079	Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti	1.131.491
Titoli e partecipazioni a m/1 termine	0	Altre riserve	444.964
Crediti a m/1 termine	15.745.316	Contributi per ripiano perdite	8.713.514
<b>Attivo a breve</b>	<b>35.689.393</b>	Utili (perdite) portati a nuovo	-17.968.504
Rimanenze	1.361.281	<b>Utile (perdita) d'esercizio</b>	<b>-962.263</b>
Crediti a breve termine	21.067.228	<b>Passività a medio - lungo termine</b>	<b>32.398.652</b>
Titoli e partecipazioni a breve termine	0	Debiti (scadenti oltre i 12 mesi)	17.783.385
Disponibilità liquide	13.260.884	<b>TFR</b>	<b>0</b>
<b>Ratei e risconti attivi</b>	<b>1.100.075</b>	<b>Fondi rischi e oneri (a m/1 termine)</b>	<b>14.615.267</b>
		<b>Passività a breve termine</b>	<b>25.444.122</b>
		Debiti (scadenti entro i 12 mesi)	25.444.122
		Fondi rischi e oneri (a breve termine)	0
<b>Totale Attivo</b>	<b>89.297.130</b>	<b>Ratei e risconti passivi</b>	<b>190.135</b>
		<b>Totale Passivo</b>	<b>89.297.130</b>

Fonte: Dati relativi al questionario al bilancio di esercizio 2016 compilato dal Collegio Sindacale dell'INRCA

I valori sopra esposti trovano corrispondenza nel prospetto di Stato patrimoniale contenuto nella relazione del Collegio Sindacale<sup>120</sup>.

Dall'esame dei dati sopra esposti, si rileva, rispetto all'esercizio 2015<sup>121</sup>, un incremento del saldo complessivo patrimoniale (attivo e passivo) pari a 4.942.747 euro (5,86 per cento in meno rispetto al saldo 2015: 84.354.381 euro). Tale variazione è stata determinata dall'incremento delle principali poste dell'attivo patrimoniale, sia a breve (Attivo circolante), per complessivi 5.282.069 euro (11,44 per cento rispetto al corrispondente saldo 2015: 46.152.639 euro), che fisso (immobilizzazioni immateriali e materiali nette), per l'importo di 227.470 euro (pari allo 0,61 per cento del corrispondente saldo del 2015: 36.540.875 euro); mentre per la parte del passivo patrimoniale, risultano determinanti l'aumento della consistenza sia del Patrimonio netto, pari a 1.466.312 euro (4,92 per cento rispetto al saldo 2015: 29.797.909 euro) che delle Passività (Fondi rischi e oneri e debiti a breve termine), pari a 3.593.308 euro (6,21 per cento rispetto al saldo 2015: 54.249.464 euro).

L'andamento nella consistenza dei saldi patrimoniali sopra citati è confermato anche nella Relazione al bilancio d'esercizio 2016 del Collegio Sindacale dell'Istituto, dalla quale si riportano di seguito i dati riassuntivi del bilancio al 31/12/2016, confrontati con i dati dell'esercizio precedente:

**Tabella 52 - Dati riassuntivi Stato patrimoniale INRCA - biennio 2015-2016**

Stato Patrimoniale	Anno 2016	Anno 2015	Differenza	Diff%
Immobilizzazioni	36.762.345	36.540.875	221.470	0,61%
Attivo circolante	51.434.708	46.152.639	5.282.069	11,44%
Ratei e risconti	1.100.075	1.660.868	-560.793	-33,77%
<b>Totale Attivo</b>	<b>89.297.128</b>	<b>84.354.381</b>	<b>4.942.747</b>	<b>5,86%</b>
Conti d'ordine				
Patrimonio Netto	31.264.221	29.797.909	1.466.312	4,92%
Fondi	14.615.266	14.118.267	496.999	3,52%
T.F.R.	0	0	0	
Debiti	43.227.506	40.131.197	3.096.309	7,72%
Ratei e risconti	190.135	307008	<b>-116.873</b>	<b>-38,07%</b>
<b>Totale Passivo</b>	<b>89.297.128</b>	<b>84.354.381</b>	<b>4.942.747</b>	<b>5,86%</b>
Conti d'ordine				

Fonte: Relazione del Collegio Sindacale al bilancio di esercizio 2016 dell'INRCA (verbale n. 13 del 27.07.2017)

<sup>120</sup> Si veda la Relazione del Collegio Sindacale al bilancio di esercizio 2016 (verbale n. 13 del 27.07.2017), pag. 5 dell'INRCA.

<sup>121</sup> Si veda il Questionario Enti del SSN - Sezione Autonomie - dell'INRCA, pag. 37.

### 3.3 Gli ammortamenti

#### 3.3.1 Disciplina generale ex art. 29, comma 1, lett. b), del d.lgs. n. 118/2011<sup>122</sup>

Il Collegio Sindacale ha attestato che le immobilizzazioni, eccezion fatta per quelle acquisite nell'esercizio 2016 utilizzando i contributi in conto esercizio, sono state ammortizzate applicando i coefficienti previsti dall'Allegato 3 del d.lgs. n. 118/2011<sup>123</sup> e s.m.i., nonché dai successivi decreti ministeriali di attuazione<sup>124</sup>.

Unica eccezione è per l'edificio adibito ad attività istituzionale di Casatenovo<sup>125</sup> a cui è stata applicata l'aliquota diversa da disposizione della Regione Lombardia come di seguito esposto:

Edifici: 3% (eccetto per Casatenovo - Lombardia 6,5%);

Impianti e macchinari: 12,5%;

Attrezzature sanitarie: 20%;

Mobili e arredi: 12,5%;

Automezzi: 25%;

Altri beni materiali: 20%.

Ai sensi dell'art. 29, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 118/2011<sup>126</sup>, le immobilizzazioni acquistate nel 2016 utilizzando i contributi in conto esercizio sono state anch'esse state ammortizzate sulla base di

<sup>122</sup> 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".

<sup>123</sup> Si veda domanda di cui al punto 3.4 pag. 38 del questionario al bilancio di esercizio 2016 dell'INRCA.

<sup>124</sup> Si veda "Annotazioni1" domanda di cui al punto 3.4 pag. 38 del questionario al bilancio di esercizio 2016 dell'INRCA: "Come indicato in nota integrativa a pag. 42, l'aliquota utilizzata per gli edifici del por di Casatenovo si discosta dall'aliquota indicata dall'allegato 3 del d.lgs. 118/2011 come da specifica disposizione della Regione Lombardia".

<sup>125</sup> Si veda la Relazione del Collegio Sindacale al bilancio di esercizio 2016 (verbale n. 13 del 27.07.2017), pagg.12-13 dell'INRCA.

<sup>126</sup> 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 è 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

coefficienti previsti dall'Allegato 3 del d.lgs. n. 118/2011, provvedendo però nel contempo a stornare dal conto esercizio al conto capitale la quota di contributo utilizzato<sup>127</sup>.

Le immobilizzazioni, sia materiali che immateriali, sono iscritte al costo di acquisto o di produzione inclusi i costi accessori e l'IVA indetraibile e rettificata dai corrispondenti fondi di ammortamento e sono esposte in bilancio al netto dei relativi fondi di ammortamento.

I costi di manutenzione e riparazione che non rivestono carattere incrementativo del valore e/o della funzionalità dei beni sono addebitati al conto economico dell'esercizio in cui sono sostenuti. Le spese di manutenzione e riparazione aventi natura incrementativa sono imputate all'attivo patrimoniale e, successivamente, ammortizzate.

Le immobilizzazioni che, alla fine dell'esercizio, presentano un valore durevolmente inferiore rispetto al residuo costo da ammortizzare vengono iscritte a tale minor valore. Questo non viene mantenuto se negli esercizi successivi vengono meno le ragioni della svalutazione effettuata.

Le immobilizzazioni materiali detenute in base a contratti di leasing finanziario vengono contabilizzate secondo quanto previsto dalla vigente normativa italiana, la quale prevede l'addebito a conto economico per competenza dei canoni, l'indicazione dell'impegno per canoni a scadere nei conti d'ordine e l'inserimento del cespite tra le immobilizzazioni solo all'atto del riscatto.

Il Collegio Sindacale ha proceduto ad effettuare una verifica a campione della corretta applicazione delle aliquote dal libro cespiti fornito dall'Istituto e ha riscontrato la coincidenza dei valori delle immobilizzazioni iscritte in bilancio con quelli presenti nel riepilogo del libro cespiti.

I cespiti acquistati con **contributi in conto esercizio** sono stati ammortizzati in base alle percentuali di ammortamento previste dall'Allegato 3 del d. lgs. n. 118/2011 e s.m.i.

In base alla lett. d) della d.g.r. n. 421 del 28/04/2017, ai sensi dell'art. 29 comma 1 lett. b) del d. lgs. n. 118/2011 e come esplicitato dal decreto del Ministero della Salute del 17/09/2012, l'importo degli investimenti effettuati con risorse correnti nel corso dell'anno 2016 va iscritto

---

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;"

<sup>127</sup> Si veda la domanda di cui al punto 3.4.2 - lettera b) pag. 38 del questionario al bilancio di esercizio 2016 dell'INRCA.

alla voce "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti" con contropartita la voce del Patrimonio netto denominata "Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in c/esercizio".

Il contributo **in conto esercizio per destinazione ad investimenti** viene imputato quale voce rettificativa dei ricavi, (voce A2) del Conto economico "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti", con contropartita la voce del patrimonio netto che dovrà essere utilizzata per la sterilizzazione degli ammortamenti. Per l'anno 2016, la voce "Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti" ammonta a 2.241.652 euro.

Per le immobilizzazioni acquisite con **contributi in conto capitale per investimenti**, così come previsto dall'art. 29 del d. lgs. n. 118/2011, l'Istituto provvede ad imputare al Conto economico, all'interno del valore della produzione, le quote di contributi per un importo pari agli ammortamenti relativi agli investimenti oggetto di agevolazione (cosiddetto metodo della "sterilizzazione"). Per l'anno 2016, la voce "Quota contributi in conto capitale imputata all'esercizio" ammonta a 3.141.339 euro (voce A7).

Relativamente all'immobile di Via della Montagnola, nel quale viene esercitata l'attività, pur se destinato alla dismissione, l'Istituto ha proseguito nell'ammortamento, senza procedere alla sua sterilizzazione, seppur in presenza di rilevazione costante degli stessi, anche nel 2016 (per la quota parte riferita al valore dell'immobile al momento della collocazione tra i beni indisponibili - anno 2009), seppur lo stesso fosse impiegato per lo svolgimento dell'attività istituzionale sanitaria, e lasciando il relativo costo quindi a carico del bilancio aziendale, così come indicato nella Circolare della Regione Marche n. 531549 del 18/09/2009.

Infine, in relazione a tale immobile, l'Istituto ha proceduto ad effettuare in modo forfettario lo scorporo del valore del terreno valutandolo al costo di acquisto del fabbricato per un valore pari a 2.477.477 euro ed è stato classificato tra i terreni indisponibili.

Riguardo all'applicazione dell'OIC 16 che prevede la procedura di scorporo del terreno da quello del fabbricato sul quale l'immobile insiste, si fa presente che in sede di bilancio 2016, in mancanza di una perizia tecnico-estimativa del Por di Ancona, si è ritenuto di procedere allo scorporo del terreno dal relativo fabbricato valutando lo stesso su base forfettaria, secondo quanto prevede l'art. 36, comma 7, del d.l. 4 luglio 2006, n. 223<sup>128</sup>.

---

<sup>128</sup> La norma sopra citata prevede che: "Ai fini del calcolo delle quote di ammortamento deducibili, il costo complessivo dei fabbricati strumentali è assunto al netto del costo delle aree occupate dalla costruzione e di quelle che ne costituiscono pertinenza. Il costo da attribuire alle predette aree, ove non autonomamente acquistate in precedenza, è quantificato in misura

In particolare, essendo il Por di Ancona considerato come fabbricato industriale, il relativo terreno è stato valutato al 30 per cento del costo d'acquisto del fabbricato, pari ad un valore di 2.477.477 euro, ed è stato classificato tra i terreni indisponibili in quanto sullo stesso insiste il fabbricato della Montagnola attualmente utilizzato per l'attività istituzionale sanitaria.

In ordine alle immobilizzazioni il Collegio Sindacale ha riscontrato la coincidenza dei valori iscritti in bilancio con il riepilogo del libro cespiti.

Nella Relazione al bilancio d'esercizio 2016, l'Organo di revisione ha rappresentato che gli ammortamenti relativi alle immobilizzazioni aziendali ammontano complessivamente a 3.581.656,00 euro, in aumento dell'8,52 per cento rispetto al 2015, come esposto nella tabella di seguito riportata:

**Tabella 53 - Ammortamenti delle immobilizzazioni - bilancio INRCA - Biennio 2015-2016**

	2015	2016	Differenza 2015-2016	Variazione 2015/2016 %
<b>Ammortamenti</b>	3.300.370,00	3.581.656	281.286	8,52%

Fonte: Relazione al bilancio d'esercizio 2016 del Collegio Sindacale dell'INRCA

### 3.4 I contributi in conto esercizio

Il valore complessivo dei contributi in conto esercizio dalla Regione relativi al riparto del Fondo Sanitario Indistinto è illustrato nella seguente tabella<sup>129</sup>:

**Tabella 54 - Contributi in conto esercizio INRCA 2016**

Regione	Altro
Regione Marche (Decreto n. 421/2017)	23.379.812,00
Regione Lombardia (D. n. 5650/2017)	0,00
Regione Calabria (D. n. 74/2017)	2.498.823,00
<b>Totale</b>	<b>25.878.623,00</b>

Fonte: Bilancio d'esercizio INRCA 2016 - Allegati alla Determina n. 242 del 26.06.17, pag. 95.

I contributi in conto esercizio relativi all'anno 2016, erogati a titolo di quota Fondo sanitario nazionale indistinto ammontano complessivamente a 25.878.623,00 euro, di cui:

- 23.379.812,00 euro dalla Regione Marche;
- 2.498.823,00 dalla Regione Calabria;

pari al maggior valore tra quello esposto in bilancio nell'anno di acquisto e quello corrispondente al 20 per cento e, per i fabbricati industriali, al 30 per cento del costo complessivo stesso. Per fabbricati industriali si intendono quelli destinati alla produzione o trasformazione di beni".

<sup>129</sup> Si veda Bilancio d'esercizio INRCA 2016 - Allegati alla Determina n. 242 del 26.06.17, pag. 91.

- la Regione Lombardia non ha erogato tali contributi nel 2016.

Rispetto al 2015, il decremento dei contributi erogati dalla Regione deriva sia dal diversificato comportamento delle Regioni in cui insistono i Presidi INRCA sia dal nuovo trattamento contabile dell'area della ricerca finalizzata in seguito all'applicazione del decreto legislativo n. 118/2011. Peraltro, tale voce rappresenta il saldo algebrico non soltanto tra incrementi e decrementi accaduti tra il 2016 e il 2015, ma anche tra il consuntivo e il preventivo relativamente al riconoscimento dell'attività erogata<sup>130</sup>.

Per la Regione Marche, il relativo meccanismo di budgeting ha consentito di individuare tale voce a livello residuale<sup>131</sup>, una volta garantito il rispetto del Budget assegnato in termini di costo.

Per il Por di Casatenovo, tale voce si è azzerata grazie all'ampliamento del tetto di produzione (sia per ricovero che ambulatoriale) riconosciuto dall'Ats della Brianza che ha consentito al Presidio di poter raggiungere l'equilibrio economico attraverso la valorizzazione della produzione erogata, a differenza degli anni precedenti in cui la maggiore produzione non veniva riconosciuta e ciò costringeva la Regione Lombardia ad intervenire con una maggiore assegnazione di contributi in conto esercizio

Per il Por di Cosenza, il livello di finanziamento regionale, pari a 6,982 milioni di euro, è stato più alto rispetto al 2015. La sua distribuzione per conto economico, al pari di quanto accade per la Regione Marche, dipende dall'effettivo riconoscimento che la Regione Calabria ha attribuito ai ricavi per prestazioni sanitarie (di ricovero ed ambulatoriali) e conseguentemente, in via residuale, alla voce contributi.

---

<sup>130</sup> Si veda bilancio d'esercizio INRCA 2016 - Allegati alla Determina n. 242 del 26.06.17, pag. 24-25 "In applicazione del D. Lgs. n. 118/2011, è stato modificato già nell'esercizio 2012 il criterio di contabilizzazione dei progetti di ricerca in corso. Fino al 2011 il criterio utilizzato era quella della Commessa completata (documento n. 23 CND CER) in base al quale i costi ed i ricavi della singola ricerca finalizzata venivano contabilizzati come se questa fosse un progetto di Contabilità Industriale registrando costi e ricavi solo al termine del progetto di ricerca, provvedendo alla sospensione dei costi durante lo svolgimento dello stesso. In detta modalità, i finanziamenti che venivano erogati all'Istituto erano registrati come acconti e non come ricavi. Il numero rilevante delle commesse/progetti aperti al 31/12/2012 e la difficoltà di armonizzazione dei dati di credito con i soggetti finanziatori, ha fatto ritenere opportuno di applicare il D. Lgs. 118/11 ai progetti di ricerca avviati nel 2012, in accordo con la Regione Marche (ente deputato all'approvazione del bilancio). Per essi, dunque, si è provveduto a registrare l'intero valore di ricavo attestato negli atti aziendali di accettazione dei contributi e ad accantonare la quota non utilizzata nello specifico Fondo individuato dal D. Lgs. citato. Per le commesse avviate negli anni 2011 e precedenti (pari a 13 progetti al 31/12/2016), ma ancora aperte alla data di redazione del presente bilancio, si è mantenuto il criterio precedente. Nel corso del tempo, via via che le commesse/ricerche saranno completate il valore dei costi sospesi e registrati tra i Risconti verrà azzerato e per tutti i progetti di ricerca futuri si opererà con l'accantonamento della quota inutilizzata e la registrazione dell'intero ricavo nel primo anno amministrativo del progetto."

<sup>131</sup> Si veda Bilancio d'esercizio INRCA 2016 - Allegati alla Determina n. 242 del 26.06.17, pag.312, in cui si precisa che "Dal lato dei ricavi si osserva che la valorizzazione dei ricavi per ricoveri e attività ambulatoriali è stata fatta seguendo le indicazioni regionali e la voce contributi in c/esercizio rappresenta il valore residuale per arrivare alla cifra complessivamente assegnata".

Le variazioni nell'area dei "Contributi in c/esercizio" si presentano in diminuzione nel 2016, rispetto al 2015, per gli effetti derivanti dalle dinamiche dell'incremento dei valori della produzione già citati unitamente al decremento della rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti. Tale variazione è ancora più ampia rispetto al bilancio preventivo 2016 perché in quest'ultimo si era ipotizzato un livello di costi complessivo più alto rispetto a quelli effettivamente sostenuti per effetto soprattutto della riduzione straordinaria della quota parte dei costi generali aziendali.

Tra i contributi in conto esercizio, si rilevano anche le tipologie di seguito elencate.

**I Contributi in conto esercizio per ricerca finalizzata:** nell'esercizio 2016, hanno registrato variazioni significative. In applicazione del d. lgs. n. 118/11, si provvede a registrare l'intero valore di ricavo attestato negli atti aziendali di accettazione dei contributi, nell'anno di assegnazione degli stessi e ad accantonare la quota non utilizzata nello specifico Fondo individuato dal decreto legislativo sopra citato. Per quanto riguarda l'anno 2016, si sono avviati n. 14 progetti di ricerca per un totale di 4.073.245,10 euro ed accantonate quote non utilizzate pari a 4.045.617,68 euro.

**I Contributi in conto esercizio per ricerca corrente:** hanno registrato un valore pari a 1.434.506,67 euro, in diminuzione rispetto all'anno precedente del 32 per cento circa, confermando la tendenza consolidata in questi ultimi anni di riduzione dei finanziamenti della ricerca corrente a favore di un sempre maggiore orientamento verso quella finalizzata.

Per quanto concerne i contributi in conto esercizio da Regione destinati ad investimenti, nell'anno 2016, con il d.g.r.m. n. 421/2017 è stato assegnato un contributo in c/esercizio per l'importo di 2.214.269 euro, pari al 100 per cento del valore degli investimenti 2016 finanziati con fondi propri del Por Marche e dell'area di supporto amministrativo-scientifica, mentre per il Por di Cosenza, il valore del contributo è di 27.382,64 euro, pari al 100 per cento del valore degli investimenti 2016 finanziati con fondi propri; per il Por di Casatenovo non sono stati assegnati fondi specifici ma si è ricorso all'utilizzo della riserva "Contributi da reinvestire" iscritta a seguito della vendita di un terreno la cui plusvalenza è stata destinata ad investimenti dalla Direzione Aziendale<sup>132</sup>.

Nella tabella che segue sono riportate le componenti sopra elencate:

---

<sup>132</sup> Si veda bilancio d'esercizio INRCA 2016 - Allegati alla Determina n. 242 del 26.06.17, Tab. 51, pag. 93.

**Tabella 55 - Dettaglio rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti INRCA 2016**

Dettaglio rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti	Contributo assegnato	Quota destinata ad investimenti	Incidenza %
Contributi in c/esercizio da Regione o P.A. per quota F.S. regionale			
Regione Marche	23.379.812,00	2.214.269	9,47
Regione Calabria	2.498.823,00	27.383	1,10
Contributi in c/esercizio da Regione o P.A. per quota extra fondo			
Contributi in c/esercizio da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)			
Azienda Ospedaliero Univ. Ospedali Riuniti Umberto I-Lancisi-Salesi	17.309		
Contributi in c/esercizio per ricerca			
Contributi in c/esercizio da privati			
<b>Totale</b>	<b>25.895.945</b>	<b>2.241.682</b>	<b>8,66</b>

Fonte: Nota Integrativa al Bilancio d'esercizio 2016 (punto 17, tabella 52, pag. 93) dell'I.N.R.C.A.

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

I contributi regionali indistinti in c/esercizio, riportati nel bilancio esercizio 2016, sono esclusivamente quelli la cui iscrizione è stata autorizzata dalla Regione con d.g.r.m. n. 421/2017.

### **3.5 Altre informazioni relative alle immobilizzazioni materiali e immateriali**

Il Collegio Sindacale ha riscontrato la coincidenza dei valori delle immobilizzazioni iscritte in bilancio con il riepilogo del libro cespiti.

Sulle immobilizzazioni dell'INRCA non sussistono gravami (quali ipoteche, privilegi, pegni, pignoramenti), né sono in corso contenziosi con altre aziende sanitarie, con altri enti pubblici o con soggetti privati e non vi sono immobilizzazioni non iscritte nello Stato patrimoniale perché non riconosciute come proprietà dell'Istituto in seguito a contenziosi in corso con altre aziende sanitarie, con altri enti pubblici o con soggetti privati.

Non risultano in essere impegni già assunti, ma non ancora tradottisi in debiti.

Le immobilizzazioni materiali destinate alla vendita sono quelle relative ai Presidi di Roma e Cagliari la cui attività istituzionale è cessata a decorrere dall'01/01/2013 a seguito della dismissione delle attività dei due Presidi.

Per l'alienazione del Presidio di Roma, sono stati adottati i seguenti atti deliberativi:

-Determina aziendale n. 81/DGEN del 05/03/2013 - Alienazione tramite asta pubblica dell'immobile del Por INRCA di Roma, Via Cassia 1127;

-Determina aziendale n. 125/DGEN del 28/03/2013 - Revoca atto n. 81 del 05/03/2013 ed autorizzazione all'alienazione tramite asta pubblica dell'immobile del Por INRCA di Roma, Via Cassia 1127 (entrambe le aste sono andate deserte);

-Con determina n. 406/DGEN del 12/12/2013 veniva deliberata la riproposizione dell'asta pubblica per l'alienazione dell'immobile ex POR di Roma;

-Con determina n. 429/DGEN del 23/12/2013 veniva revocata l'approvazione del bando d'asta autorizzato con determina n. 406/DGEN del 12/12/2013 e approvata la riproposizione di un nuovo bando d'asta, con mandato al Dirigente Ing. Servilio di procedere alla riproposizione di una nuova asta. Anche quest'ultima asta, riproposta in data 19/03/2014, è andata deserta, come risulta da verbale del 19/03/2014.

Per la sede di Cagliari, l'ultima gara in ordine di tempo è stata autorizzata con Determina n. 396/DGEN del 14/12/2015 dichiarata deserta con verbale del 10/02/2016.

Le precedenti gare, andate anch'esse deserte, sono state autorizzate con le determine n. 407/DGEN del 12/12/2013 e n. 141/DGEN del 10/04/2013, entrambe andate all'asta al prezzo base di 5.291.783,89 euro.

Per tali immobili destinati alla vendita, non si è ritenuto di applicare l'OIC 16, in merito al punto che prevede la riclassificazione delle immobilizzazioni destinate alla vendita nell'attivo circolante per la mancanza dei requisiti utili a tale destinazione, con particolare riferimento al fatto che:

- la vendita appare altamente probabile alla luce delle iniziative intraprese, del prezzo previsto e delle condizioni di mercato;

-l'operazione di vendita dovrebbe concludersi nel "breve termine".

Infatti, allo stato di redazione del presente bilancio, le gare indette sono andate deserte e non sono ipotizzabili azioni di conclusione delle operazioni a breve.

Con atto n. 190/2017, è stato destinato alla vendita parte del fondo di proprietà dell'INRCA, sito nel Comune di Casatenovo, al prezzo di 500 euro; anche per questo immobile non ricorrono i requisiti utili alla riclassificazione di cui detto in precedenza<sup>133</sup>.

L'Istituto ha evidenziato in Nota integrativa le motivazioni alla base della mancata riclassificazione nell'attivo circolante degli immobili destinati alla vendita relativi ai sopra citati Presidi chiusi di Roma e Cagliari, constatando l'assenza dei requisiti necessari per tale

---

<sup>133</sup> Si veda Bilancio d'esercizio INRCA 2016 - Allegati alla Determina n. 242 del 26.06.17, pagg. 43-44.

classificazione in quanto allo stato attuale non sono ipotizzabili azioni di conclusione delle operazioni a breve termine<sup>134</sup>.

### 3.6 Il patrimonio netto

Al 31/12/2016, la consistenza del Patrimonio Netto presenta un importo pari a 31.264.221 euro, con un incremento di 1.466.312 euro, rispetto all'esercizio precedente, come illustrato, nella tabella che segue.

**Tabella 56 - Patrimonio netto dell'INRCA biennio 2015-2016**

Patrimonio netto	anno 2016	anno 2015	Variazioni
Fondo di dotazione	21.164.336	21.378.123	-213.787
Finanziamenti per investimenti	18.740.683	17.655.304	1.085.379
Donazioni e lasciti vincolati ad investimenti	1.131.491	991.265	140.226
Contributi per ripiani perdite	8.713.514	6.901.206	1.812.308
Altre riserve	444.964	493.055	-48.091
Utili (perdite) portati a nuovo	-17.968.504	-15.754.342	-2.214.162
Utile (perdita) d'esercizio	-962.263	-1.866.701	904.438
<b>Totale Patrimonio netto</b>	<b>31.264.221</b>	<b>29.797.909</b>	<b>1.466.312</b>

Fonte: Relazione del Collegio Sindacale al bilancio d'esercizio 2016 dell'INRCA

Dalla Nota integrativa al bilancio d'esercizio 2016, si rilevano inoltre le variazioni di seguito esposte:

**Tabella 57 - Consistenza, movimentazioni e utilizzazioni delle poste del Patrimonio Netto dell'INRCA - 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	21.378.123			214.029	242		21.164.336
FINANZIAMENTI PER INVESTIMENTI	17.655.304	-	3.923.703	2.856.822	18.497	-	18.740.683
RISERVE DA DONAZIONI E LASCITI VINCOLATI AD INVESTIMENTI	991.265	-	184.999	41.626	-216.883	-	1.131.491
ALTRE RISERVE	493.056	-	197.845	29.054	47.852	-	444.965
CONTRIBUTI PER RIPIANO PERDITE	6.901.206	-	1.812.308	-	-	-	8.713.514
UTILE (PERDITA) PORTATI A NUOVO	-15.754.342	-	-1.866.701	-	-347.460	-	-17.968.504
UTILE (PERDITA) D'ESERCIZIO	-1.866.701	-	-	-	1.866.701	-962.263	-962.263
<b>TOTALE PATRIMONIO NETTO</b>	<b>29.797.909</b>	<b>-</b>	<b>4.252.154</b>	<b>3.141.530</b>	<b>1.317.951</b>	<b>-962.263</b>	<b>31.264.222</b>

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016 dell'INRCA - Tab. 32.

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

<sup>134</sup> Come evidenziato dal Collegio Sindacale nella Relazione al Bilancio di esercizio 2016 dell'INRCA (verbale n. 13 del 27.07.2017), pagg. 24-25.

Dall'esame dei dati sopra esposti, si rileva una maggiore consistenza del Patrimonio netto, rispetto al 2015, pari a 1.466.313 euro (4,92 per cento), per effetto di tutte le principali componenti esposte in tabella, con particolare riguardo ai finanziamenti per investimenti (incremento complessivo di 1.085.379 euro, di cui: la variazione più rilevante riguarda i finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio, per 1.110.255 euro)<sup>135</sup>. Tra le variazioni registrate nella consistenza del Patrimonio Netto, nel corso del 2016, risultano rilevanti:

1. **l'utilizzo per le sterilizzazioni**, pari a 3.141.530 euro, che si riferisce al valore degli ammortamenti dell'anno 2016 relativi ai cespiti acquistati con contributi in c/capitale, c/esercizio e riserve del patrimonio netto;

2. **le Assegnazioni per finanziamenti da investimenti**, nel corso dell'esercizio 2016, sono stati pari a:

-207.008,56 mila euro (COM080088), per finanziamenti erogati dal Ministero della Salute (nota prot. del 27/02/07) riguardanti l'acquisto di attrezzature scientifiche, destinate al Por di Ancona;

-44.407,04 mila euro, per finanziamenti dal Ministero della Salute di cui all' art. 20 l. n. 67/88 (d.m. 27/08/04 e d.m. 24/04/06) di cui:

- 18.700,97 euro, per il Por di Cosenza (COM150004);
- 7.899,99 euro, per il Por di Fermo (COM140056);
- 15.735,27 euro, per il Por di Ancona (COM150029);
- 2.070,91 euro, per il Por di Casatenovo (COM130050).

-949.830,16 mila euro, relativo a finanziamenti erogati dal Ministero dell'Ambiente per il programma "Intervento consumo energetico zero", relativo al Por di Casatenovo;

-31.444,28 mila euro, destinati a riserve relative alle commesse 1400024-140026, afferenti alla ricerca finalizzata per la parte destinata all'acquisto di cespiti;

-307.800 mila euro, per il finanziamento da Regione Marche (COM160032) "Miglioramento sismico corpo C9 Por Ancona" recepito con determina n. 184/DGEN del 30/06/2016;

-135.120 mila euro, per l'erogazione del contributo, relativo all'annualità 2012, dalla Regione Lombardia;

---

<sup>135</sup> Si veda la Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016 dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord, tab. 32, par. 11, pag. 66.

-6.442 euro, destinati a riserve relative alle commesse 120011-150002 afferenti alla ricerca finalizzata per la parte destinata all'acquisto di cespiti;

-2.241.651,65 mila euro per l'erogazione di contributi in conto esercizio dalla Regione relativi al Fondo Sanitario Indistinto 2016 da destinare agli investimenti ai sensi del d. lgs. n. 118/2011, di cui:

-2.214.269,01 euro, relativi alla Regione Marche come da d.g.r.m. n. n. 421/2017 e pari al 100 per cento degli investimenti in c/esercizio sostenuti nel 2016 più la quota dei cofinanziamenti;

- 27.382,64 euro, relativi al Por Calabria pari al 100 per cento degli investimenti in c/esercizio sostenuti nel 2016 più la quota dei cofinanziamenti;

Per il Por di Casatenovo, gli investimenti con fondi propri non sono stati finanziati da contributi specifici, ma dall'utilizzo della riserva "Contributi da reinvestire", iscritta a seguito della vendita di un terreno di Genova destinato dalla Direzione Aziendale agli investimenti per il Por di Casatenovo.

3. le **Assegnazioni per contributi per ripiani perdite** sono state, nel corso dell'esercizio, pari a 1.812.308 euro, determinate dal Decreto Regione Calabria n. 53 del 16/06/2016, riguardante l'annualità 2014;

4. le **Riserve** relative a:

-Donazioni e lasciti, pari a 1.131.491 euro, nel corso del 2016, hanno subito un incremento di 184.998 euro, a seguito della donazione di contributi da privati destinati ad investimenti (COM150024-COM15025);

-Plusvalenze da reinvestire, per l'importo di 5.541 euro;

-"Contributi da reinvestire" per l'importo di 89.272 euro. Tale riserva è stata costituita nel 2014 a seguito dello storno dalla riserva "Plusvalenza da reinvestire," a suo tempo costituita per la plusvalenza realizzata dalla vendita di un terreno di Genova e destinata dalla Direzione Aziendale ad investimenti per il Por di Casatenovo. Nell'anno 2016, tale posta patrimoniale ha subito un decremento pari a 197.845 euro, stornato al conto "Altre riserve", in quanto somma destinata a reinvestimento;

-"Riserve diverse" per l'importo di 350.151 euro. Quest'ultimo conto è stato decrementato per effetto della sterilizzazione degli ammortamenti, nonché incrementato per una quota pari a 197.845 euro, derivanti da investimenti fatti con fondi propri relativi al 2016.

5. gli “**Utili o perdite portate a nuovo**”: tale posta del patrimonio netto, che registra un ammontare per perdite portate a nuovo pari a 17.968.504 euro, è stata incrementata, nel corso del 2016, per effetto della perdita d’esercizio registrata nel 2015, pari a 1.866.701,05 euro, nonché per la somma di 347.460,23 euro. Si tratta di una somma che nel bilancio 2015 era stata portata erroneamente in detrazione dalla posta “Utili o perdite portate a nuovo”, quale contropartita di una registrazione a contributi ripiani perdite di un credito con saldo negativo nei confronti della Regione Lazio.

Il saldo negativo si era generato nel luglio 2013 a seguito del maggior incasso dell’importo pattuito per l’accordo di Roma, pari a circa 3.800.000 euro. Tale somma, in parte veniva registrata a titolo di contributi per ripiano di perdite e, per 1.783.816,39 euro, andava a chiudere il saldo di una partita creditoria, aperta al 31/12/2013, per l’importo di 1.436.356,16 euro, dando così origine ad un saldo negativo (pari a -347.340 euro). In realtà, tale maggior importo doveva andare a chiudere un credito in c/capitale aperto nei confronti della Regione Lazio che per errore era stato registrato sulla Sede Amministrazione. In sede di redazione del bilancio d’esercizio 2016, si è pertanto provveduto a riallineare i saldi in modo corretto.

6. la **Perdita d’esercizio**, pari a -962.263 euro, registrata al 31/12/2016 e relativa all’intero Istituto.

Il **Fondo di dotazione** ha subito variazioni in diminuzione rispetto all’esercizio precedente per effetto dell’utilizzo per la sterilizzazione di ammortamenti, pari a 214.029 mila euro.

Nel corso del 2016, sono state effettuate le seguenti **Donazioni** a favore dell’Istituto:

- Donazione UOC Radiologia POR CS - COM150025, per l’importo di 5.000,00 euro, come da atto n. 1 del 22/12/2016;
- Contributo per l’acquisto di attrezzatura (cod. COM150047), per l’importo di 179.999 euro, come da atto n. 197 del 21/07/2014.

### **3.7 I contributi in conto capitale**

Il Collegio Sindacale ha verificato<sup>136</sup> che i crediti vantati dall’INRCA per contributi in conto capitale dallo Stato, dalla Regione e da altri Enti pubblici, nell’esercizio 2016, sono supportati

---

<sup>136</sup> Si veda la domanda di cui al punto 3.1 pag. 38 del questionario al bilancio di esercizio 2016 dell’INRCA.

da apposito provvedimento di assegnazione, ai sensi dell'art. 29 c. 1 lett. c) del d. lgs. n. 118/2011<sup>137</sup>.

Tali contributi sono rilevati con le modalità previste dal d. lgs. n. 118/2011 e s.m.i., nonché dai successivi decreti ministeriali di attuazione<sup>138</sup>.

### 3.8 Le rimanenze

Come negli anni precedenti, il costo delle rimanenze di beni fungibili è stato determinato con il metodo della media ponderata, ai sensi dell'art. 29, c. 1, lett. a), del d. lgs. n. 118/2011<sup>139</sup>.

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'INRCA, 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. 20/03/2013<sup>140</sup>, prevedendo la distinta indicazione sia delle scorte di reparto (complessivamente pari a 191.805 euro, riferiti ai soli beni 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.

<sup>137</sup> 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 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."

<sup>138</sup> Si veda la Nota Integrativa al Bilancio d'esercizio 2016 (pag. 27) dell'INRCA.

<sup>139</sup> 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."

<sup>140</sup> 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".

L'ammontare delle scorte di reparto riportate nella tabella sopra citata sono state rilevate solo per il POR di Ancona ed esclusivamente per i reparti di Sala Operatoria e di Medicina Nucleare in quanto sono quelli che presentano valori più significativi.

Dall'esame della Nota Integrativa<sup>141</sup>, si rileva inoltre che, al 31/12/2016, sulle rimanenze dell'Istituto 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.

### **3.9 I beni fuori uso**

Il Collegio Sindacale ha attestato che, nell'esercizio 2016, l'INRCA ha dichiarato "fuori uso ed eliminati", e conseguentemente eliminato dalle immobilizzazioni, beni per l'importo complessivo di 2.422 euro, provvedendo ad accertare a campione l'esistenza fisica dei principali beni materiali<sup>142</sup>.

### **3.10 Risultato di esercizio 2016**

Nel questionario al bilancio d'esercizio 2016, l'Organo di revisione ha attestato che, al 31/12/2016, l'INRCA presenta un risultato economico complessivo dell'esercizio, riferito a tutti i Presidi dell'Istituto, negativo, pari a - 962.263 euro, in miglioramento rispetto all'esercizio precedente (risultato di esercizio 2015 pari a -1.866.701 euro) di 904.438 euro, pari al 48,45 per cento<sup>143</sup>.

La ridottissima entità dell'utile, appena 28,807 mila euro, peraltro derivante da un maggior contributo assegnato in sede di chiusura dalla Regione Marche rispetto a quanto necessario per la chiusura a pareggio, visto il raggiungimento degli obiettivi di budget di costo e di ricavo, fa destinare lo stesso a riserva, a rafforzamento del fondo di dotazione ai sensi dell'art. 30 del Decreto Legislativo 118/2011<sup>144</sup>.

---

<sup>141</sup> Si veda pag. 46 della Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016 dell'INRCA.

<sup>142</sup> 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'INRCA.

<sup>143</sup> Si veda quanto riportato a pag. 19 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.

<sup>144</sup> Si veda Bilancio d'esercizio INRCA 2016 - Allegati alla determina n. 242 del 26/06/2016, pag. 278.

La perdita d'esercizio è stata finanziata con l'assegnazione della somma di 1.812.308 euro, con Decreto della Regione Calabria n. 53 del 16/06/2016<sup>145</sup>, in quanto trattasi di perdita imputabile al solo Por di Cosenza.

**Tabella 58 - Andamento del risultato d'esercizio dell'INRCA nel biennio 2015-2016**

Utile d'esercizio 2016	Utile d'esercizio 2015	Var. importo 2015/2016	Var.% 2015/2016
-962.263	-1.866.701	904.438	48.45%

Fonte: Relazione al bilancio di esercizio chiuso al 31/12/2016 del Collegio Sindacale dell'INRCA.  
Elaborazione: Corte dei conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

L'andamento del risultato d'esercizio dell'INRCA è altresì illustrato anche in apposita Tabella della Nota Integrativa, di seguito riportata in sintesi<sup>146</sup>:

**Tabella 59 - Risultato d'esercizio dell'INRCA nel biennio 2015-2016**

	Consistenza iniziale	MOVIMENTI DELL'ESERCIZIO 2016					Consistenza finale
		Giroconti e Riclassificazioni	Assegnazioni nel corso dell'esercizio	Utilizzi per sterilizzazioni nel corso dell'esercizio	Altre Variazioni (+/-)	Risultato di esercizio (+/-)	
<b>UTILE D'ESERCIZIO</b>	-1.866.701	-	-	-	1.866.701	-962.263	-962.263

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016 dell'INRCA - Tab. 32.  
Elaborazione: Corte dei conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

Il Collegio Sindacale ha attestato la situazione di seguito illustrata:

<sup>145</sup> Si veda la domanda di cui al punto 6 pag. 41 del questionario al Bilancio di esercizio 2016 dell'INRCA.

<sup>146</sup> Si veda la Tabella n. 32 - "Consistenza, movimentazioni e utilizzazioni delle poste di patrimonio netto".

Tabella 60 - Dati relativi alle perdite iscritte nel bilancio INRCA in riferimento ai relativi anni

Anno	Perdita d'esercizio	Entità di eventuali ripiani perdite assegnati	Quota incassata delle entità di eventuali ripiani perdite assegnati	Modalità di copertura (in caso di intervento della Regione, indicare anche gli estremi del provvedimento)	UTILE o perdita d'esercizio corrispondente al ricalcolo degli ammortamenti	Utili portati a nuovo o perdita non ancora coperta al 31/12/2016
2016	-962.263	1.812.308		Decreto Regione Calabria n. 53 del 16/06/2016		850.045
2015	1.866.701	14.924.999	13.000.000	Decreto n. 41/SAN del 19/06/2015 della Regione Marche per 13.000.000 euro; Decreto Regione Calabria n. 86 del 30/02/2015 per 1.925.000 euro		13.058.298
2014	6.299.067	3.604.332	6.299.067	DGR Regione Calabria n. 82/2014 per 2.145.705 euro; Decreto n. 16472/2014 Regione Calabria per euro 314.864; Decreto n. 90/SAN del 15/09/2014 della Regione Marche, per 3.604.333 euro; d.g.r. Regione Calabria n. 82/2012 per 234.166 euro		3.818.079
2013	15.754.726	15.164.090	15.754.726			11.723.438
2012 e precedenti	16.234.162	14.543.327	16.234.162			-39.667.113
<b>Totale perdite non ancora coperte al 31/12/2016 (l'importo deve corrispondere alla somma delle voci A.V), A.VI) e A.VII) dello Stato Patrimoniale</b>						<b>-10.217.253</b>

Fonte: Questionario Enti del SSN – Sezione Autonomie – INRCA - anno 2016

Il Collegio Sindacale ha inoltre precisato che occorre considerare il fatto che “i valori relativi alle perdite d’esercizio e ripiani perdite assegnati (dal 2011 e precedenti e successivi) hanno subito delle variazioni, rispetto ai dati comunicati con il questionario del 2014, a seguito della riapertura dei saldi della gestione ordinaria all’01/01/2015, per effetto del consolidamento dei saldi contabili della gestione liquidatoria, conclusasi in data 31/12/2014, in attuazione della d.g.r.m. n. 1442/2014 (vedi determina n. 233 del 30/06/2015 modificata con Det. n. 395 del 04/12/2015)<sup>147</sup>.

<sup>147</sup> Si veda “Annotazioni 1” pag. 41, domanda 6, del questionario al bilancio di esercizio 2016 dell’INRCA.

Per quanto riguarda la Regione Calabria, l'organo di revisione ha segnalato inoltre la presenza nel Patrimonio netto della voce "Contributi per ripiano perdite", relativa a somme ancora da incassare, che ammontano complessivamente a 8.713.514 euro, ed incrementate rispetto all'esercizio precedente per l'importo di 1.812.308 euro, a seguito del Decreto Regione Calabria n. 53 del 16/06/2016, relativo all'annualità 2014.

Considerati i percorsi istituzionali avviati nel corso del 2012 e le trattative aperte a partire dal 2013 non ancora giunte a conclusione, il Collegio Sindacale ha espresso l'auspicio circa la definizione della posizione e la riconciliazione delle partite debitorie e creditorie con la stessa Regione Calabria, nel più breve tempo possibile.

Dovendo il Collegio Sindacale esprimere il parere prescritto ai sensi del comma 2, art. 18, l.r. n. 47/1996, sulle modalità di copertura della perdita d'esercizio di 962.262,90 euro, fa presente quanto riportato nella Relazione del Direttore Generale e di seguito esposto:

“Relativamente al bilancio d'esercizio 2016 e, nello specifico, delle modalità di copertura delle perdite, si deve rilevare, come già detto, che la stessa derivi solo dal sezionale della Calabria e conseguentemente sia imputabile solo al Presidio di Cosenza. In questa logica, la modalità di copertura della perdita non potrà che riguardare la sola Regione Calabria.

Con riferimento alla perdita citata, si osserva in maniera generica, rimandando all'analisi economico del singolo Presidio per l'osservazione puntuale delle motivazioni della perdita, come il deficit d'esercizio dipenda da un mancato o ridotto extra finanziamento dell'attività erogata, posto che tutte le aziende sanitarie pubbliche si trovano nella condizione, al fine di raggiungere un equilibrio economico finanziario, di avere bisogno di un finanziamento ulteriore rispetto al valore della produzione erogata.

In questo senso l'accordo oggetto di trattativa tra la Regione Calabria, l'INRCA e la Regione Marche è impostato nel senso di superare le problematiche sin qui emerse attraverso una transazione sulle perdite pregresse e la realizzazione di un percorso virtuoso di razionalizzazione e sviluppo per il triennio futuro. Dunque, un accordo che, oltre a transare sul tema della copertura delle perdite pregresse, getta le basi perché le stesse non possano generarsi in futuro. È ovvio che, in caso di mancata conclusione dell'accordo, cosa peraltro al momento considerabile solo come ipotesi lontana, l'Istituto dovrà/potrà seguire i percorsi già attuati relativamente ai Presidi di Roma e Cagliari (accantonamenti Regione Marche, vendita del Patrimonio). Peraltro, va segnalato sul tema i recenti decreti della Regione Calabria (n.

53/2016 e 103/2016) che prevede il ripiano per l'intera perdita pregressa dell'esercizio 2014. Tali decreti, che seguono analoghi decreti degli anni precedenti, testimoniano un percorso avviato e consolidato ma anche la modalità di comportamento della Regione Calabria relativamente alla copertura delle perdite delle aziende sanitarie del Sistema Sanitario regionale. Va aggiunto anche il fatto che il decreto di assegnazione 2016 è stato molto più consistente di quello degli anni precedenti consentendo la riduzione della perdita d'esercizio".

In sede di Parifica del Rendiconto regionale per l'esercizio 2017<sup>148</sup>, sono emersi sulla questione, gli sviluppi di seguito illustrati.

"Nell'incontro del 21 marzo 2014, era stata definita una bozza di accordo tra la Regione Marche e Presidio di Cosenza, nella quale la Regione Calabria si impegnava a corrispondere all'INRCA, a titolo transattivo, la somma di 16.597.971,06 euro.

In data 9 aprile 2018, si è tenuto presso la Regione Calabria un ultimo incontro che ha condotto la trattativa alla sua fase conclusiva ed alla definizione dell'Accordo recante le condizioni tra le parti interessate.

Lo schema di accordo è stato approvato dalla Regione Calabria con decreto del Commissario ad acta n. 118 del 24 maggio 2018, e lo stesso è in corso di approvazione da parte della Regione Marche.

L'accordo prevede il riconoscimento da parte della Regione Calabria dell'importo complessivo di 16.500.000 euro, a fronte della rinuncia da parte dell'INRCA al contenzioso in essere. L'importo verrà corrisposto in parte, pari a 13.650.000 euro, entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'accordo stesso e per la parte restante, pari a 2.850.000 euro, in 5 rate annuali di 570.000 euro, da corrispondersi a partire dall'esercizio 2019, entro il mese di giugno.

Con d.g.r. n. 731 del 05/06/2018, la Regione Marche ha approvato lo schema di accordo sopracitato, autorizzando altresì il Dirigente del Servizio Sanità alla relativa sottoscrizione, avvenuta in data 18 giugno 2018.

Oltre a quanto stabilito nella bozza di accordo sopra illustrata, le parti hanno convenuto che la Regione Calabria si impegni a liquidare, entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'Accordo medesimo, le perdite già maturate, certificate e coperte con i Decreti del Commissario ad Acta

---

<sup>148</sup> Si veda la Relazione di Parificazione del Rendiconto regionale per l'esercizio 2017, allegata alla Delibera n. 33/2018/PARI del 26.07.2018, par. 16.23, pagg. 731-732.

nn. 86/2015, 53/2016, 103/2016 e 174/2017 con riferimento agli esercizi 2013, 2014 e 2015, per un ammontare complessivo pari a 5.604.861 euro, costituito da:

- 1.924.618 euro, relativo all'esercizio 2013;
- 1.812.308 euro relativo all'esercizio 2014;
- 1.867.935 euro, relativo all'esercizio 2015.

Per gli esercizi successivi al 2015, la Regione Calabria si impegna a riconoscere le perdite d'esercizio maturate dal Presidio ospedaliero INRCA di Cosenza attraverso l'adozione di specifici provvedimenti commissariali di copertura, garantendo l'erogazione delle somme disponibili entro 2 mesi dalla loro adozione fino alla messa a regime del Piano di razionalizzazione e sviluppo, da sottoscrivere entro e non oltre il 30/09/2018.

Con il pagamento degli importi della prima tranche di 16.500.000 euro, le parti si impegnano a depositare atto di rinuncia al contenzioso pendente, riguardante sia il giudizio innanzi al Tribunale di Catanzaro (r.g. n. 1737/2013), avente a oggetto la riassunzione da parte dell'INRCA della causa definita del Tribunale di Ancona con sentenza n. 171/2013, sia all'appello proposto avverso la medesima sentenza dalla Regione Calabria con atto introduttivo notificato all'INRCA il 14 giugno 2013 pendente innanzi la Corte di Appello di Ancona (r.g. n. 762/1203).

Una volta intervenuto il pagamento della prima tranche di cui sopra, le parti si impegnano a rinunciare a tutte le domande rispettivamente formulate, dichiarando, altresì, di non avere null'altro a pretendere l'una dall'altra in dipendenza degli stessi, tenuto conto del riconoscimento e dell'impegno al pagamento del credito INRCA operato dalla Regione Calabria.

L'Accordo transattivo prevede il pagamento, da parte della Regione Calabria, della somma complessiva di 22.104.861 euro, di cui 16.500.000 euro da restituire alla Regione Marche, e la restante parte, pari a 5.604.861 euro, a titolo di copertura delle perdite del Bilancio INRCA per gli anni 2013-2015, come riportato nel prospetto che segue.

**Tabella 61 - Riepilogo importi corrisposti a seguito dell'accordo transattivo dalla Regione Calabria all'INRCA**

I	I Tranche da liquidare entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'Accordo		<b>13.650.000</b>
II	Decreti perdite 2013-2015 da liquidare entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'Accordo		<b>5.604.861</b>
		Esercizio 2013	1.924.618
		Esercizio 2014	1.812.308
		Esercizio 2015	1.867.935
III	II tranche da liquidare in 5 rate annuali dal 2019 al 2023		<b>2.850.000</b>
		2019	570.000
		2020	570.000
		2021	570.000
		2022	570.000
		2023	570.000
	<b>TOTALE (I+II+III)</b>		<b>22.104.861</b>
	di cui:		
	Importi da restituire alla Regione Marche (recupero ex d.g.r. n. 644/2013) (I e III)		16.500.000
		2018	13.650.000
		2019-2023	2.850.000
	<b>Importo a copertura di perdite del bilancio INRCA(II)</b>		<b>5.604.861</b>

Fonte: Nota della Regione Marche prot. n. 731172 del 27/06/2018 - Allegato 1.

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

In sede di contraddittorio del 19 luglio 2018, la Regione ha riferito che è stato sottoscritto l'accordo transattivo sopra illustrato confermando le condizioni sopra riportate, comunicando altresì che la Regione Calabria ha adottato il decreto con il quale si dispone il pagamento della prima tranche di 13 mln di euro.

Risulta in tal modo conclusa in modo definitivo la vicenda delle esposizioni debitorie/creditorie della Regione Marche nei confronti del sezionale della Regione Calabria, con conseguente possibilità di procedere alla sottoscrizione del piano industriale finalizzato al mantenimento del P.O.R. di Cosenza con conseguente individuazione delle due sedi dell'Istituto, in Lombardia e Calabria, oltre alla sede centrale nelle Marche. Tale assetto consentirà di destinare maggiori risorse a favore della ricerca scientifica.

Con la sottoscrizione di tale accordo transattivo è stata altresì formalizzata la rinuncia da parte dell'Istituto a tutti i contenziosi in essere".

### 3.11 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 al Bilancio d'esercizio, Prospetti ministeriali SP e CE), nonché con la Relazione del Collegio Sindacale al bilancio medesimo.

Dall'esame effettuato, è stata riscontrata la coerenza tra i dati sopra citati nella rappresentazione della situazione patrimoniale dell'INRCA.

I crediti ammontano complessivamente a 36.812.544,00 euro, in diminuzione del 6,35 per cento (-2.494.009 euro) rispetto al 2015 (crediti pari a 39.306.553 euro al 31.12.2015).

I crediti sono esposti in bilancio al valore nominale e sono ponderati in base al Fondo svalutazione crediti stanziato nel Passivo patrimoniale<sup>149</sup>: l'adeguamento del valore nominale dei crediti al valore presunto di realizzo è ottenuto mediante apposito fondo al fine di tener conto dei rischi di inesigibilità<sup>150</sup>.

**Tabella 62 - Crediti dell'INRCA verso la Regione per spesa corrente - anno 2016**

Crediti	31/12/2016	31/12/2015	Variazione
Crediti verso Stato	662.111	4.102.790	-3.440.679
Crediti vs. Regione parte corrente	17.050.047	18.466.301	-1.416.254
Crediti vs/comuni	0	0	0
Crediti v/aziende sanitarie pubbliche	10.104.497	10.347.836	-243.339
Crediti vs. altri	8.995.097	6.388.834	2.606.263
Crediti v/Erario	792	792	0
<b>Totale Crediti (valore nominale)</b>	<b>36.812.544</b>	<b>39.306.553</b>	<b>-2.494.009</b>

Fonte: Relazione al bilancio di esercizio chiuso al 31/12/2016 del Collegio Sindacale dell'INRCA

Va precisato che i crediti presenti nel bilancio INRCA, così come i debiti, rappresentano solo le voci unicamente attribuibili al Por INRCA (nel suo complesso) e non tengono conto di eventuali partite "miste" riguardanti più Presidi.

### 3.12 I crediti verso la Regione

L'importo dei Crediti verso la Regione parte corrente di 17.050.047 euro al 31/12/2016, risulta in diminuzione di 1.416.254 euro (pari all'8 per cento) rispetto al 2015 (crediti pari a 18.466.301 euro al 31/12/2015), per effetto del saldo algebrico delle variazioni dei crediti relativi alle sotto specificate Regioni:

Regione Marche, in diminuzione per 2.832.336 euro;

<sup>149</sup> Si veda la Relazione al bilancio d'esercizio 2016 del Collegio Sindacale dell'INRCA, pag. 8.

<sup>150</sup> Si veda la Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016 dell'INRCA.

Regione Calabria, in aumento per 1.812.308 euro (si tratta di crediti assegnati nel corso del 2016 a titolo di contributi ripiani perdite annualità 2014);

Regione Lombardia, in diminuzione per 48.000 euro;

Regione Lazio, in diminuzione per 347.460 euro.

I Crediti vs Regione ammontano complessivamente a 17.050.047 euro e sono costituiti, per il 69,98 per cento circa, da crediti relativi agli anni 2012 e precedenti.

### 3.12.1 I crediti verso la Regione per spesa corrente

Al 31/12/2016, l'INRCA presenta crediti nei confronti della Regione per spesa corrente, complessivamente pari a 8.004.123 euro, relativi a crediti dalla Regione per quota del Fondo sanitario regionale. La maggior parte di tale somma, si riferisce a crediti pregressi, relativi al 2012 ed anni precedenti<sup>151</sup>(5.026.898 euro, pari al 62,80 per cento).

Di seguito, si riportano i crediti regionali dell'INRCA per spesa corrente, suddivisi per anno di competenza:

**Tabella 63 - Crediti dell'INRCA verso la Regione per spesa corrente - anno 2016**

Anno	Importo (migliaia di euro)	Fondo svalutazione crediti
<b>Totale al 31/12/2016</b>	8.004.123	0
<i>di cui relativi all'anno:</i>		
-2012 e precedenti	5.026.898	
-2013	26.242	
-2014	164.826	
-2015	646.608	
-2016	2.139.549	

Fonte: Questionario Enti del SSN – Sezione Autonomie – INRCA - anno 2016

### 3.12.2 I crediti verso la Regione per incrementi a patrimonio netto

Al 31/12/2016, i crediti dell'INRCA nei confronti della Regione per versamenti a patrimonio netto, ammontano a 9.045.924 euro. La parte relativi agli esercizi pregressi (anno 2012 e precedenti) rappresenta la componente più consistente di tale aggregato, pari a 6.905.681 euro (ovvero il 76,34 per cento).

Tali crediti riguardano interamente somme dovute dalla Regione per il finanziamento di investimenti.

<sup>151</sup> Si veda punto 5 – pag. 40 del questionario al bilancio di esercizio 2016 dell'INRCA.

**Tabella 64 - Crediti dell'INRCA per versamenti a patrimonio netto - anno 2016**

Anno	Importo (migliaia di euro)	Fondo svalutazione crediti
<b>Totale al 31/12/2016</b>	9.045.924	0
<i>di cui relativi all'anno:</i>		
-2012 e precedenti	6.905.681	
-2013	0	
-2014	327.935	
-2015	0	
-2016	1.812.308	

Fonte: Questionario Enti del SSN – Sezione Autonomie – INRCA - anno 2016

Si assiste ad una progressiva riduzione di tale aggregato che, tuttavia, per esercizi più risalenti, presenta ancora importi rilevanti.

### 3.12.3 I crediti verso Aziende sanitarie pubbliche

I crediti dell'INRCA verso le aziende sanitarie pubbliche, al 31/12/2016, ammontano a complessivi 10.104.497 euro, in diminuzione del 2,35 per cento (-243.339 euro) rispetto al 2015 (crediti pari a 10.347.836 euro al 31.12.2015). Tale variazione deriva principalmente dalla somma algebrica della variazione in diminuzione, per 561.000 euro, di un credito verso la Regione Lombardia e di 390.000 euro, di un credito verso la Regione Marche ed in aumento del credito verso la Regione Calabria, per fatture da emettere (saldo mobilità 2016) di 708.000 euro.

La componente relativa agli esercizi pregressi (risalenti agli anni 2012 o anteriori), ammonta a 5.294.325 euro (pari al 51,16 per cento del totale).

Considerando la composizione dell'aggregato, tali crediti riguardano esclusivamente somme dovute da Aziende sanitarie regionali per altre prestazioni.

**Tabella 65 - Crediti dell'INRCA verso aziende sanitarie pubbliche - anno 2016**

Anno	Importo (migliaia di)	Fondo svalutazione crediti
<b>Totale al 31/12/2016</b>	<b>10.104.497</b>	<b>0</b>
<i>di cui relativi all'anno:</i>		
-2012 e precedenti	5.924.325	
-2013	456.610	
-2014	2.066.638	
-2015	119.709	
-2016	1.537.215	

Fonte: Questionario Enti del SSN – Sezione Autonomie – INRCA anno 2016

### 3.12.4 Altre informazioni relative ai crediti

La consistenza complessiva dei crediti, relativi al 2016, registra una diminuzione, rispetto al 2015, pari a 5.023.271 euro (12 per cento circa), differenza riconducibile alle variazioni intervenute nelle seguenti tipologie di crediti:

- Crediti vs altri, pari ad un totale di 8.995.097 euro, e che complessivamente aumentano di 77.000 euro, costituiti da:

1) Crediti v/clienti privati, per 2.698.207 euro, diminuiti rispetto all'anno precedente nella misura di 2.829.320 euro (51 per cento), per effetto della svalutazione di tale tipologia di crediti per 2.696.255 euro. All'interno di questo valore, la posta di credito più rilevante è rappresentata da quella verso la società "Compagnia Progetti e Costruzioni" per risarcimenti, rivalsa e recupero costi relativi al Presidio Tambroni per l'importo di 2.598.535 euro, oggetto di svalutazione per lo stesso importo. Il valore del credito residuo pari a 230.785 euro, si riferisce a soggetti privati vari per fornitura di buoni pasto, rette residenza dorica, canoni di telemedicina, canoni dei bar la cui entità è in diminuzione, rispetto all'anno precedente, per circa 133.000 euro;

2) Crediti v/altri soggetti pubblici, pari a 5.718.924 euro, che per la somma di 2.869.764 euro (pari al 50 per cento circa), si riferiscono a progetti di ricerca avviati nel 2016 e che rappresentano la motivazione prevalente dell'incremento, rispetto all'anno precedente, nella misura di 3.037.090 euro (pari al 113 per cento);

3) Crediti vs privati esteri, pari a 577.966 euro, voce che registra un decremento di 130.770 euro (18 per cento) rispetto all'anno precedente;

4) Crediti verso lo Stato, che ammontano a 662.111 euro, e registrano rispetto all'anno precedente un decremento pari a 3.440.679 euro (84 per cento). Gli stessi sono così costituiti da:

5) Crediti verso lo Stato per investimenti, che ammontano complessivamente a 275.334 euro.

La variazione in diminuzione rispetto all'anno precedente, di 2.451.683 euro, è principalmente legata all'incasso di un finanziamento, di cui all'art. 20 (l. n. 67/88, d.m. 16/05/06), da parte del Ministero della Salute riconosciuto per l'acquisto di attrezzature sanitarie, per la somma di 2.359.047 euro, il cui credito era stato aperto al 31/12/2015. La restante variazione, pari a 93.000 euro, è dovuta:

- per 62.669 euro, all'incasso di un credito aperto al 31/12/2015 relativo al progetto "INTERVENTI CONSUMO ENERGETICO ZERO" finanziato dal Ministero dell'Ambiente,

riguardante il Por di Casatenovo che, nel corso del 2016, ha provveduto a finanziare il 1° Sal, per un importo complessivo di 1.012.000 euro.

-per 47.771 euro, all'incasso di un finanziamento ex art. 20 (l. n. 67/88 d.m. 16/05/06) da parte del Ministero della Salute per la costruzione di una monta-lettighe per il Por di Fermo, di cui 32.036 euro vanno a chiudere un credito sorto nel 2015.

Crediti verso il Ministero per la ricerca corrente e finalizzata, pari a 386.777 euro. Anche tali crediti hanno subito un decremento complessivo di 988.996 euro (pari al 72 per cento); tale diminuzione deriva dalla somma algebrica dell'incasso del saldo finanziamento ricerca corrente 2015 per 1.224.822 euro e dell'incremento nel 2016, per la somma di 324.161 euro, relativo alla quota non ancora incassata del finanziamento 2016. La differenza ulteriore è attribuibile all'incasso di progetti finalizzati.

A seguito di richiesta di chiarimenti in merito alla mancata rappresentazione in Nota integrativa al bilancio d'esercizio 2016, da parte dell'INRCA, del prospetto relativo alla situazione dei rapporti di credito, rispetto agli altri enti del SSR, distintamente per singolo ente sanitario, l'Istituto con nota prot. n. 739221 del 15 febbraio 2019, ha risposto che il dettaglio dei rapporti di credito, rispetto agli altri enti del SSR, è stato inserito all'interno della Tabella 17 anziché nella Tabella 24 della Nota integrativa.

Dall'esame della soprarichiamata tabella 17, risulta la seguente situazione<sup>152</sup>.

**Tabella 62 - Crediti verso Aziende sanitarie pubbliche della Regione Marche - anno 2016 - INRCA**

Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - altre prestazioni	Valore iniziale	Incrementi	Decrementi	Valore finale	Di cui per fatture da emettere
ASUR Marche	1.955.506	-	1.017.010	938.496	10.791
Azienda Ospedaliero-universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona	15.839	29.773	-	45.612	435
Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord"	480	-	180	300	300
<b>TOTALE</b>	<b>1.971.825</b>	<b>29.773</b>	<b>1.017.190</b>	<b>984.408</b>	<b>11.526</b>

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016 dell'INRCA

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

In sede di redazione del bilancio d'esercizio 2018, l'Ente provvederà alla corretta compilazione della sopra citata Tabella 24.

<sup>152</sup> Si veda il bilancio d'esercizio 2016 INRCA - Allegati alla determina n. 242 del 26/06/2017 - Tab. 17 pag. 50.

### 3.12.5 Il Fondo svalutazione crediti

Come attestato dall'Organo di revisione<sup>153</sup>, tale fondo è stato calcolato attribuendo una percentuale di svalutazione al singolo credito oggetto di svalutazione (c.d. principio di svalutazione analitica), facendo rinvio, per tali percentuali, alla tabella riportata alle pag. 58/59 della Nota Integrativa<sup>154</sup>.

Nel corso dell'esercizio sono state effettuate le svalutazioni dei seguenti crediti iscritti nell'attivo circolante:

- Credito verso la società "Compagnia Progetti e Costruzioni", per l'importo di 82.482,64 euro. Al termine di ogni esercizio viene registrato un credito corrispondente al ricavo per azioni di rivalsa a carico della ditta appaltatrice dei lavori del Presidio Tambroni, pari ai costi sostenuti dell'anno per la gestione del Presidio stesso. Come è noto, essendo con la medesima ditta ormai da tempo pendente un contenzioso, si reputa opportuno procedere contestualmente alla svalutazione del suddetto credito per pari importo<sup>155</sup>.
- Altri Crediti: sono stati svalutati crediti per un importo pari ad 84.509,24 euro, come di seguito dettagliato<sup>156</sup>:

**Tabella 66 - Crediti diversi dell'INRCA - anno 2016**

ANNO DI RIFERIMENTO	CLIENTE	VALORE DEL CREDITO	MOTIVAZIONE SVALUTAZIONE	SEDE	% SVALUT.	IMPORTO SVALUT.
2011-2013	C.I.A.M.I. srl	73.611,03	Credito non scaduto contenzioso in atto	1	50%	36.805,52
2007-2008-2009-2010	S.I.T. s.n.c.	1.635,60	Creditore inadempiente - Pratica UO Affari Legali	32	50%	817,80
2007-2009	S.I.T. s.r.l	1.392,37	Avviata pratica con ufficio legale per insinuazione nel passivo	32	50%	696,19
2011	IMBAL CAMPIDANO	928,59	ditta fallita insinuazione nel passivo	32	50%	464,30
2007-2008	EDIL.CO.RIS	863,55	ditta fallita insinuazione nel passivo	32	50%	431,78
FV1100246	GAMBA SRL	140,82	SCIOGLIMENTO E LIQUIDAZIONE FALLIMENTO	32	100%	140,82

<sup>153</sup> Si veda punto 5.1 del Questionario enti del SSN - Sezione Autonomie - dell'I.N.R.C.A.

<sup>154</sup> Si veda il bilancio d'esercizio 2016 INRCA - Allegati alla determina n. 242 del 26/06/2017 - pag. 26, "La svalutazione dei crediti è avvenuta in maniera analitica per singolo credito come dettagliato nella tabella CRED01 della nota integrativa".

<sup>155</sup> Si veda il Bilancio d'esercizio 2016 INRCA - Allegati alla determina n. 242 del 26/06/2017 pagg. 262: "nel 2015 vi era stato un forte accantonamento a copertura della svalutazione di crediti collegati alla nota vicenda Tambroni e registrati come azione di rivalsa rispetto ai costi sostenuti mentre nel corso del 2016 si è proceduto all'effettuazione di accantonamenti per legge Balduzzi, per i rinnovi contrattuali e accantonamenti rischi in misura più contenuta in quanto non necessari".

<sup>156</sup> Si veda il Bilancio d'esercizio 2016 INRCA - Allegati alla determina n. 242 del 26/06/2017 pagg. 58/59.

FV1100575	DITTA PICCOLA PASTICCERIA	64,80	SCIOGLIMENTO E LIQUIDAZIONE FALLIMENTO	32	100%	64,80
FV1000283	DITTA RICCIOMANIA	64,60	SCIOGLIMENTO E LIQUIDAZIONE FALLIMENTO	32	100%	64,60
FV0900633 - FV1000052	CASA DI CURA SAN SALVATORE	80,84	SCIOGLIMENTO E LIQUIDAZIONE FALLIMENTO	32	100%	80,84
FV0900279	IMPRESA PULIZIE MONDO SERVICE	710,60	SCIOGLIMENTO E LIQUIDAZIONE FALLIMENTO	32	100%	710,60
FV0800675	IMPRESA GEOM. NATERI FRANCO	493,99	SCIOGLIMENTO E LIQUIDAZIONE FALLIMENTO	32	100%	493,99
FV0800361-488	CEPRAM SRL	1.808,28	LIQUIDAZIONE VOLONTARIA FALLIMENTO	32	100%	1.808,28
FV0800041	MOCHITA SRL	81,84	SCIOGLIMENTO E LIQUIDAZIONE	32	100%	81,84
2007-2008-2009- 2010-20112012- 2013	CASA DI CURA "MADONNA DELLA CATENA"	32.071,20	Credito non scaduto/ditta in liquidazione/Pratica UO Affari Legali	26	50%	16.035,60
2007-2008	CASA DI CURA PROF. SANTORO SRL	11.583,81	Credito non scaduto/ditta in liquidazione/Pratica UO Affari Legali	26	80%	9.267,05
FV1200140	ISTITUTO MESERERE - MEDICAL SERVICE RENDE SRL	155,81	SCIOGLIMENTO E LIQUIDAZIONE FALLIMENTO	26	100%	155,81
FV0800531	BRUTIA MARMI SAS	34,64	FALLIMENTO	26	100%	34,64
2013	MEDICA LINE	1.573,00	Credito non scaduto (ditta fallita) insinuazione nel passivo	36	50%	786,50
2011	CASA DI CURA STELLA MARIS	47,70	Credito non scaduto (ditta fallita) insinuazione nel passivo	36	100%	47,70
2008-2009	SALUS	81,20	Credito non scaduto (ditta fallita) insinuazione nel passivo	36	50%	40,60
FV0900029	D'ELIA DR.SSA ROSELLINA	480,00	Destinatario irreperibile	36	100%	480,00
2009	ISTITUTO DERMOPATICO	20.000,00	Credito non scaduto/ditta in liquidazione/Pratica UO Affari Legali	40	50%	10.000,00
2011-2012	MONTEREM	5.000,00	Credito non scaduto (ditta fallita)	40	100%	5.000,00
			<b>Totale</b>			<b>84.509,24</b>

Fonte: Bilancio d'esercizio 2016 INRCA - Allegati alla determina n. 242 del 26/06/2017 pagg. 58/59.

A tal proposito il Collegio Sindacale invita l'Istituto a voler porre in essere tutte le azioni possibili per il recupero degli stessi.

**Sulla base di quanto sopra riscontrato, la Sezione raccomanda di procedere ad un attento monitoraggio dell'attività di recupero dei crediti.**

### 3.13 I debiti

Il bilancio d'esercizio 2016 dell'INRCA presenta debiti verso la Regione per complessivi 1.463.707 euro<sup>157</sup>, che riguardano debiti regionali diversi relativi all'anno 2016.

I debiti, rappresentano solo le voci unicamente attribuibili al Por INRCA e non tengono conto di eventuali partite "miste" riguardanti più Presidi.

**Tabella 67 - Debiti dell'INRCA verso la Regione - anno 2016**

Debiti v/Regione Marche	
Anno	Importo (euro)
<b>Totale al 31/12/2016</b>	<b>1.463.707</b>
<i>di cui relativi all'anno:</i>	
2012 e precedenti	0
2013	0
2014	0
2015	0
2016	1.463.707

Fonte: Questionario Enti del SSN – Sezione Autonomie – dell'INRCA anno 2016

I debiti verso le aziende sanitarie pubbliche, al 31/12/2016, ammontano a complessivi 12.480.481 euro, in lieve aumento (312.705 euro, ovvero il 2,57 per cento) del rispetto al 2015 (pari a 12.167.776 euro al 31.12.2015)<sup>158</sup>. I debiti verso le Regioni sono aumentati per 1.429.114 euro e riguardano esclusivamente il saldo verso la Regione Marche derivante dall'estinzione del debito dell'anno 2015, per 34.593 euro, e dal sorgere del debito per l'anno 2016, di 1.463.707 euro, come da Decreto n. 421/2017. Tale posta debitoria è stata generata dalla differenza tra i maggiori acconti erogati nel corso del 2016 per i LEA ed il finanziamento finale assegnato in sede di chiusura di bilancio come da Decreto n. 421/2017.

<sup>157</sup> Si veda punto 9.1 – pag. 42 del questionario al bilancio di esercizio 2016 dell'INRCA.

<sup>158</sup> Si veda punto 9.1 – pag. 42 del questionario al bilancio di esercizio 2016 dell'INRCA.

Dall'esame della composizione, si evince che tali debiti riguardano esclusivamente aziende sanitarie pubbliche regionali, per altre prestazioni.

**Tabella 68 - Debiti dell'INRCA verso le altre aziende sanitarie pubbliche - anno 2016**

Anno	Importo (euro)
<b>Totale al 31/12/2016</b>	<b>12.480.481</b>
<i>di cui relativi all'anno:</i>	
- 2012 e precedenti	8.441.552
-2013	694.841
-2014	1.584.784
-2015	691.551
-2016	1.067.753

Fonte: Questionario Enti del SSN – Sezione Autonomie – dell'INRCA anno 2016

Ulteriori voci di debito riguardano i debiti nei confronti:

- dello Stato, per l'importo di 1.668.075 euro, relativi alla restituzione di finanziamenti destinati alla ricerca;
- del Tesoriere, per l'importo di 2.296 euro<sup>159</sup>;
- tributari per 1.621.571 euro;
- di Istituti previdenziali, assistenziali e sicurezza sociale, per 2.486.339 euro;
- di altri soggetti, per complessivi 10.809.070 euro (di cui: 9.697.383 euro verso dipendenti, 20.939 euro verso terzi finanziatori e 1.090.768 euro, per debiti diversi).

Il debito vs l'Istituto Tesoriere si riferisce alle spese bancarie del 4° trimestre 2016 il cui pagamento è avvenuto nel gennaio 2017. La variazione rispetto all'anno precedente è in diminuzione di 35.821 euro ed è interamente legata all'azzeramento degli oneri finanziari per il ricorso ad anticipazione di tesoreria che invece costituivano parte del saldo 2015 del debito vs il tesoriere.

La restante variazione rispetto all'anno precedente, in incremento per 837.444 euro, è il frutto del saldo algebrico degli scostamenti dei seguenti debiti:

- debiti per mutui, pari a -277.224 euro, variazione in diminuzione, relativa al pagamento delle rate dei mutui accesi presso Banca Marche di 500.000 euro, per il Por di Casatenovo (anno di acquisizione 2012) e di 3.000.000 euro, per il Por Marche (anno di acquisizione 2015)<sup>160</sup>;

<sup>159</sup> Il Collegio Sindacale, in riferimento alla riconciliazione dei saldi al 31/12/2016 dell'Istituto Tesoriere, fa presente che le competenze bancarie addebitate nel 2017 pari ad Euro 2.296 sono state iscritte tra i debiti verso il tesoriere.

<sup>160</sup> Nella Relazione al Bilancio d'esercizio 2016, il Collegio Sindacale ha attestato che "Nell'anno 2016 non sono stati contratti mutui. Il debito residuo dei mutui contratti, pertanto ammonta a Euro 3.010.849".

- debiti verso lo Stato, per l'importo di -198.722 euro, variazione in diminuzione dovuta alla chiusura, nel 2016, di commesse per progetti di ricerca ante 2011 i cui incassi, registrati come acconti, sono stati girati a ricavo solo in sede di chiusura di tali progetti;
- tributari, per - 237.017 euro, variazione in diminuzione;
- previdenziali, per 69.418 euro, variazione in aumento;
- debiti verso altri soggetti, per l'importo di 1.480.806 euro, variazione in aumento di cui 1.421.978 euro, è relativo ai debiti verso i dipendenti; tale variazione in aumento deriva dal fatto che nel corso del 2016 non sono state liquidate al personale spettanze di residui fondi di competenza di anni precedenti.

Per i debiti verso i fornitori che rappresentano la voce contabile di debiti più consistente, si rinvia al successivo paragrafo.

A seguito di richiesta di chiarimenti in merito alla mancata rappresentazione in Nota integrativa al bilancio d'esercizio 2016, da parte dell'INRCA, del prospetto relativo alla situazione dei rapporti di debito, rispetto agli altri enti del SSR, distintamente per singolo ente sanitario, l'Istituto con nota prot. n. 739221 del 15 febbraio 2019, ha risposto che il dettaglio dei rapporti di debito, rispetto agli altri enti del SSR, è stato inserito all'interno della tabella 42 anziché nella tabella 46 della Nota integrativa.

Dall'esame della sopra richiamata tabella 42, si rileva la seguente situazione<sup>161</sup>.

**Tabella 66 - Debiti verso Aziende sanitarie pubbliche della Regione Marche - anno 2016 - INRCA**

Debiti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - altre prestazioni	Valore iniziale	Incrementi	Decrementi	Valore finale	di cui per fatture da emettere
ASUR Marche	1.949.767	-	636.295	1.313.472	168.888
Azienda Ospedaliero-universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona	7.168.312	900.633	-	8.068.945	1.066.384
Ospedali Riuniti "Umberto I" Liqu.	2.507.750	-	-	2.507.750	-
Azienda Osp. "G.M. Lancisi" Liqu.	47.261	-	-	47.261	-
Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord"	1.747	22.261	-	24.008	22.381
<b>TOTALE</b>	<b>11.674.837</b>	<b>922.894</b>	<b>636.295</b>	<b>11.961.436</b>	<b>1.257.653</b>

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2016 dell'INRCA

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

<sup>161</sup> Si veda il bilancio d'esercizio 2016 INRCA - Allegati alla determina n. 242 del 26/06/2017 - Tab. 42 pagg. 82-84.

In sede di redazione del bilancio d'esercizio 2018, l'Ente provvederà alla corretta compilazione della sopra citata tabella 46.

### 3.13.1 Debiti verso fornitori

Il fenomeno dei debiti verso i fornitori evidenzia la seguente evoluzione, accertata dal Collegio Sindacale:

**Tabella 69 - Debiti verso fornitori**

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	9.685.117	7.519.532	2.165.585	6
2015	9.132.251	7.795.403	1.336.848	8
2014	9.126.261	5.862.918	3.263.343	4

Fonte: Questionario enti del SSN - Sezione Autonomie - INRCA - Ancona 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 ed è pari a **- 6 giorni**. Il risultato negativo indica che, in media i pagamenti sono avvenuti circa 6 giorni prima della scadenza. 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. 89<sup>162</sup>, 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'Istituto ha pubblicato sul sito istituzionale l'indicatore di tempestività di pagamento di cui all'art. 33 del d.lgs. 14 marzo 2013 n. 33<sup>163</sup> e art. 9 del d.p.c.m. 22 settembre 2014<sup>164</sup> e che al 31 dicembre 2016 è pari a **-6 giorni**.

<sup>162</sup>Art. 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.

<sup>163</sup>Art. 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».

<sup>164</sup> Art. 9 del d.p.c.m. 22/09/2014 - Definizione dell'indicatore di tempestività dei pagamenti

Il Collegio dei revisori ha specificato inoltre che nel sistema informativo dell'ente, ai sensi dell'art. 42 del d.l. 24/4/2014 n. 66<sup>165</sup>, convertito con modificazioni in legge 23/06/2014 n. 89 è operativo il registro unico delle fatture, quale parte integrante della contabilità aziendale.

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.
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.

<sup>165</sup> Art. 42 (Obbligo della tenuta del registro delle fatture presso le pubbliche amministrazioni)

1. Fermo restando quanto previsto da specifiche disposizioni di legge, a decorrere dal 1° luglio 2014, le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 adottano il registro unico delle fatture nel quale entro 10 giorni dal ricevimento sono annotate le fatture o le richieste equivalenti di pagamento per somministrazioni, forniture e appalti e per obbligazioni relative a prestazioni professionali emesse nei loro confronti. E' esclusa la possibilità di ricorrere a registri di settore o di reparto. Il registro delle fatture costituisce parte integrante del sistema informativo contabile. Al fine di ridurre gli oneri a carico delle amministrazioni, il registro delle fatture può essere sostituito dalle apposite funzionalità che saranno rese disponibili sulla piattaforma elettronica per la certificazione dei crediti di cui all'articolo 7, comma 1, del decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64. Nel registro delle fatture e degli altri documenti contabili equivalenti è annotato:

- a) il codice progressivo di registrazione;
- b) il numero di protocollo di entrata;
- c) il numero della fattura o del documento contabile equivalente;
- d) la data di emissione della fattura o del documento contabile equivalente;
- e) il nome del creditore e il relativo codice fiscale;
- f) l'oggetto della fornitura;
- g) l'importo totale, al lordo di IVA e di eventuali altri oneri e spese indicati;
- h) la scadenza della fattura;
- i) nel caso di enti in contabilità finanziaria, gli estremi dell'impegno indicato nella fattura o nel documento contabile equivalente ai sensi di quanto previsto dal primo periodo del presente comma oppure il capitolo e il piano gestionale, o analoghe unità gestionali del bilancio sul quale verrà effettuato il pagamento;
- l) se la spesa è rilevante o meno ai fini IVA;

L'Organo di revisione ha dettagliato l'importo dei pagamenti effettuati nell'anno 2016 in base all'anno di emissione della fattura:

**Tabella 70 - Pagamenti effettuati 2016**

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	
3.150	5.466	483	4.032.403	19.607.617	23.649.119	1.102.438

Fonte: Questionario enti del SSN - Sezione Autonomie - INRCA - Ancona anno 2016

Il Collegio Sindacale ha attestato che gli interessi passivi per ritardato pagamento ai fornitori hanno subito la seguente evoluzione:

**Tabella 71 - Interessi passivi ed altri oneri per ritardato pagamento**

Importo iscritto nel conto economico a qualsiasi titolo (interessi passivi, accantonamenti per interessi di mora, sopravvenienze ecc.)		
Esercizio	da factoring regionale	diretti
2016		2.325
2015		41.096
2014		159.422

Fonte: Questionario enti del SSN - Sezione Autonomie - INRCA - Ancona anno 2016

L'Organo di revisione non ha compilato, nel questionario, la tabella 10.4 dello stato patrimoniale relativa alla costituzione di un fondo per interessi moratori e per oneri di ritardato pagamento.

Già in sede di controllo sul Questionario enti del SSN - Sezione Autonomie - dell'anno 2015, alla richiesta di chiarimenti in merito alla non compilazione della tabella 10.4, il Collegio Sindacale, con nota prot. 10463 del 5 aprile 2018, ha precisato che non è stata compilata, in quanto, nel bilancio 2015 e precedenti, non è stato costituito l'apposito fondo. Gli importi indicati nella tabella 10.3 del questionario al bilancio 2015, per gli anni 2013-2014-2015, costituiscono dei costi per interessi passivi e/o sopravvenienze passive vs terzi per interessi

m) il Codice identificativo di gara (CIG), tranne i casi di esclusione dall'obbligo di tracciabilità di cui alla legge 13 Agosto 2010, n. 136;

n) il Codice unico di Progetto (CUP), in caso di fatture relative a opere pubbliche, interventi di manutenzione straordinaria, interventi finanziati da contributi comunitari e ove previsto ai sensi dell'articolo 11 della legge 16 gennaio 2003, n. 3;

o) qualsiasi altra informazione che si ritiene necessaria.

moratori la cui contropartita è costituita dal conto di debito riclassificato nella Voce SP PDA300-D.V11.2 Debiti vs altri fornitori (Schema d.m. 15/06/2012).

### **3.14 Fondi rischi ed oneri**

Con verbale n. 13 del 27/07/2017 di approvazione del bilancio 2016, il Collegio Sindacale ha attestato l'avvenuto rispetto delle condizioni per procedere all'iscrizione dei fondi rischi e oneri ed al relativo utilizzo.

Ha inoltre attestato che nella Nota integrativa sono indicate le passività potenziali possibili e che le quote di contributi vincolati di parte corrente non ancora utilizzate, nella fattispecie indicate dal modello CE (voce B.16.C e relative sottovoci) risultano essere accantonate negli appositi fondi spese.

L'Organo di revisione ha riferito che non esistono rischi con possibilità di subire perdite addizionali rispetto agli importi stanziati, né rischi probabili.



## 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 che non è conforme al dettato normativo l'intenzione manifestata dalla Regione Marche di procedere ad approvare il bilancio dell'Istituto limitatamente al sezionale Marche secondo le modalità finora in vigore, fino a che non verrà concordata un'apposita programmazione da parte delle regioni a cui afferiscono i Presidi dell'INRCA, con l'avvertenza che l'omissione non esonera l'Amministrazione regionale, e per quanto di competenza l'INRCA, da eventuali responsabilità circa il doveroso controllo e di sollecitare, a tal fine, specifiche intese con le regioni interessate;
- 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, osservando che il costo potrebbe anche essere calcolato a livello aggregato come costo generale del personale;
- 5) di rilevare che l'INRCA 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. 208.

Il Collegio Sindacale, nel questionario sul rendiconto 2016, ha precisato che, rispetto al punto a), di cui al sopra citato comma 539, l. n. 208/2015, l'INRCA ha attuato audit su segnalazioni di quasi evento- non conformità. Precisamente 5 SEA audit. Mentre, per un evento sentinella è stata attuata la Root-Cause Analysis.

Nei verbali degli audit sono stabiliti degli obiettivi di miglioramento per la messa in sicurezza delle attività cliniche, monitorati tramite le verifiche ispettive interne.

Il sistema è supportato da percorsi formativi: uno di cui al punto c), del citato comma 539, l. n. 208/2015, e altri relativi al Sistema Gestione Qualità Norma ISO 2001-2008.

Il Sistema Gestione Qualità Norma ISO 2001-2008, ha supportato con lo strumento delle verifiche ispettive interne e check- list specifica, un monitoraggio puntuale in ogni Unità Operativa degli aspetti operativi anche del Sistema gestione Rischio Clinico.

Rispetto al punto c), del comma 539, l. n. 208/2015, l'INRCA nel 2016 ha attivato il corso Sistema di gestione del rischio clinico: modello Inrca che constava di due edizioni di quattro giornate ciascuno. Il corso era rivolto ai Direttori responsabili di U.O., coordinatori infermieristici, referenti qualità - Rischio clinico POR Inrca - Osimo. Il corso è iniziato il 6 giugno 2016 ed è terminato il successivo 11 novembre 2016.

Rispetto al punto d), comma 539, l. n. 208/2015, premesso che la polizza assicurativa attualmente vigente prevede che il contenzioso sia seguito a cura e spese dalla compagnia di assicurazione, esiste, in ogni caso, sin dal 2012 il Comitato valutazione sinistri CO.VA.SI, di cui fanno parte esponenti dell'area medica e dell'ufficio legale che lo coordina. Detto comitato è stato rivisto e regolamentato nuovamente nel 2017 con la determina n. 237 del 21/06/2017. Esso è un comitato di natura multidisciplinare e collegiale di carattere consultivo che esprime parere obbligatorio, ma non vincolante, rispetto alle richieste di risarcimento danni per asserita responsabilità sanitaria e non. L'assistenza tecnica è assicurata dalla Direzione Medica di Presidio con il supporto del medico legale;

- 6) di prendere atto 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. e che, tale sistema, è in raccordo con il sistema di monitoraggio regionale ed in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti;
- 7) di prendere atto, altresì, che l'INRCA, fermo restando il disposto di cui all'art. 15, comma 13, lett. a), 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).

Il Collegio Sindacale, nel questionario sul rendiconto 2016, ha attestato che l'Istituto ha tentato di conseguire l'obiettivo scegliendo tra rimodulazione del prezzo e volumi per le forniture e riduzione del prezzo e del contenuto delle prestazioni per i servizi.

- 8) di prendere atto, inoltre, che, sulla base di quanto dichiarato dal Collegio Sindacale nel questionario sul rendiconto 2016, 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).

Il Direttore Generale, nella Relazione sulla gestione anno 2016 (Allegato "E"/1 alla determina n. 242/DGEN del 26/06/2017), ha rappresentato che, le acquisizioni di beni e servizi effettuati complessivamente dall'Istituto sono conformi alle leggi n. 94/2012, n. 135/2012 e n. 89/2014 ed al d.p.c.m., pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 32 del 09/02/2016, oltre che alle norme regionali di settore.

L'Istituto, in particolare, ricorre obbligatoriamente alla SUAM (Stazione Unica Appaltante Marche - istituita con legge regionale Marche n. 12 del 14/05/2012) per gli acquisti centralizzati delle categorie merceologiche di beni e servizi, compresi anche le forniture di cui al d.p.c.m. sopra citato, partecipando attivamente ai vari incontri ed alla elaborazione dei documenti di gara richiesti dalla SUAM.

La predetta SUAM ha avviato, nell'anno 2015, le procedure relative a "aghi e siringhe", "antisettici e disinfettanti" e "cancelleria" che sono state aggiudicate nell'anno 2016.

I contratti relativi a "antisettici e disinfettanti" sono stati stipulati nell'anno 2016 per un importo complessivo annuo di 25.882,26 euro, IVA compresa. Per le procedure relative a "aghi e siringhe" e "cancelleria" i contratti non sono stati stipulati nell'anno 2016 e, pertanto, l'Istituto ha dovuto provvedere direttamente ad espletare le varie procedure per assicurare la fornitura di beni e servizi. Gli importi annui relativi ai contratti per la fornitura di "aghi e siringhe" e "cancelleria" ammontano, rispettivamente, a 122.136,47 euro ed a 73.582,24 euro, IVA compresa.

Lo stesso Direttore Generale ha precisato che l'Istituto ha dovuto altresì provvedere direttamente ad espletare le varie procedure anche per le acquisizioni di cui al d.p.c.m. citato in premessa, laddove non siano state attivate dalla SUAM le relative gare.

In merito al ricorso ai sistemi telematici messi a disposizione da Consip, l'Istituto si è attenuto alle disposizioni di cui al d.l. n. 95 del 06/07/2012 e s.m.i., nonché alle disposizioni della legge di stabilità n. 208/2015, utilizzando, per acquisti di beni e servizi

di importo pari o superiori a 1.000,00 euro, relativi alle categorie merceologiche presenti nella piattaforma CONSIP, gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa CONSIP.

In merito al MEPA, nel corso dell'anno 2016, l'Istituto ha stipulato n. 150 contratti di acquisto per n. 680 lotti per beni e servizi, come sotto riportato:

- 326.946,92 euro per nuove adesioni, anche pluriennali, alle convenzioni Consip;
- 4.966.669,32 euro per nuovi contratti, anche pluriennali, stipulati con procedure MEPA.

Nell'anno 2016, erano attive ulteriori convenzioni e contratti MEPA, pluriennali, stipulati negli anni precedenti.

Inoltre, il Direttore Generale ha sottolineato che:

- l'Istituto ha aderito alla nuova gara regionale Farmaci, espletata dall'ASUR Marche, i cui contratti sono stati stipulati nell'anno 2016. L'importo annuo di tali acquisti è quantificabile in circa 1.627.670,64 euro, IVA compresa;
- nell'anno 2016 erano operativi i seguenti contratti, relativamente a gare svolte in anni precedenti in associazione con l'A.O.U. Ospedali Riuniti di Torrette:
  - Sacche nutrizione artificiale parenterale 87.225,78 euro;
  - Provette sottovuoto 161.918,40 euro;
  - Service Dialisi 549.661,52 euro.

Infine, lo stesso Direttore Generale ha segnalato che, nell'anno 2016, l'Istituto ha comunicato all'ASUR Marche l'intenzione di avvalersi dell'ASUR stessa in qualità di Centrale di committenza, ai sensi di quanto previsto dall'art. 8 bis, comma 6, della legge regionale n. 13/2003 e s.m.i., per le seguenti categorie merceologiche:

- Suture, laparo e videolaparo e suturatrici meccaniche;
- Medicazioni avanzate;
- Nutrizione enterale;
- Guanti chirurgici sterili e guanti non sterili;
- Fornitura di materiale in TNT (tessuto non tessuto) sterile e non sterile;
- Cateteri e sacche;
- Fornitura gas medicinali;
- Servizio riscossione tramite casse automatiche;
- Dispositivi di prelievo ematico;

9) di rilevare che, nell'anno 2016, sono state attivate dall'INRCA le seguenti proroghe di contratti:

- Proroga per un periodo di 6 mesi del servizio di raccolta, trasporto, smaltimento rifiuti speciali derivanti da attività sanitarie e non sanitarie presso tutti i Presidi INRCA, per il periodo dal 5 ottobre 2015 al 4 aprile 2016, la cui scadenza naturale del contratto è stata il 4 ottobre 2015. Nel contratto è stata prevista la possibilità di prorogare il servizio per un periodo di 6 mesi, in attesa dell'espletamento delle procedure di gara. Il nuovo servizio è iniziato il 5 aprile 2016 ed il bando relativo alla procedura aperta espletata è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Italiana n. 115 del 30/09/2015;
- Proroga per un periodo di 5 mesi del servizio di gestione e manutenzione delle apparecchiature elettromedicali in dotazione ai vari Presidi Ospedalieri INRCA, per il periodo dal 1 giugno 2016 al 31 ottobre 2016, la cui scadenza naturale del contratto è stata il 31 maggio 2016. Nel contratto è stata prevista la possibilità di prorogare il servizio per un periodo di 6 mesi in attesa dell'espletamento delle procedure di gara. Il nuovo servizio è iniziato il 1 novembre 2016 ed il bando relativo alla procedura aperta espletata è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Italiana n. 150 del 21/12/2015;

10) 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;

- 11) di rilevare, tuttavia, 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), come da verbale della riunione del 22 febbraio 2018 (Allegato 4);
- 12) di evidenziare che la spesa dei dispositivi medici sostenuta dall'INRCA, con riferimento alla voce modello CE "BA0210 B.1.A.3) Dispositivi medici", a consuntivo 2016, risulta pari a 5.290.946 euro, con un incremento di 149.503 euro rispetto all'anno precedente (+ 2,91 per cento).

In particolare, gli scostamenti positivi più rilevanti risultano registrati alle seguenti voci di costo:

- BA0220 - B.1.A.3.1) Dispositivi medici - i costi, per complessivi 2.615.181 euro, risultano incrementati di 148.841 euro rispetto all'esercizio precedente (+6,03 per cento);
- BA0240 - B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) - i costi, per complessivi 1.894.538 euro risultano incrementati di 47.250 euro rispetto all'anno precedente (+2,56 per cento).

L'INRCA, con nota prot. n. 5255/19-DG del 15/02/2019, ha attestato che l'incremento del costo dei dispositivi medici diagnostici in vitro deriva da variazioni diversificate tra loro:

- Incremento degli acquisti per maggiore attività nell'ambito del Laboratorio di analisi di Ancona, come desumibile dal bilancio sezionale dei Presidi Marche (saldo +75.746,71 euro);
- Decremento degli acquisti per attuazione di percorsi di razionalizzazione nell'ambito del Laboratorio di Analisi di Casatenovo, come desumibile dal bilancio sezionale del Presidio (saldo -7.914,87 euro).
- Decremento degli acquisti per riduzione di attività derivante da un minor accesso di privati nell'ambito del Laboratorio di analisi di Cosenza (saldo -36.372,11 euro);
- Incremento degli acquisti per maggiore attività di ricerca scientifica interamente finanziata da fondi di ricerca finalizzata e dunque non gravante sui costi di bilancio istituzionale (saldo +15.790,42 euro).

Con successiva nota prot. n. 7060/19-DG dell'1 marzo 2019, l'Istituto ha rappresentato, relativamente alla voce di spesa del CE BA0220 - B.1.A.3.1) Dispositivi medici, che gli incrementi sono concentrati particolarmente nei Presidi marchigiani e, nello specifico, nel Presidio di Ancona e sono legati all'incremento dell'attività del Reparto di Urologia che ha aumentato l'attività chirurgica e, conseguentemente, di sala operatoria rispetto al 2015. I dispositivi medici impiantabili sono invece in leggera contrazione per una piccola riduzione nell'attività di implementazione dei pacemaker;

- 13) di rilevare che, dai dati esposti dal Collegio Sindacale nella Relazione al bilancio 2016, allegata al verbale n. 13 del 27 luglio 2017 (Allegato 2), la spesa relativa ad "Altri costi per acquisti di beni e servizi", al netto delle variazioni delle rimanenze, pari a 27.603.031 euro, risulta decrementata di 1.613.474 euro, pari a -5,52 per cento, rispetto a quella dell'esercizio 2015, che è stata pari a 29.216.505 euro;
- 14) di rilevare che, la spesa relativa agli "Acquisti di beni" (Modello CE Ministeriale - voce B.1)), i cui costi complessivi sono stati pari a 9.055.643 euro (di cui: beni sanitari 8.773.793 euro e beni non sanitari 281.851 euro), risulta in incremento per complessivi 299.697 euro (+3,42 per cento) rispetto all'anno precedente, così determinato:
- beni sanitari in incremento per 320.144 euro, pari al 3,79 per cento;
  - beni non sanitari in decremento per 20.448 euro, pari al -6,76 per cento.

In merito, il Direttore Generale dell'INRCA, nella Relazione sulla gestione anno 2016 (Allegato "E"/1 alla determina n. 242/DGEN del 26/06/2017), ha rappresentato che, nell'area degli acquisti di beni sanitari e non sanitari, rispetto all'esercizio 2015, risulta un leggero incremento dei costi, se si considera anche il delta nell'ambito delle variazioni delle rimanenze. Facendo un focus specifico per l'area, l'incremento è essenzialmente nell'area farmaceutica e in quella dei dispositivi medici per motivazioni diversificate a livello di Presidio;

- 15) di rilevare, altresì, che, la spesa relativa agli "Acquisti di servizi" (Modello CE Ministeriale - voce B.2)), i cui costi complessivi sono stati pari a 15.640.859 euro (di cui: sanitari 5.447.828 euro e non sanitari 10.193.031 euro), risulta in decremento per complessivi 1.535.366 euro (-8,94 per cento) rispetto all'anno precedente, per complessivi 1.535.367 euro (-8,94 per cento) rispetto all'anno precedente, come sotto specificato:
- servizi sanitari in diminuzione per 926.886 euro, pari a -14,54 per cento;

- servizi non sanitari in diminuzione per 608.481 euro, pari a -5,63 per cento.

In merito, il Direttore Generale dell'INRCA, nella Relazione sulla gestione anno 2016 (Allegato "E"/1 alla determina n. 242/DGEN del 26/06/2017), ha rappresentato quanto segue:

- il decremento, rispetto al 2015, nell'area degli acquisti di servizi sanitari, dovuto a più variazioni di segno diversificato tra loro. Al di là di riclassificazioni di conto, i decrementi sono essenzialmente concentrati nell'ambito dell'area delle consulenze, collaborazioni, ecc. collegate al mondo della ricerca finalizzata, per sua natura estremamente variabile da un anno all'altro;
- il decremento, rispetto al 2015, nell'area degli acquisti di servizi non sanitari, dovuto a più variazioni diversificate, anche se la principale voce di variazione in decremento è data dal servizio di riscaldamento che ha visto, nel corso del 2015, l'avvio di un nuovo contratto che ha ampliato la gamma dei servizi acquisiti, mentre, nel 2016, vi è stata una razionalizzazione dei consumi. Risultano poi in diminuzione in maniera rilevante gli altri servizi collegati al mondo della ricerca finalizzata per la loro natura estremamente variabile da un anno all'altro;

16) di evidenziare, specificatamente alla spesa relativa agli acquisti di beni sanitari e non sanitari, gli scostamenti positivi più significativi rilevati:

Beni sanitari:

- BA0040 - B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale - i costi, per complessivi 2.975.683 euro, risultano incrementati di 206.796 euro rispetto all'esercizio precedente (+7,47 per cento);
- BA0260 - B.1.A.5) Materiali per la profilassi (vaccini) - i costi, per complessivi 70.339 euro, risultano incrementati di 10.764 euro rispetto all'anno precedente (+18,07 per cento).

L'INRCA, con nota prot. n. 5255/19-DG del 15 febbraio 2019, ha rappresentato che l'incremento del costo dei materiali per la profilassi (vaccini) è interamente dovuto alla maggiore attività di somministrazione vaccini erogata nell'ambito del Presidio di Casatenovo, unico Presidio che eroga questa attività in ambito Inrca.

Beni non sanitari:

- BA0320 - B.1.B.1) Prodotti alimentari – i costi, per complessivi 11.289 euro, risultano incrementati di 2.839 euro rispetto all’anno precedente (+33,60 per cento);
- BA0350 - B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria – i costi, per complessivi 158.587 euro, risultano incrementati di 5.466 euro rispetto all’esercizio precedente (+3,57 per cento);
- BA0370 - B.1.B.6) Altri beni e prodotti non sanitari – i costi, per complessivi 49.794 euro, risultano incrementati di 10.348 euro rispetto all’esercizio precedente (+26,23 per cento).

In merito, l’INRCA, con nota prot. n. 5255/19-DG del 15 febbraio 2019, ha attestato quanto segue:

- L’incremento del costo dei prodotti alimentari fa riferimento al maggior uso di questi prodotti in ambito ospedaliero per situazioni residuali rispetto alla somministrazione dei pasti tramite servizio mensa. Tali richieste sono estemporanee e derivano dalla particolare utenza servita (pazienti mediamente ultra 75enni) e sono concentrate nei Presidi marchigiani;
  - L’incremento degli acquisti dei supporti informatici e di cancelleria deriva dal maggior uso di tali beni in ambito aziendale, peraltro di bassa entità e derivante anche da situazioni di un leggero e occasionale incremento nelle scorte finali;
  - L’incremento degli acquisti di altri beni e prodotti non sanitari deriva essenzialmente dal saldo algebrico tra i maggiori acquisti per dotazioni antincendi e per il rifacimento della segnaletica del Presidio di Fermo e il minor acquisto di materiali agricoli per terreni;
- 17) di rilevare, relativamente alle seguenti spese per acquisti di servizi sanitari, quanto segue:
- BA0530 - B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale - i costi registrati nel 2016, pari a 1.803.895 euro, risultano incrementati di 47.531 euro rispetto all’anno precedente (+2,71 per cento), i cui costi sono stati pari a 1.756.364 euro. Lo scostamento positivo più rilevante risulta registrato alla seguente voce di costo:
    - BA0560 - B.2.A.3.3) - da pubblico (Extraregione) – i costi, per complessivi 32.914 euro, risultano incrementati di 15.876 euro (+93,18 per cento) rispetto all’esercizio precedente;

- BA1090 - B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario - i costi registrati nel 2016, pari a 378.376 euro, risultano incrementati di 8.060 euro rispetto all'anno precedente (+2,18 per cento), i cui costi sono stati pari a 370.316 euro.

Tale scostamento positivo risulta registrato alla voce di costo BA1130 - B.2.A.11.4) - da privato;

- BA1200 - B.2.A.13) Compartecipazione al personale per attività libero-prof. (intramoenia) - i costi registrati nel 2016, pari a 1.324.872 euro, risultano incrementati di 65.425 euro rispetto all'anno precedente (+5,19 per cento), i cui costi sono stati pari a 1.259.447 euro.

Lo scostamento positivo risulta registrato alla seguente voce di costo:

- BA1220 - B.2.A.13.2) Compartecipazione al personale per attività libero professionale intramoenia - Area specialistica - i costi, per complessivi 1.312.994 euro, risultano incrementati di 67.831 euro (+5,45 per cento) rispetto all'esercizio precedente;
- BA1280 - B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari - i costi registrati nel 2016, pari a 1.324.872 euro, risultano incrementati di 11.120 euro (+82,81 per cento) rispetto all'esercizio precedente, i cui costi sono stati pari a 13.429 euro.

Tale scostamento positivo risulta registrato alla voce di costo BA1330 - B.2.A.14.5) Altri rimborsi, assegni e contributi;

- BA1490 - B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria - i costi registrati nel 2016, pari a 28.808 euro, risultano incrementati di 6.713 euro (+30,38 per cento) rispetto all'esercizio precedente, i cui costi sono stati pari a 22.095 euro.

Gli scostamenti positivi risultano registrati alle seguenti voci di costo:

- BA1500 - B.2.A.16.1) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Aziende sanitarie pubbliche della Regione - i costi, per complessivi 550 euro, risultano incrementati di 339 euro (+160,66 per cento) rispetto all'esercizio precedente;
- BA1530 - B.2.A.16.4) Altri servizi sanitari da privato - i costi, per complessivi 28.204 euro, risultano incrementati di 6.428 euro (+29,52 per cento) rispetto all'esercizio precedente.

In merito, l'INRCA, con nota prot. n. 5255/19-DG del 15 febbraio 2019, ha rappresentato quanto segue:

- L'incremento dei costi per l'acquisto dei servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale deriva dal maggior acquisto di prestazioni da altri ospedali pubblici per esami diagnostici di laboratorio, endoscopico, radiologico e di altro genere particolarmente complessi e di cui l'Istituto non dispone la possibilità di erogarli direttamente. Tali esami sono erogati a favore di pazienti ricoverati presso i presidi Inrca. Rientrano in questa casistica anche gli acquisti per esami notturni di laboratorio, stante l'attività h12 del Laboratorio di Ancona. Per quanto riguarda gli acquisti fuori regione, si riferiscono quasi esclusivamente ad esami molto specifici e relativi al DNA erogati a favore della UO Neurologia di Ancona che, per loro natura, non sono circoscrivibili in quanto dipendono dalla particolare casistica dei pazienti trattati;
- L'incremento dei costi per l'acquisto di prestazioni di trasporto sanitario deriva dall'incremento nell'uso di tale servizio particolarmente concentrato nel Presidio di Cosenza. Nello specifico, si riferiscono al trasporto di pazienti per esami diagnostici in altri presidi, al trasporto di pazienti in dimissione verso altre strutture, al trasporto salme qualora dovuto, al trasporto interno di pazienti da un reparto alla diagnostica, ecc.;
- L'incremento dei costi relativi alla compartecipazione per libera professione è legato ad un eccessivo accantonamento del fondo perequativo anno 2016 che ha generato, nel corso del 2018, una insussistenza del passivo una volta che si è rilevato l'errore di procedura precedentemente eseguita,
- L'incremento nella voce rimborsi assegni e contributi fa riferimento ai contributi assegnati alla FIDAL (Federazione Italiana di Atletica Leggera) per la loro partecipazione al progetto di ricerca interamente sovvenzionato con finanziamento specifico denominato TRIPL-A STUDY;
- L'incremento dei costi nei servizi sanitari e socio-sanitari deriva dall'acquisizioni di servizi nell'ambito delle sperimentazioni cliniche, degli studi clinici e dei comitati di bioetica in gran parte finanziati da progetti di ricerca e/o sperimentazioni specifiche e comunque derivanti dall'attività scientifica dell'Istituto. La variazione di 339 euro deriva, invece, da un maggior utilizzo di visite fiscali richieste all'Asur;

- BA1350 – B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie - i costi, per complessivi 1.887.328 euro, risultano decrementati di 1.065.734 (-36,09 per cento) rispetto all'esercizio precedente, i cui costi sono stati pari a 2.953.062 euro.

In merito, nella Nota Integrativa, allegata alla determina n. 242/DGEN del 16/06/2017, sono stati riportati i dettagli per conto, qui di seguito illustrati:

- Consulenze sanitarie e sociosanitarie da aziende sanitarie pubbliche della Regione. Valore 171.321 euro.

Tale voce si riferisce a prestazioni sanitarie di diversa natura che l'Istituto acquista, in regime convenzionale, dalle altre aziende sanitarie.

Più precisamente:

- 118.750,17 euro dall'A.O.U. - Ospedali Riuniti di Ancona per prestazioni oncologiche, di laboratorio, anatomia patologica, igiene ospedaliera, ecc.;
- 52.571,01 euro dall'ASST di Lecco per consulenze ORL, farmacia, sorveglianza sanitaria e consulenze varie e ASST di Monza per convenzioni radiologia;
- Consulenze sanitarie e sociosanitarie da altri soggetti. Valore 18.898 euro.

Tale voce si riferisce alle convenzioni che l'Istituto stipula per l'avvio e lo sviluppo di progetti di ricerca;

- Consulenze sanitarie da privati, art. 55. Valore 3.600 euro.

Il valore registrato nel 2016 si riferisce unicamente al lavoro suppletivo svolto da parte del personale delle sedi Marche;

- Collaborazioni coordinate e continuative da private. Valore 687.557 euro.

Tale voce si riferisce ai rapporti di collaborazione coordinata e continuativa che l'Istituto contrae con professionisti iscritti all'albo nei ruoli sanitario e socio-sanitario, reclutati per avviare e sviluppare progetti di ricerca per circa oltre il 66 per cento e per il restante 34 per cento per esigenze dei Presidi Marche e Casatenovo.

Il valore 2016 corrisponde a circa 50 contratti di collaborazione;

- Indennità a personale universitario. Valore 356.224 euro.

Tale voce si riferisce al costo del personale universitario per la produttività e la retribuzione di risultato anno 2016;

- Altre prestazioni e collaborazioni di lavoro in area sanitaria. Valore 649.262 euro.

Tale voce si riferisce a retribuzioni per personale distaccato a Residenza Dorica.

18) di evidenziare, relativamente alle seguenti spese per acquisti di servizi non sanitari, quanto segue:

- Servizi non sanitari - i costi, per complessivi 9.675.177 euro, risultano decrementati di 508.210 euro (-4,99 per cento) rispetto all'esercizio precedente, i cui costi sono stati pari a 10.183.387 euro.

Gli scostamenti positivi risultano registrati alle seguenti voci di spesa:

- BA1580 - B.2.B.1.1) Lavanderia - i costi, per complessivi 921.728 euro, risultano incrementati di 30.750 euro (+3,45 per cento) rispetto all'esercizio precedente;
- BA1600 - B.2.B.1.3) Mensa - i costi, per complessivi 1.705.636 euro, risultano incrementati di 42.064 euro (+2,53 per cento) rispetto all'esercizio precedente;
- BA1630 - B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari) - i costi, per complessivi 240.970 euro, risultano incrementati di 17.262 euro (+7,72 per cento) rispetto all'esercizio precedente;
- BA1640 - B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti - i costi, per complessivi 385.152 euro, risultano incrementati di 41.520 euro (+12,08 per cento) rispetto all'esercizio precedente;
- BA1690 - B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale - i costi, per complessivi 23.152 euro, risultano incrementati di 3.067 euro (+15,27 per cento) rispetto all'esercizio precedente.

Il Direttore Generale, nella Relazione sulla gestione 2016, allegata alla determina n. 242/DGEN del 26/06/2017, ha attestato che, la diminuzione nell'ambito dei servizi appaltati è dovuta al saldo algebrico di più variazioni differenti tra loro. Al di là di piccole variazioni nell'ambito dei servizi "alberghieri", particolarmente rilevante è l'incremento dei costi dello smaltimento rifiuti per la realizzazione di operazioni non routinarie e la consistente diminuzione nel costo del riscaldamento che, dopo il forte incremento del 2015, per l'entrata in vigore di un nuovo contratto che ingloba anche servizi ulteriori tipo global service, oltre al riscaldamento, ha visto nel 2016 un assestamento dello stesso.

Inoltre, l'INRCA, con nota prot. n. 5255/19-DG del 15 febbraio 2019, ha rappresentato, nell'ambito dei servizi non sanitari, quanto segue:

- L'incremento dei costi per l'acquisto del servizio di Lavanderia e Mensa deriva essenzialmente da maggiori acquisizioni nel Presidio di Fermo legate all'attivazione nel corso del 2016 dell'attività di Degenza Post Acuzie che ha aumentato la dotazione di posti letto del Presidio stesso;
- L'incremento della spesa relativa all'acquisto dei servizi di trasporto non sanitario deriva dal maggior utilizzo di questo servizio legato al trasporto dei campioni biologici, alla consegna dei beni sanitari dal magazzino centrale, al servizio di facchinaggio in genere. Anche in questo caso, l'aumento è concentrato nei presidi marchigiani ed è in parte legato all'avvio dell'attività di degenza post acuzie a Fermo ed in parte legato alle maggiori esigenze produttive già viste nell'ambito dell'acquisto delle prestazioni sanitarie ambulatoriali;
- L'incremento dei costi relativi allo smaltimento rifiuti è legato esclusivamente all'operazione straordinaria di smaltimento effettuata nell'ambito del Presidio Tambroni;
- L'incremento dei costi per i premi di assicurazione RC professionale è dovuto al ricalcolo dei premi legati alle Polizze assicurative sostanze radioattive e apparecchiature radiologiche presenti nei Presidi, in quanto è stata aggiudicata la nuova gara;
- BA1360 - B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie - i costi, per complessivi 458.383 euro, risultano decrementati di 89.537 (-16,34 per cento) rispetto all'esercizio precedente, i cui costi sono stati pari a 547.920 euro; In merito alle Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato, nella Nota Integrativa, allegata alla determina n. 242/DGEN del 16/06/2017, è stato attestato che, nel 2016, i costi, pari a complessivi 414.621 euro, sono composti da diverse voci, che di seguito si descrivono sinteticamente:
  - Consulenze non sanitarie da privato. Valore 6.324 euro riconducibile sostanzialmente a due diverse tipologie di consulenze: Consulenze fiscali, amministrative, legali e tecniche da privati;
  - Consulenze, collaborazioni, interinali e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato, valore pari a 408.298 euro, suddiviso come segue:
    - 22.972,89 ruolo professionale;

- 189.017,42 ruolo tecnico;
- 196.307,46 ruolo amministrativo.

Il ruolo professionale riguarda l'assistenza religiosa erogata ai Presidi di Cosenza, Casatenovo e Marche.

In merito, l'INRCA, con nota prot. n. 5255/19-DG del 15 febbraio 2019, ha attestato che il personale religioso è contabilizzato alla voce del CE B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie. Inoltre, il numero complessivo dei preti operanti nei Presidi di Fermo, Cosenza e Casatenovo è pari a tre ed il compenso è stato stabilito sulla base della convenzione vigente tra le Arcidiocesi di competenza e l'Istituto.

L'Istituto, con successiva nota prot. n. 7060/19-DG dell' 1 marzo 2019, ha precisato che il numero dei nominativi è pari a cinque, poiché sono state considerate le figure in termini di unità equivalenti (due infatti quelli per Cosenza e Casatenovo figurano per frazioni di mesi), mentre considerati su base annua sono pari a tre, uno per ciascun Presidio (Fermo, Cosenza e Casatenovo).

Dei quasi 385 mila euro rimanenti, il 98 per cento si riferiscono a contratti di collaborazione stipulati per progetti di ricerca con statistici, ingegneri, economisti, ecc. ed il 2 per cento per esigenze dei vari Presidi;

- BA0390 - B.2.B.3) - Formazione (esternalizzata e non) - i costi registrati nel 2016, pari a 59.471 euro, risultano decrementati di 10.733 euro rispetto all'esercizio precedente (-15,29 per cento), i cui costi sono stati pari a 70.204 euro;
- BA1910 - B.3) - Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata) - i costi registrati nel 2016, pari a 2.431.983 euro, risultano in diminuzione di 110.180 euro rispetto all'anno precedente (-4,33 per cento), i cui costi sono stati pari a 2.542.163 euro.

Il Direttore Generale, nella Relazione sulla gestione 2016, allegata alla determina n. 242/DGEN del 26/06/2017, ha attestato che il decremento nell'area dei servizi di manutenzione è derivante dalla razionalizzazione in tale ambito anche in considerazione delle rilevanti manutenzioni straordinarie effettuate nel corso dell'esercizio.

Gli scostamenti positivi risultano registrati alle seguenti voci di spesa:

- BA1920 - B.3.A) Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze - i costi complessivi, pari a 470.564 euro, risultano incrementati di 34.488 (+7,91 per cento) rispetto all'esercizio precedente;
- BA1970 - B.3.F) Altre manutenzioni e riparazioni - i costi, per complessivi 366.186 euro, risultano incrementati di 6.792 euro (+1,89 per cento) rispetto all'esercizio precedente.

In merito, L'INRCA, con nota prot. n. 5255/19-DG del 15 febbraio 2019, ha attestato quanto segue:

- L'incremento dei costi relativi alle manutenzioni e riparazioni dei fabbricati deriva da variazioni diversificate nei diversi Presidi Inrca e legate comunque a necessità manifestatesi nel corso dell'esercizio e ritenute ineludibili, anche in considerazione della logica di puro mantenimento con la quale vengono effettuate.

In particolare, gran parte della variazione (quasi 20 mila euro) deriva da manutenzioni occasionali svolte nel corso del 2016 nei Presidi di Roma, Cagliari e presso Villa Montedomini e necessarie ad evitare situazioni di pericolo, ovvero, situazioni di potenziali danni che la struttura avrebbe potuto arrecare a persone;

- L'incremento dei costi relativi ad Altre manutenzioni e riparazioni fa riferimento a manutenzioni dell'area software e hardware, legate ai maggiori interventi richiesti, stante la stabilità dei contratti di manutenzione full service in questo ambito;
- BA1990 - B. 4) Godimento di beni di terzi - che i costi registrati nel 2016, pari a 688.557 euro, risultano in diminuzione di 79.805 euro rispetto all'anno precedente (-10,39 per cento), i cui costi sono stati pari a 768.362 euro.

Lo scostamento positivo è registrato alla voce di spesa BA2030 - B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria, i cui costi sono stati pari a 132.062 euro, in incremento di 11.607 euro (+9,64 per cento) rispetto all'esercizio precedente.

In merito, l'INRCA, con nota prot. n. 5255/19-DG del 15 febbraio 2019, ha attestato che l'incremento dei costi registrati nei canoni di noleggio di area non sanitaria fa riferimento a maggiori costi di noleggio software legati soprattutto all'attività dei Presidi di Casatenovo (introduzione obbligatoria del sistema Priamo - Piattaforma regionale per l'attività ambulatoriale) e Cosenza (entrata nel sistema CUP provinciale);

19) di rilevare che le valutazioni dei risultati conseguiti negli anni 2015 e 2016 dai Direttori Generali degli enti del SSR sono state approvate dalla Giunta regionale, rispettivamente, con d.g.r. n. 472 del 16/04/2018 e d.g.r. n. 4 del 07/01/2019. Inoltre, con d.g.r. n. 1693 del 10/12/2018, la Giunta regionale ha, tra l'altro, integrato i criteri di valutazione dei risultati. Si riportano di seguito in sintesi gli esiti della valutazione complessiva per INRCA, relativi agli anni 2015 e 2016:

Obiettivi sanitari 2015 - Punteggio raggiunto 27 su un totale di 40.

- Assistenza ospedaliera emergenza urgenza - Punteggio raggiunto 18 su un totale di 18.

Sono stati raggiunti al 100 per cento tutti gli obiettivi assegnati relativamente a:

- rapporto tra ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario  $\leq 0,10$ ;
- percentuale dei ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari  $\geq 27$  per cento.

Obiettivi economici 2015 - Punteggio raggiunto 52 su un totale di 60.

- Riduzione della spesa farmaceutica - Punteggio raggiunto 10 su un totale di 15.

Sono stati raggiunti al 100 per cento gli obiettivi, relativamente a:

- riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rispetto all'anno precedente;
- riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera rispetto all'anno precedente dell'1,5 per cento.

Non è stato raggiunto l'obiettivo di riduzione della spesa per dispositivi medici del 5 per cento.

Obiettivi sanitari 2016 - Punteggio raggiunto 38,55 su un totale di 40.

- Assistenza ospedaliera emergenza urgenza - Punteggio raggiunto 22,25 su un totale di 22,50.

Sono stati raggiunti al 100 per cento gli obiettivi assegnati, relativamente a:

- rapporto tra ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario  $\leq 0,10$ ;
- percentuale dei ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari  $\geq 27$  per cento.

È stato raggiunto al 94 per cento l'obiettivo di miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza (il cui target era 4 indicatori su 6).

È stato sterilizzato l'obiettivo di garantire l'appropriatezza ed efficienza delle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione in quanto, nel corso del 2016, sono stati emanati dal Ministero della salute nuovi criteri di valutazione dell'inappropriatezza dei ricoveri di riabilitazione.

- Assistenza farmaceutica - Punteggio raggiunto 1 su un totale di 2.

È stato raggiunto al 100 per cento l'obiettivo di aumento dell'uso di farmaci biosimilari. Non è stato raggiunto l'obiettivo di aumento dell'uso dei farmaci di classe A con brevetto scaduto.

Obiettivi economici 2016 - Punteggio raggiunto 58,5 su un totale di 60.

- Riduzione della spesa farmaceutica - Punteggio raggiunto 3,5 su un totale di 5.

È stato raggiunto al 100 per cento l'obiettivo di spesa farmaceutica territoriale.

L'obiettivo di spesa farmaceutica ospedaliera è stato sterilizzato considerato che il Nucleo ne ha accolto la proposta del Dirigente della PF competente secondo il quale l'obiettivo è stato in larga misura pregiudicato dall'emergenza sisma.

Non è stato raggiunto l'obiettivo di riduzione della spesa per dispositivi medici del 5 per cento;

20) 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);

21) di evidenziare che:

- la spesa farmaceutica ospedaliera, pari a 2.986.506 euro, è incrementata del 7,39 per cento, in termini percentuali, e di 205.400 euro, in termini assoluti;
- la spesa per la distribuzione diretta dei farmaci, pari a 779.585 euro, è decrementata del 33,30 per cento, in termini percentuali, e di 389.210 euro, in termini assoluti;

22) 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, co. 2, d.l. n. 95/2012, pari, rispettivamente, all'11,35 per cento ed al 3,5 per cento;

23) di raccomandare all'INRCA 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 determine di assunzione del personale, la loro finalizzazione all'emergenza-urgenza o alla garanzia dei LEA;

- 24) di raccomandare di procedere ad un attento monitoraggio dell'attività di recupero dei crediti.



# INDICE

1	VERIFICHE GENERALI.....	5
1.1	Metodologia e limiti del controllo .....	5
1.2	Riscontro sulle verifiche interne effettuate dal Collegio Sindacale .....	5
1.3	Aggiornamento sugli sviluppi relativi agli accordi transattivi ed al contenzioso.....	8
1.4	Verifica su indebitamento, anticipazione di tesoreria, e verifica del rispetto della destinazione del debito per spese di investimento.....	11
1.5	Verifiche sulle partecipazioni.....	13
1.6	Gestione attiva del debito .....	14
1.7	Verifiche sul sistema informativo e struttura dei sistemi di controllo interno .....	14
1.8	Verifiche sulla circolarizzazione dei crediti e debiti ed influenza sul bilancio.....	14
1.9	Riduzione degli apparati amministrativi .....	16
1.10	Riscontri sulla omogeneità e corrispondenza dei dati contabili .....	18
1.11	Redazione del bilancio d'esercizio secondo il d.lgs. 118/2011.....	19
2	CONTO ECONOMICO .....	21
2.1	Verifiche sulla corrispondenza dei dati contabili.....	21
2.2	Analisi del valore della produzione .....	21
2.3	Verifica del ciclo di programmazione contabile.....	22
2.4	Verifiche sul sistema dei controlli sull'attività intramoenia .....	23
2.5	Attuazione art. 1 della legge 3 agosto 2007 n. 120 - attività libero professionale.....	26
2.6	Controllo sulla qualità delle attività e sulle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate .....	28
2.6.1	Verifica della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate da strutture pubbliche e private accreditate.....	35
2.7	Acquisti di beni con contributi in conto capitale da regione o con forme di finanziamento ad essi assimilate .....	52
2.8	Acquisto di beni e servizi.....	54
2.8.1	Verifica dei valori dei contratti di acquisto di beni e servizi rispetto ai prezzi di riferimento .....	60
2.8.2	Verifica circa la rinegoziazione dei contratti ai fini del conseguimento della riduzione degli importi e delle prestazioni dei contratti in essere.....	60

2.8.3	Verifica acquisto di beni e servizi tramite le centrali di committenza .....	61
2.8.4	Verifica circa l'attuazione del tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici	80
2.8.5	Verifica costi per acquisto di beni e servizi.....	88
2.9	Spesa farmaceutica.....	106
2.9.1	Verifica rispetto limite di spesa farmaceutica ospedaliera a livello regionale....	113
2.9.2	Verifica dei costi complessivi della spesa farmaceutica dell'INRCA.....	115
2.9.3	Verifica raggiungimento obiettivi regionali in materia di spesa farmaceutica ..	118
2.9.4	Misure di controllo dell'appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero.....	123
2.10	Spesa per il personale .....	136
2.11	Verifica del rispetto dei vincoli di legge ai sensi dell'art. 2, comma 71, l. n. 191/2009	136
2.11.1	Il calcolo della spesa per il personale appartenente alle categorie protette .....	141
2.11.2	Criteri di determinazione della spesa di personale .....	141
2.11.3	Altre considerazioni sul Costo del personale .....	144
2.12	Verifica del rispetto dei limiti di spesa programmati dalla Regione Marche .....	147
2.13	Programmazione del fabbisogno di personale e dotazione organica per l'anno 2016	148
2.14	Adempimenti ai sensi dell'art. 2, comma 72, lettere a) e b), della l. n. 191/2009.....	155
2.15	Verifica del rispetto dei vincoli di legge ex art. 9, comma 28, d.l. n. 78/2010.....	156
2.16	Contratti di servizi .....	160
2.17	La problematica relativa ai costi connessi ai lavoratori precari del SSN .....	160
2.18	Ferie maturate e non godute.....	163
2.19	Fondi per la retribuzione di risultato e della contrattazione integrativa.....	165
3	STATO PATRIMONIALE .....	167
3.1	Bilancio di esercizio al 31/12/2016 .....	167
3.2	Stato patrimoniale riclassificato .....	168
3.3	Gli ammortamenti.....	170
3.3.1	Disciplina generale ex art. 29, comma 1, lett. b), del d.lgs. n. 118/2011 .....	170
3.4	I contributi in conto esercizio .....	173
3.5	Altre informazioni relative alle immobilizzazioni materiali e immateriali.....	176
3.6	Il patrimonio netto .....	178

3.7	I contributi in conto capitale.....	181
3.8	Le rimanenze.....	182
3.9	I beni fuori uso.....	183
3.10	Risultato di esercizio 2016.....	183
3.11	I crediti.....	189
3.12	I crediti verso la Regione.....	190
3.12.1	I crediti verso la Regione per spesa corrente .....	191
3.12.2	I crediti verso la Regione per incrementi a patrimonio netto.....	191
3.12.3	I crediti verso Aziende sanitarie pubbliche .....	192
3.12.4	Altre informazioni relative ai crediti .....	193
3.12.5	Il Fondo svalutazione crediti.....	195
3.13	I debiti.....	197
3.13.1	Debiti verso fornitori.....	200
3.14	Fondi rischi ed oneri .....	203
4	CONCLUSIONI .....	205

## INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1 - INRCA: Ricorso all'anticipazione di tesoreria per l'anno 2016 .....	11
Tabella 2 - Anticipazioni di tesoreria .....	13
Tabella 3 - Posizioni debitorie e/o creditorie al 31/12/2016 .....	15
Tabella 4 - Limiti di spesa art. 6, d.l. 78/2010 - Es. 2016 .....	16
Tabella 5 - Limiti di spesa art. 6, d.l. 78/2010 - Es. 2015.....	17
Tabella 6 - Prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia es. 2016.....	24
Tabella 7 - Controlli analitici casuali (ai sensi dell'art. 79, comma 1 septies, legge 133 del 06/08/2008) strutture pubbliche - Anno di verifica 2016 .....	45
Tabella 8 - Controlli analitici casuali (ai sensi dell'art. 79, comma 1 septies, legge 133 del 06/08/2008) strutture private - Anno di verifica 2016 .....	45

Tabella 9 - Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza individuate dalle regioni ai sensi del d.m. del 10/12/2009 – strutture pubbliche - Anno di verifica 2016 .....	46
Tabella 10 - Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza individuate dalle regioni ai sensi del d.m. del 10/12/2009 – strutture private - Anno di verifica 2016 .....	47
Tabella 11 - Obiettivo sanitario 2 - Assistenza ospedaliera emergenza-urgenza .....	49
Tabella 12 - Modalità di approvvigionamento dell'UOC Acquisizione Beni e Servizi/Logistica.....	77
Tabella 13 - Descrizione adesione convenzione Consip anno 2016.....	78
Tabella 14 - Il tetto alla spesa per dispositivi medici nel 2016.....	83
Tabella 15 - Spesa dispositivi medici .....	85
Tabella 16 - Obiettivo 2016 riduzione spesa per dispositivi medici .....	86
Tabella 17 - Costi della produzione al netto delle variazioni delle rimanenze sanitarie e non sanitarie .....	88
Tabella 18 - Acquisti di beni e servizi – schema di bilancio – decreto interministeriale 20/03/2013 .....	89
Tabella 19 – Dettaglio voci di spesa relative agli Acquisti di beni sanitari e non sanitari .....	91
Tabella 20 – Dettaglio voci di spesa relative agli acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale, prestazioni di trasporto sanitario, compartecipazione al personale per attività libero-professionale (intrafirma), rimborsi, assegni e contributi sanitari e altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria .....	93
Tabella 21 – Dettaglio voci di spesa relative alle Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie .....	96
Tabella 22 – Dettaglio voci di spesa relative agli acquisti servizi non sanitari (voce B.2.B.1) ..	98
Tabella 23 – Dettaglio voci di spesa relative alle Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie.....	100
Tabella 24 - Elenco incarichi consulenze e collaborazioni INRCA.....	101
Tabella 25 - Dettaglio voci di spesa relative alla Formazione (esternalizzata e non) .....	102

Tabella 26 - Dettaglio voci di spesa relative alla Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata).....	103
Tabella 27 - Dettaglio voci di spesa relative al Godimento di beni di terzi.....	104
Tabella 28 - 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.....	113
Tabella 29 - Calcolo della spesa farmaceutica e del tetto stabilito dalla l. 222/2007 e dalla l. 135/2012.....	115
Tabella 30 - Dettaglio spesa per acquisto di prodotti farmaceutici ed emoderivati .....	116
Tabella 31 - Dettaglio acquisti di prodotti farmaceutici ed emoderivati per tipologia di distribuzione.....	117
Tabella 32 - Dettaglio acquisti di prodotti farmaceutici ed emoderivati per tipologia di distribuzione - Valori corretti.....	118
Tabella 33 - Obiettivi sanitari enti SSR relativi all'assistenza farmaceutica anno 2016 .....	119
Tabella 34 - Obiettivi sanitari INRCA anno 2016 relativi alla spesa farmaceutica.....	120
Tabella 35 -Rispetto dei limiti di spesa per il personale ai sensi dell'art. 2, c. 71, l. n. 191/2009 - INRCA - anno 2016.....	137
Tabella 36 - Rispetto del limite di spesa per il personale ex art. 2, c. 71, l. n. 191/2009 - INRCA - anno 2016.....	138
Tabella 37 - Confronto dati spesa personale INRCA 2016.....	138
Tabella 38 - Tetto della spesa di personale anno 2004*, ex art. 2, c. 71, l. n. 191/2009 - Regione Marche ed enti sanitari Regione Marche* .....	140
Tabella 39 - Scheda riepilogativa del costo del personale INRCA - 2016 .....	140
Tabella 40 - Scheda riepilogativa del costo del personale Regione Marche - anno 2004 .....	143
Tabella 41 - Andamento costo del personale INRCA al 31/12/2016.....	144
Tabella 42 - Costo del personale INRCA al 31/12/2016 - pagamenti per codici gestionali ..	145
Tabella 43 - Costo del personale INRCA al 31/12/2016 .....	145
Tabella 44 - Rispetto del limite di spesa per il personale ex art. 9, c. 28, d.l. n. 78/2010 - INRCA - anno 2016.....	156

Tabella 45 - Rispetto del limite di spesa per il personale ex art. 9, c. 28, d.l. n. 78/2010 - INRCA - anno 2016.....	157
Tabella 46 - Assunzioni presso l'INRCA al 31/12/2016 .....	157
Tabella 47 - Rispetto dei limiti di spesa per il personale ai sensi dell'art. 9 c. 28 d.l. 78/2010 - INRCA - anno 2016 .....	158
Tabella 48 - Piano di stabilizzazione del personale INRCA - anno 2016 .....	162
Tabella 49 - Prospetto delle ferie maturate non godute INRCA - anno 2016 .....	165
Tabella 50 - Situazione patrimoniale INRCA al 31/12/2016.....	167
Tabella 51 - Stato patrimoniale riclassificato INRCA al 31/12/2016 .....	168
Tabella 52 - Dati riassuntivi Stato patrimoniale INRCA - biennio 2015-2016.....	169
Tabella 53 - Ammortamenti delle immobilizzazioni - bilancio INRCA - Biennio 2015-2016	173
Tabella 54 - Contributi in conto esercizio INRCA 2016.....	173
Tabella 55 - Dettaglio rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti INRCA 2016.....	176
Tabella 56 - Patrimonio netto dell'INRCA biennio 2015-2016.....	178
Tabella 57 - Consistenza, movimentazioni e utilizzazioni delle poste del Patrimonio Netto dell'INRCA - Esercizio 2016 .....	178
Tabella 58 - Andamento del risultato d'esercizio dell'INRCA nel biennio 2015-2016.....	184
Tabella 59 - Risultato d'esercizio dell'INRCA nel biennio 2015-2016 .....	184
Tabella 60 - Dati relativi alle perdite iscritte nel bilancio INRCA in riferimento ai relativi anni .....	185
Tabella 61 - Riepilogo importi corrisposti a seguito dell'accordo transattivo dalla Regione Calabria all'INRCA.....	189
Tabella 62 - Crediti dell'INRCA verso la Regione per spesa corrente - anno 2016 .....	190
Tabella 63 - Crediti dell'INRCA verso la Regione per spesa corrente - anno 2016 .....	191
Tabella 64 - Crediti dell'INRCA per versamenti a patrimonio netto - anno 2016 .....	192
Tabella 65 - Crediti dell'INRCA verso aziende sanitarie pubbliche - anno 2016.....	192
Tabella 66 - Crediti diversi dell'INRCA - anno 2016 .....	195
Tabella 67 - Debiti dell'INRCA verso la Regione - anno 2016 .....	197
Tabella 68 - Debiti dell'INRCA verso le altre aziende sanitarie pubbliche - anno 2016 .....	198

Tabella 69 - Debiti verso fornitori.....	200
Tabella 70 - Pagamenti effettuati 2016 .....	202
Tabella 71 - Interessi passivi ed altri oneri per ritardato pagamento.....	202





CORTE DEI CONTI - CENTRO UNICO PER LA FOTORIPRODUZIONE E LA STAMPA - ROMA

