



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER LE MARCHE

**ISTITUTO NAZIONALE DI RIPOSO E
CURA PER ANZIANI - I.N.R.C.A.-
I.R.C.C.S.
BILANCIO DI ESERCIZIO 2017**

(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.-
I.R.C.C.S.
BILANCIO DI ESERCIZIO 2017**

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

Relatore:

Ref. Cristiana Cremonesi

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, 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. n. 12 del 25 giugno 2018 per l'esercizio 2017, nell'ambito dell'attività programmata giusta deliberazione n. 16/2017/INPR e n. 1/2019/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, dai pareri sul bilancio.

1.2 Riscontro sulle verifiche interne effettuate dal Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale, con verbale n. 2 del 26 luglio 2018, si è espresso favorevolmente sul bilancio di esercizio 2017.

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 una perdita di esercizio per l'anno 2017.

Il Collegio Sindacale, a tal proposito, ha osservato che *“il bilancio INRCA 2017 evidenzia un leggero peggioramento della perdita rispetto al 2016. Come ampiamente ripetuto in più sedi tale situazione è sostanzialmente il frutto di dinamiche regionali e ministeriali diversificate, stante il differente comportamento adottato dai vari interlocutori istituzionali. In questa logica si evidenzia che*

la perdita 2017 è interamente dovuta al sezionale del Por di Cosenza, per il quale comunque si evidenzia, come contemplato nell'interno dell'accordo transattivo concluso, un percorso da parte della Regione Calabria di ristoro, seppur postumo, delle perdite maturate nell'esercizio.

Il sezionale della Regione Marche presenta invece il pareggio di bilancio come da disposizioni contenute nella d.g.r. Marche n.638 del 14/05/2018 per la redazione del Bilancio d'esercizio 2017 degli Enti del SSR e per l'attuazione del Decreto Legislativo n.118 del 23/06/2011 e s.m.i..

Lo stesso dicasi per il sezionale del Por di Casatenovo per la cui redazione si è tenuto conto dei valori assegnati con i decreti Regione Lombardia n. 4725 del 04/04/2018 e n. 7266 del 21/05/2018 e delle linee guida contabili e tecniche inviate con nota prot. A1.2018.0053813 del 04/04/2018.

Si fa presente inoltre che il bilancio relativo al sezionale del Presidio di Casatenovo, come richiesto specificatamente dalla Regione Lombardia, è stato inserito in data 02/05/2018 nel Portale SCRIBA attraverso la compilazione ed il caricamento dei files e dei modelli previsti dalle linee guida regionali."

Inoltre, l'Organo di revisione, con verbale di approvazione del bilancio 2017, ha fatto presente che:

- con d.g.r. Marche n. 638 del 14/05/2018 la Regione Marche ha dettato "Disposizioni per la redazione del Bilancio d'esercizio 2017 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 2017 al **18 maggio 2018**.

A tal proposito, il Collegio Sindacale ha rilevato 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. 7266 del 21/05/2018 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 2017"; mentre la Regione Calabria ha provveduto con decreto n. 60 del 22/02/2018 ad oggetto "Riparto provvisorio del Fondo Sanitario Regionale a destinazione indistinta e delle quote vincolate anno 2017, ai sensi dell'art. 2 c. 2 sexies lett. d), del d. lgs. 502/92 e s.m.i. anno 2017" e ha trasmesso la tabella relativa alla ripartizione dei contributi all'Istituto via mail solo in data 2 luglio 2018.

- l'INRCA, 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 INRCA così come stabilito con l.r. Marche n. 21 del 21/12/2006.

Pertanto, il parere del Collegio Sindacale sul bilancio consuntivo, da esprimersi ai sensi dell'art 17 della l.r. Marche n. 26 del 1996, può essere fatto unicamente per l'INRCA inteso nella sua unicità e non per i singoli presidi.

- come già evidenziato negli anni precedenti, 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 negli anni precedenti, il mancato rispetto della tempistica, oltre che vanificare la funzione programmatica del bilancio preventivo, ha reso 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;
- di aver raccomandato 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. 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;
- di aver rilevato che il credito vs. "Compagnia Progetti e Costruzioni S.p.a." è riferibile a spese essenzialmente di vigilanza, per l'immobile Tambroni. Sulla base delle richieste del Collegio Sindacale, l'Istituto ha specificato che, inoltre, l'immobile Tambroni è oggetto di un rilevante contenzioso avanti l'Autorità Giudiziaria Ordinaria avviato dall'INRCA nei confronti della "Compagnia Progetti e Costruzioni S.p.a." L'immobile non è agibile per le problematiche strutturali che sono state oggetto di valutazione da parte dell'A.G. Penale e Contabile, i crediti sono oggetto di integrale svalutazione nel bilancio 2017 alla luce del

contenzioso in essere con la Compagnia Progetti e Costruzioni Spa. Al riguardo il Collegio Sindacale ha invitato l'Amministrazione ad adottare le opportune determinazioni sulla destinazione da dare a tale immobile, supportato da una complessiva valutazione tecnica.

A tal proposito, il Collegio Sindacale ha invitato l'Istituto a voler porre in essere tutte le azioni possibili per il recupero degli stessi;

- relativamente ai costi ed ai ricavi intramoenia, ha segnalato 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 merito ai debiti verso fornitori, il Collegio Sindacale ha osservato che il valore **-13** relativo all'indicatore di tempestività dei pagamenti indica che gli stessi sono avvenuti mediamente circa 13 giorni prima della scadenza. Il Collegio Sindacale, seppure l'indice segnali una tempestività, ha raccomandato il rispetto delle condizioni contrattuali per quanto attiene i tempi e le modalità di pagamento per la fornitura di beni e servizi ai fini della corretta applicazione della recente normativa in materia di pagamenti e certificazione (d.lgs. n. 192/2012 e d.l. n. 66/2014) ed al fine di evitare l'addebito degli interessi moratori, fatti salvi eventuali contenziosi o motivi ostativi di diversa natura.

1.3 Aggiornamento sugli sviluppi relativi agli accordi transattivi ed al contenzioso

L'Istituto ha proseguito le attività di relazioni istituzionali verso quelle regioni con cui esistono rapporti di debito/credito ancora pendenti.

Tale attività è stata già verificata in sede di relazione di parifica al rendiconto dell'esercizio 2018 della Regione Marche con deliberazione n. 39/2019/PARI del 11 luglio 2019.

Per la Calabria, a seguito di istruttoria per tale relazione, la Regione Marche ha riferito che, in merito alla sottoscrizione dello specifico accordo riguardante il piano di razionalizzazione e sviluppo del POR di Cosenza, previsto dall'accordo transattivo siglato con la Regione Calabria, non essendo pervenuto alcun riscontro da parte della Regione Calabria sulla proposta del

suddetto piano, trasmessa in data 5 marzo 2019, è stato formalizzato un sollecito di risposta, con successiva nota prot. n. 817172 in data 28 giugno 2019.

In sede istruttoria¹, è stato chiesto all'Istituto di riferire sugli aggiornamenti in merito agli ultimi sviluppi dell'accordo con la Regione Calabria ed anche sugli sviluppi del contenzioso con la Regione Sardegna.

L'Istituto, con nota prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020, ha rappresentato 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 dicembre 2012. In data 24 maggio 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. Il suddetto accordo è stato recepito dalla Regione Marche con d.g.r. n. 731/2018 e dall'INRCA con det. n. 175/DGEN/2018.

Tale schema prevedeva un accordo economico per i cui contenuti si rinvia a quanto già detto nel corso dell'istruttoria sul bilancio d'esercizio 2016 e la realizzazione di un Piano di razionalizzazione e sviluppo dell'INRCA di Cosenza da predisporre entro e non oltre il 30 settembre 2018.

In data 01 agosto 2018 la Regione Calabria ha emanato il decreto di liquidazione n. 8591/2018 ed in data 08 agosto 2018, sulla base di quanto disposto dal decreto di liquidazione, è stato incassato l'importo di 17.416.018,31 euro che andava ad estinguere parzialmente il credito vs la Regione Calabria di 19.254.861,00 euro al 31 dicembre 2017. La differenza di 1.838.842,69 euro 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 dicembre 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.

In data 24 dicembre 2019 è stata incassata la prima rata di 570.000 euro della seconda tranche dell'accordo concluso nel 2018 (Decreto Regione Calabria n. 15823 del 16 dicembre 2019); sempre nella stessa data è stato incassato l'importo di 1.177.231 euro a ripiano della perdita bilancio d'esercizio 2017 (decreto Regione Calabria n. 15861 del 16 dicembre 2019).

¹ Ns. nota prot. n. 985 del 23/04/2020.

Il Piano di sviluppo e razionalizzazione è stato inviato dall'Istituto alla Regione Marche in data 18 ottobre 2018, poi dalla Regione Marche alla Regione Calabria in data 05 marzo 2019 e riconfermato in data 28 giugno 2019, a Regione Calabria a sua volta ha confermato l'interesse sul piano proposto con la nota protocollo n.420932 del 06 dicembre 2019 nella quale afferma che si "...rappresenta a volontà di rispettare quanto stabilito nell'ambito dell'accordo transattivo sottoscritto il 18 maggio 2018 e recepito con DCA n. 118 del 24 maggio 2018."

Va inoltre segnalato che, a seguito della conclusione dell'accordo transattivo l'INRCA ha proceduto alla rinuncia del contenzioso pendente con la Regione Calabria il quale si è definitivamente estinto.

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 mila 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 marzo 2013) la cui udienza era stata fissata per il 09 dicembre 2014. La Corte ha rinviato l'udienza per la precisazione delle conclusioni al 10 aprile 2018 all'esito della quale l'appello è stato trattenuto in decisione e quindi la Corte territoriale con la sentenza n. 2994/2018 ha tuttavia rigettato l'appello. Avverso tale sentenza è stato interposto ricorso per Cassazione rubricato al numero di R.G. n. 18540/2019, tutt'ora pendente.

L'Istituto ha inoltre provveduto (det. 114/ DGEN del 22 marzo 2013) a presentare un'ulteriore causa verso la Regione Sardegna, per il periodo 2005-2012 per un valore complessivo di 15.851 mila euro rubricata al n. di R.G. 7063/2013.

Tale ulteriore giudizio è stato deciso con sentenza n. 1978/2019 del 13 settembre 2019 di rigetto delle pretese dell'Istituto.

Con DGEN. n. 178 del 12 maggio 2020 è stata disposta la proposizione dell'appello avverso la sentenza di cui sopra, che è stato notificato il 13 maggio 2020 ed iscritto a ruolo con il n. 137/2020 R.G., ancora non si è tenuta alcuna udienza."

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, la Sezione ha constatato 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'Ente non ha in essere operazioni di partenariato pubblico-privato come definite dal d.lgs. n. 50/2016, né operazioni qualificabili come indebitamento ai sensi dell'art. 3, co. 17, della l. n. 350/2003.

L'Organo di revisione ha specificato che il costo del debito (quota capitale ed interessi) relativo all'anno 2017, rientra nel limite quantitativo del 15 per cento delle entrate proprie correnti.

Il Collegio Sindacale ha attestato che, nel corso dell'anno 2017, l'Istituto non ha fatto ricorso ad anticipazioni di cassa: detta circostanza è stata, peraltro, evidenziata anche in sede di parifica al rendiconto della Regione Marche esercizio 2017 (deliberazione n 33/2018/PARI del 26/07/2018). Il Tesoriere ha presentato il rendiconto all'Istituto.

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. Precisa l'Istituto che con determina n. 8/GEN del 26/01/2017 è stata disposta l'estinzione anticipata del mutuo acceso presso la ex Banca Marche di 3.000.000,00 euro erogato nel giugno 2015 in quanto la Regione Marche, con d.g.r. n. 2635 del 27/12/2016 ha assegnato all'Ente la somma di 3.000.000,00 euro da destinare alla ricostruzione del presidio di Appignano, subordinatamente all'estinzione anticipata del contratto di mutuo.

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. Ha specificato che in attuazione di quanto previsto dalla normativa nel corso del 2016 è stato istituito l'OIV (ai sensi delle DGEN 329/2015 e 156/2016). Pertanto, l'esercizio 2017 è stato il primo anno in cui l'OIV ha seguito l'intero ciclo di gestione della performance, sin dalla approvazione del Piano della Performance (DGEN 17/2017). Tale attività ha trovato la sua conclusione con l'adozione da parte dell'OIV della "Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni in attuazione dell'art. 14, comma 4, lettera a) del d.lgs. n. 150/2009" che è stata inviata al Dipartimento della Funzione Pubblica con nota prot. n. 13034/18-DG del 30/04/2018.

L'Ente si è adeguato alle prescrizioni della normativa vigente in materia di tutela dei dati personali (con particolare riferimento al Regolamento 27/04/2016 n. 2016/679/UE).

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.

L'Istituto non ha gestioni contabili diverse da quella ordinaria (es. liquidatoria, stralcio, ecc.).

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. 638 del 14/05/2018, nell'ambito delle disposizioni per la redazione del bilancio di esercizio 2017 degli enti del SSR, ha riportato le posizioni debitorie e/o creditorie della Regione nei confronti dell'INRCA, maturate fino al 31/12/2017, 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 - Posizioni debitorie e/o creditorie al 31/12/2017

INRCA			Totale
	ABA390	INRCA B.II.2.a.3) Crediti v/ Regione o Provincia Autonoma per quota FSR di cui:	4.588.056
<i>a1</i>		riparto LEA	92.135
<i>a2</i>		quote finalizzate al Fondo indistinto	2.739.266
<i>a3</i>		quote vincolate del Fondo Sanitario	1.372.127
<i>a4</i>		Payback	384.528
<i>b</i>	PDA160	REGIONE - D.V.1.a) Debiti v/ Aziende sanitarie pubbliche della Regione per quota FSR	-4.588.056
<i>c=a+b</i>		REGIONE - Saldo quota FSR	0
<i>d</i>	ABA430	INRCA - B.II.2.a.7) Crediti v/ Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente	0
<i>e</i>	PDA170	REGIONE - D.V.1.b) Debiti v/ Aziende sanitarie pubbliche della Regione per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA	0
<i>f</i>	ABA450	INRCA - B.II.2.a.9) Crediti v/ Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - altro	0
<i>g</i>	PDA210	REGIONE - D.V.1.f) Debiti v/ Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per altre prestazioni	0
<i>h</i>	ABA460	INRCA - B.II.2.a.10) Crediti v/ Regione o provincia autonoma per ricerca	110.000
<i>i</i>	PDA210	REGIONE - D.V.1.f) Debiti v/ Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per altre prestazioni	-110.000
<i>j=d+e+f+g+h+i</i>		REGIONE - Saldo altri crediti correnti	0
<i>k</i>	ABA480	INRCA - B.II.2.b) Crediti v/ Regione o Provincia Autonoma per finanziamenti per investimenti	3.000.000
<i>k1</i>	ABA500	INRCA - B.II.2.b.3) Crediti v/ Regione o provincia Autonoma per ripiano perdite	16.009.000
<i>l</i>	PDA230	REGIONE - D.V.3) Debiti v/ Aziende sanitarie pubbliche della Regione per versamenti c/ patrimonio netto	-3.000.000
<i>l1</i>	PDA233	REGIONE - D.V.3) Debiti v/ Aziende sanitarie pubbliche della Regione per versamenti c/ patrimonio netto - ripiano perdite	-16.009.000
<i>m=k+l+k1+l1</i>		REGIONE - Saldo in conto capitale	0
<i>n</i>	PDA120	INRCA - D.III.5) Altri debiti v/ Regione o Provincia Autonoma	0
<i>o</i>	ABA580	REGIONE - B.II.4.a.3) Crediti v/ Aziende sanitarie pubbliche della Regione per altre prestazioni	0
<i>p=n+o</i>		REGIONE - Saldo altri debiti	0

Fonte: D.g.r. n. 638 del 14.05.2018 della Regione Marche

1.9 Redazione del bilancio d'esercizio secondo il d.lgs. n. 118/2011

Il Collegio Sindacale ha attestato che l'Istituto ha provveduto alla redazione del bilancio d'esercizio 2017 con lo schema definito con d.m. 20/03/2013²; la Nota integrativa è stata integralmente compilata e contiene i modelli CE e SP per l'esercizio 2017 e per l'esercizio 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 2017 è stato predisposto in ossequio alle disposizioni di cui all'art. 25 del d.lgs. 118/2011³. La Regione Marche, con d.g.r. n. 1640 del 27/12/2016, ha autorizzato gli enti del SSR e al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2017.

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

³ Il d.lgs. n. 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).

Di contro, il bilancio di previsione 2018 non è stato predisposto secondo quanto stabilito dal suddetto art. 25 del d.lgs. 118/2011, in quanto l'Azienda ha operato in base al budget provvisorio assegnato con d.g.r. n. 1617/2017, atteso che la Regione Marche ha emanato direttive in merito alla predisposizione del bilancio preventivo 2018 solo con d.g.r. n. 1778 del 27/12/2018.

2 CONTO ECONOMICO

2.1 Verifiche sulla corrispondenza dei dati contabili

I prospetti del conto economico e dello stato patrimoniale riproducono integralmente i modelli di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale degli enti del servizio sanitario nazionale, adottati dal Ministero della salute 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). Ha precisato inoltre che nell'NSIS viene inserito il modello CE dei singoli sezionali e non quello relativo all'intero Istituto, quindi la confrontabilità tra i dati di bilancio e quelli inviati al Ministero della salute può essere effettuata solo a livello di sezionale Marche, Cosenza e Casatenovo. Per quest'ultimo i dati vengono inseriti nell'NSIS direttamente dalla Regione Lombardia.

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.

Secondo quanto attestato dal Collegio Sindacale, rispetto al valore del finanziamento sanitario di competenza dell'esercizio 2017 attribuito all'ente con deliberazione regionale, la quota trasferita per cassa dalla Regione entro il **31 dicembre** risulta essere pari al **99,13** per cento:

Finanziamento sanitario di competenza	78.290.454
Quota trasferita entro il 31/12	77.604.022
%	99,13

(importi in euro)

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, del d.lgs. n. 502/1992, inserito dall'art. 15, comma 13, lett. g, del d.l. 95/2012.

2.3 Verifica del ciclo di programmazione contabile

La Regione Marche, con d.g.r. n. 1640 del 27 dicembre 2016, ha autorizzato gli enti del SSR alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2017.

La programmazione regionale definitiva per l'anno 2017 è stata adottata con d.g.r. n. 1616 del 28 dicembre 2017.

Con determina del Direttore Generale n. 19/DG dell' 8 febbraio 2018 di revoca delle det. n. 440/DGEN/2017 e det. n. 11/DGEN/2018 è stato riadottato il Bilancio preventivo 2017 e pluriennale 2017-2019 dell'I.N.R.C.A., approvato parzialmente, limitatamente al solo sezionale Marche, dalla Regione Marche con d.g.r. n. 349 del 19 marzo 2018.

Con determina del Direttore Generale n. 206/DG del 29 giugno 2018, è stato adottato il bilancio di esercizio per l'anno 2017 dell'Istituto, approvato parzialmente, **limitatamente al solo sezionale Marche** dalla Regione Marche con d.g.r. n. 1203 del 17 settembre 2018.

La Sezione nel rilevare la tardività con cui è stata approvata la programmazione regionale ed il bilancio preventivo economico 2017, 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.

A seguito di richiesta di aggiornamento in merito all'intesa interregionale per la sottoscrizione degli accordi con le Regioni Lombardia e Calabria che permetterà alla Regione Marche l'approvazione del bilancio unico dell'INRCA, previa presa d'atto dell'esito del controllo da parte di ciascuna Regione, l'Istituto, con nota prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020, ha rappresentato che:

“Il punto di partenza è costituito dalla legge regionale Marche n. 21/2006 (Disposizioni in materia di riordino della disciplina dell'Istituto Ricovero e Cura a Carattere Scientifico “INRCA” di Ancona) che ai sensi del sensi dell'art. 5 del d.lgs n. 288/03 ha, tra le altre cose, previsto all'art. 1 che “L'Istituto di Ricovero e Cura per Anziani “INRCA” è Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico a rilevanza nazionale non trasformato in fondazione, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico ed

autonomia amministrativa, tecnica, patrimoniale e contabile, ai sensi del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3).

L'INRCA ha sede legale ad Ancona e sedi periferiche nelle regioni Lombardia, Calabria e Marche”.

Questo assetto normativo ha creato una situazione peculiare in quanto si è in presenza di un Istituto unico, definito come ente del Servizio Sanitario della Regione Marche, ma con sedi in diverse regioni alle quali far riferimento.

Questa particolare dimensione giuridico istituzionale trova piena conferma nelle modalità operative in cui si svolge la Site Visit (con la partecipazione dei rappresentanti delle Regioni di riferimento nei rispetti Presidi) ma anche a livello MEF laddove sono stati istituiti sin dal 2007, e vengono regolarmente alimentati, sia trimestralmente che annualmente, nel sistema NSIS, i Conti Economici sezionali relativi ai Presidi Marchigiani, al Presidio di Casatenovo e al Presidio di Cosenza. **Ciascuno dei tre conti economici rientra nell'aggregato della Regione di appartenenza. Così il Ce sezionale dei Presidi Marchigiani viene aggregato nel sistema Ministeriale, Nsis, nel consolidato Regione Marche, il Ce sezionale del Por di Casatenovo in quello della Regione Lombardia e il Ce sezionale del Por di Cosenza in quello della Regione Calabria.**

Un ulteriore elemento di conferma di tale assetto è costituito dall'istituzione e dal pieno e regolare funzionamento sin dal 2007 del Consiglio di Indirizzo e Verifica (le cui competenze sono elencate analiticamente nell'art. 4 della l.r. 21/2006) la cui composizione, definita dal comma 1 dell'art. 4 della l.r. 21/2006 è la seguente: “Il consiglio di indirizzo e verifica è composto da:

- a) il presidente, scelto dal Presidente della Giunta regionale, sentito il Ministro della salute;
- b) quattro membri designati dal Consiglio regionale tra esperti in programmazione e gestione sanitaria, con voto limitato a tre;
- c) un membro designato da ciascuna delle Regioni in cui l'INRCA ha sedi periferiche, escluse le Marche;
- d) un membro designato dal Ministro della salute.”

Infine, si segnala che l'art. 2 comma 7 della citata legge regionale stabilisce che:

“Le sedi periferiche dell'INRCA operano nel rispetto della programmazione e della normativa sanitaria delle Regioni territorialmente competenti.”

In considerazione dell'assetto normativo appena descritto e, della necessità di conciliarlo con norme anche nazionali che hanno oramai consolidato il processo di regionalizzazione della sanità, **si è evidenziata in questi anni la necessità di giungere ad accordi tra le Regioni di riferimento dell'Istituto, anche al fine di fornire un'adeguata cornice giuridico amministrativa agli organi di governo aziendale per rendere pienamente operativa l'attività dell'Istituto.**

Peraltro, questi accordi erano previsti dalla citata legge n. 21/2006, laddove all'art. 13, comma 7, si stabiliva che: *"Il Presidente della Giunta regionale promuove la conclusione di appositi accordi, nelle forme previste dalla normativa vigente, tra la Regione Marche e le Regioni presso cui l'INRCA ha sedi operative per l'applicazione della presente legge e in particolare per l'attuazione della lettera c) del comma 1 dell'articolo 4"*.

Relativamente a quanto premesso, si segnala che, con riferimento **alla Regione Lombardia**, in considerazione della consolidata dinamica positiva di questi anni per la quale **l'Istituto è stato equiparato alle altre aziende del sistema sanitario regionale in termini di assegnazione di budget e di rendicontazione trimestrale ed annuale dei consuntivi**, sia utilizzando la stessa metodologia (l'interfaccia della piattaforma informatica regionale SCRIBA per il caricamento dei flussi vs Regione Lombardia) che il medesimo percorso anche in termini di delibere regionali e di decreti di assegnazione, si evidenziano gli importanti passi avanti realizzati e che hanno trovato conclusione nei seguenti atti:

- d.g.r. Regione Lombardia XI/ 1015 del 17/12/2018 - Approvazione del progetto di "Implementazione dei percorsi di diagnosi e cura dei pazienti complessi affetti da patologie croniche e acute" e dei relativi accordi di collaborazione tra ATS Brianza - ASST di Lecco - Irccs INRCA di Casatenovo ai sensi dell'art. 15 della l. 241/ 1990";
- d.g.r. Regione Marche n. 1761/2018: "l. r. 21/2006 art. 13 comma 7 - Approvazione schema di Accordo tra la Regione Lombardia e la Regione Marche per l'implementazione dei percorsi di diagnosi e cura dei pazienti complessi affetti da patologie croniche e acute, in particolare geriatrici".

Queste delibere regionali hanno definito il quadro complessivo a livello inter regionale rispetto ai precedenti accordi intercorsi con ATS della Brianza e ASST di Lecco (protocollo d'intesa per la realizzazione del reparto di pneumologia presso il presidio ospedaliero Mandic di Merate e conseguente attivazione di posti letto per subacuti presso l'INRCA Irccs di Casatenovo siglato

in data 5 aprile 2017) e, specificatamente, con ASST di Lecco (Accordo di collaborazione tra l'ASST di Lecco e l'Irccs INRCA - Istituto nazionale di riposo e cura - per reparto di Pneumologia presso il P.O. "L. Mandic" di Merate siglato in data 3 agosto 2018), condivisi e propedeutici all'accordo quadro sopra descritto. **Accordo poi da completare per gli aspetti relativi all'approvazione coordinata tra le Regioni dei Bilanci Preventivi (comprensivo del Piano degli investimenti) e Consuntivi del singolo sezionale, considerando la natura pubblica dell'Istituto, che in questo caso opera nella Regione Lombardia, senza obbiettivi di marginalità.**

Un primo effetto positivo degli accordi regionali di cui alle delibere sopra citate e sottoscritti nel gennaio 2019 dal Presidente della Giunta Regione Marche e dall'Assessore al Welfare della Regione Lombardia, è costituito dal fatto che la Regione Marche, nel corso del 2019, ha approvato il Piano assunzioni relativamente al sezionale Por Casatenovo - Regione Lombardia consentendo in questo modo di avviare un virtuoso percorso di reclutamento di personale a tempo indeterminato altrimenti non realizzabile (d.g.r. Regione Marche n. 839 del 10 luglio 2019), contribuendo così a riavviare anche un percorso di stabilizzazione delle risorse e della struttura.

Anche per la Regione Calabria si rende necessario giungere ad un accordo interregionale analogo a quanto appena descritto, come seguito anche naturale tanto più dell'accordo di transazione sottoscritto e relazionato sopra, al fine di definire una più funzionale cornice giuridico amministrativa. A tal proposito sono stati implementati i contatti con la Direzione Generale Servizio Salute Regione Calabria".

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; sollecita, a tal fine, la definizione del percorso intrapreso finalizzato al raggiungimento di specifiche intese con le regioni interessate.

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 marzo 2000, e sulla sua corretta applicazione. La Regione Marche, con d.g.r. n. 106 del 23/02/2015⁴, ha adottato linee di indirizzo in merito.

L'Organo di revisione ha attestato che non esiste una contabilità separata ma 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 come attestato dall'UO Controllo di Gestione nelle determine di definizione delle tariffe.

L'Organo di revisione ha riferito che *“la tab. 54 della Nota integrativa è stata elaborata tenendo conto dei ricavi (e dei conseguenti costi) per prestazioni sanitarie intramoenia ex art. 55, c. 1. Lett. c), d) e ex art.57-58. Per la determinazione delle tariffe e loro revisioni si fa riferimento al vigente regolamento sulla Libera Professione (Det. 374/2015).*

Tale tabella costituisce un prospetto in cui vengono elencati i ricavi ed i costi diretti ed indiretti attinenti l'attività libero-professionale. In tale prospetto è previsto inoltre l'inserimento del costo per indennità di esclusività medica per attività di libera professione ma, come per l'esercizio precedente, la stessa non viene riportata, considerato che tale indennità viene corrisposta a tutto il personale medico dipendente dell'Azienda in regime di rapporto di lavoro esclusivo, a prescindere dall'esercizio o meno della libera professione. Non viene dunque calcolata tra i costi diretti ed indiretti della libera professione”.

La Sezione, già in sede di controllo del questionario sul bilancio 2013 dell'Istituto, con deliberazione n. 132/2015/PRSS del 27/05/2015, 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 medica⁵ per la quota parte riconducibile all'attività stessa, in

⁴D.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”.

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

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 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 contratti⁶, 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-octies⁷-10⁸), 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. 449⁹.

⁶ 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.

⁷ 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".

⁸ 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".

⁹ 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.

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

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

L'art. 88, comma 2, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, come sostituito dall'art. 79, comma 1-septies, del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, ha disposto che, al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione. L'individuazione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento, rigorosamente casuali; tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle 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 2009¹⁰, in materia di controlli sulle cartelle cliniche, ha specificato i criteri per l'individuazione delle prestazioni ospedaliere a rischio di inappropriatezza, 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.

¹⁰ 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 inappropriatezza, individuata nel 2,5 per cento dei ricoveri totali erogati in Regione;
- criteri di identificazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza, 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 da singole strutture ospedaliere del territorio sub-regionale;
- individuazione dei ricoveri che superano le soglie definite per i DRG ad elevato rischio di inappropriatezza 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 inappropriatezza 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 inappropriatezza;
- 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.

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

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

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 5¹¹, e gli allegati A e B, ed il nuovo Patto della salute 2014-2016, ha riservato l’art. 3, commi 3¹² e 18¹³ e l’art. 5, comma 11¹⁴, a tale obiettivo.

¹¹ 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 inappropriatazza, 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”.

¹² 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”.

¹³ 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 inappropriatazza, 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”.

¹⁴ 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 ed 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”.

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.

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.

Il comma 8, ha trasposto normativamente quanto convenuto al punto B.2, comma 1, dell'Intesa Stato-regioni, sulla riduzione dei ricoveri di riabilitazione ad alto rischio di inappropriatezza. La norma demanda a un decreto del Ministro della salute, da adottarsi d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, l'individuazione dei 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. Il decreto non è stato finora emanato. Il comma 9, ha stabilito che, a decorrere dal 2015, per i ricoveri ordinari e diurni non conformi ai criteri di appropriatezza, ovvero ad elevato rischio di inappropriatezza, di cui al decreto ministeriale previsto dal comma 8, effettuati nelle strutture private accreditate ed identificati a

livello regionale, sono applicate penalizzazioni tariffarie.

Nello specifico:

- una riduzione pari al 50 per cento della tariffa fissata dalla regione ovvero, se di minor importo, l'applicazione della tariffa fissata dalla medesima regione per i ricoveri di riabilitazione estensiva presso strutture riabilitative extraospedaliere;
- una riduzione del 60 per cento (in luogo dell'attuale 40 per cento) della remunerazione tariffaria prevista nella prima colonna dell'Allegato 2 del decreto ministeriale 18 ottobre 2012, per le giornate oltre-soglia con riferimento a tutti i ricoveri.

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 FNOMCeO¹⁵.

Nel corso di tale fase, è stato disposto che le sanzioni previste all'articolo 9-quater, del decreto

¹⁵ Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

legge n. 78/2015, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 125/2015, non siano applicabili ai medici prescrittori.

Successivamente, la sentenza della Corte costituzionale n. 169/2017 ha sottolineato *“il carattere personalistico delle cure sanitarie, sicché la previsione legislativa non può precludere al medico la possibilità di valutare, sulla base delle più aggiornate e accreditate conoscenze tecnico-scientifiche, il singolo caso sottoposto alle sue cure, individuando di volta in volta la terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente (in senso conforme, tra le altre, sentenza n. 151 del 2009). Alla luce di tale indefettibile principio, l’“appropriatezza prescrittiva”, prevista dall’art. 9-quater, comma 1, del d.l. n. 78 del 2015 ed i parametri contenuti nel decreto ministeriale devono essere dunque intesi come un invito al medico prescrittore di rendere trasparente, ragionevole ed informata la consentita facoltà di discostarsi dalle indicazioni del decreto ministeriale. In tale accezione ermeneutica devono essere intese anche le disposizioni in tema di controlli di conformità alle indicazioni del decreto ministeriale: esse non possono assolutamente conculcare il libero esercizio della professione medica, ma costituiscono un semplice invito a motivare scostamenti rilevanti dai protocolli”*.

In ultimo, il d.p.c.m. 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*, ha abrogato il decreto 9 dicembre 2015.

I nuovi LEA hanno dedicato particolare attenzione all’appropriatezza clinica: diventa infatti obbligatorio, per il medico prescrittore, di riportare sulla ricetta la diagnosi o il sospetto diagnostico (art. 15, comma 1). Inoltre, sono state introdotte condizioni di erogabilità e indicazioni alla prescrizione appropriata per prestazioni ad alto costo o a rischio di uso inappropriato con l’introduzione di prestazioni *“reflex”*, vale a dire prestazioni composte da n. 2 accertamenti diagnostici o clinici dei quali il secondo viene eseguito solo se l’esito del primo lo richiede. Pertanto, per numerose prestazioni - soprattutto nel settore della diagnostica per immagini e nel laboratorio -, sono state individuate **“indicazioni di appropriatezza prescrittiva”** utili ad orientare l’attività prescrittiva dei medici verso un utilizzo appropriato delle stesse (art. 16, comma 2); per un numero più ridotto di prestazioni sono state individuate **“condizioni di erogabilità”**, di carattere vincolante ai fini dell’inclusione nei LEA (art. 16, comma 1).

Le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva associate alle prestazioni incluse nel Nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (Allegato

4) assorbono quelle già previste dal decreto ministeriale 9 dicembre 2015 (complessivamente 103), attuativo del disposto normativo, di cui all'articolo 9-*quater*, del decreto legge 78/2015 (decreto enti territoriali).

L'elenco delle note e delle corrispondenti condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva è contenuto nell'allegato 4D.

I nuovi LEA inoltre confermano le condizioni e i limiti di erogabilità delle prestazioni di densitometria ossea e di chirurgia refrattiva, attualmente previste dal d.p.c.m. 5 marzo 2007, e riportate negli allegati 4A e 4B (art. 16). Per le prestazioni di odontoiatria, il provvedimento attua quanto già previsto dall'articolo 9, del d.lgs. 502/1992 (Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale), individuando per ciascuna prestazione i possibili beneficiari secondo i criteri esplicitati nell'allegato 4C.

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 appropriatezza¹⁶ 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.

¹⁶ 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".

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

Il Collegio Sindacale, nel questionario sul bilancio 2017, ha attestato che l'Istituto 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. 208¹⁷.

Lo stesso Collegio Sindacale ha precisato che, dal 2009, tale attività è svolta attraverso il Sistema Qualità Rischio Clinico, producendo indicatori di Sistema.

In sede istruttoria¹⁸, è stato richiesto all'Istituto di illustrare brevemente gli esiti e le criticità riscontrate, come richiesto nel questionario al punto 17.3.1.

L'Istituto, con nota prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020, ha rappresentato che tale valutazione ha la finalità di analisi dei dati consuntivi del precedente anno per poi utilizzarli come dati in ingresso per la pianificazione delle attività e degli obiettivi del Sistema Qualità/Rischio Clinico dell'anno successivo. Di conseguenza, l'attività di riesame sarà riallineata all'attività di pianificazione strategica e operativa dell'Azienda.

Nell'ultimo semestre 2017, il sistema di gestione è stato rivisto per adeguarlo alla nuova norma UNI EN ISO 9001:2015 secondo quanto definito nella specifica mappatura dei processi. Sono stati individuati per ogni processo i responsabili e con loro si è proceduto in uno specifico corso di formazione aziendale alla pianificazione dei singoli processi e alla mappatura dei rischi connessi.

I documenti prodotti sono stati raccolti in un REPOSITORY aziendale che è diventato la base del nuovo sistema di gestione delle informazioni documentate. Nel rivedere lo stesso, l'Istituto

¹⁷ 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 inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- c) predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;
- d) assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative.

¹⁸ Ns. nota prot. n. 985 del 23/04/2020.

ha proceduto inoltre alla sua integrazione con gli altri sistemi di gestione già implementati nell'Azienda per far sì che non ci fossero sovrapposizioni ma per aumentare l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione stessa. Anche la gestione dello strumento operativo Riesame della Direzione prevede l'utilizzo di meccanismi decisionali e operativi già in essere nell'organizzazione, in modo tale da riallineare gli strumenti di gestione e di strategia aziendale.

Tali documenti sono agli atti della Direzione Sanitaria dell'Istituto.

Con riguardo al monitoraggio delle prestazioni ospedaliere ed in particolare quelle a rischio di non appropriatezza, indicate negli allegati 6A e 6B del d.p.c.m. 12 gennaio 2017, il Collegio Sindacale ha riportato quanto segue.

Tabella 1 - Monitoraggio delle prestazioni ospedaliere, ed in particolare quelle a rischio di non appropriatezza, indicate negli allegati 6A e 6B del d.p.c.m. 12 gennaio 2017

Percentuale-obiettivo minimo, indicato dalla Regione, di cartelle cliniche da monitorare sul totale delle prestazioni ospedaliere erogate	Percentuale di cartelle cliniche effettivamente controllate	Percentuale, indicata dalla Regione, delle cartelle cliniche da controllare inerenti alle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza (DPCM 12.01.17, ALL. 6A e 6B)	Percentuale delle cartelle cliniche ad alto rischio di non appropriatezza (DPCM 12.01.17, ALL. 6A e 6B) effettivamente controllate dall'azienda sanitaria sul totale delle prestazioni erogate	Percentuale prestazioni di ricovero ospedaliero risultate non appropriate sul totale delle cartelle controllate
12,50%	18,00%	17,50%	18,00%	21,80%

Fonte: Questionario bilancio esercizio 2017 INRCA - punto 17.4
Elaborazione Corte dei conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

Inoltre, il Collegio Sindacale ha attestato che l'Istituto ha attivato un sistema di monitoraggi 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 e in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti.

La Regione Marche, con nota prot. n. 587358 del 28 maggio 2018¹⁹, ha trasmesso la tabella relativa ai quattro indicatori della griglia LEA, relativi all'assistenza ospedaliera, aggiornata con il dato regionale relativo al 2016, certificato dal Ministero della salute, secondo le indicazioni di seguito illustrate.

¹⁹ Si veda l'Allegato n. 7 alla nota prot. n. 587358 del 28 maggio 2018, trasmessa dalla Regione Marche.

Tabella 2 - Indicatori relativi all'assistenza ospedaliera anno 2017

INDICATORI ASSISTENZA OSPEDALIERA	Valore soglia (Ministero) 2014	Valore Regione Marche 2014	Valore soglia (Ministero) 2015	Valore Regione Marche 2015	Valore soglia (Ministero) 2016	Valore Regione Marche 2016
Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti	<= 160	137,68	<= 160	134,11	<= 160,00	132,88
Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	<= 90	81,9	<= 90	81,64	<= 90,00	84,25
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<= 0,29	0,22	<= 0,21	0,19	<= 0,21	0,18
Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	>= 55%	59,88%	>= 55%	59,84%	>= 60,00%	58,22%

Fonte: Nota Regione Marche prot. n. 587358 del 28 maggio 2018 - Allegato n. 7.

La Sezione ha verificato che, con:

- d.g.r. 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. n. 781 del 28/05/2013²⁰, 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. n. 1212/2004.

²⁰ D.g.r. 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.

Come rilevato dal documento allegato alla d.g.r. 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.

7. Esito dei controlli e modalità di trasmissione

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

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

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

Le ricadute dell'attività di controllo sono così sintetizzabili:

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.

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

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

- d.g.r. 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. 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. 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. 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 riabilitazione²¹;
- 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. 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,

²¹ 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 50per cento (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.

stabilendo come i controlli dal secondo semestre 2016 e anni successivi debbano essere opportunamente integrati per la parte relativa al parto cesareo²².

In merito all'esito del Tavolo tecnico di verifica degli Adempimenti anno 2017, in materia di appropriatezza delle prestazioni sanitarie, la Regione Marche, con nota prot. n. 750761 del 17 giugno 2019, ha attestato che l'istruttoria da parte del Tavolo tecnico di valutazione degli adempimenti 2017 non è stata conclusa, tuttavia, ha trasmesso in allegato il verbale della riunione del Comitato LEA del 13 dicembre 2018, da cui emerge l'adempienza della stessa Regione sull'adempimento del questionario LEA 2017 relativo all'appropriatezza delle prestazioni sanitarie (adempimento am).

Come si evince dall'allegato schema di certificazione finale, inviato dal Comitato LEA alla attraverso il sistema documentale (SIVEAS), la Regione ha trasmesso il Report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche relativo all'anno 2017 e le Tabelle 1 e 2 previste dalla Circolare

22 A.3.4 Controlli sui parti cesarei

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

Criteri di estrazione attività di ricovero per riabilitazione

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

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

Attività di verifica

1. Scheda di valutazione per TC: presenza di almeno una indicazione assoluta
2. Scheda di valutazione per TC: presenza di almeno una indicazione relativa
3. Scheda di valutazione di TC su richiesta materna: totale presenza di risposte affermativo
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 50per 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.

del MdS n. 5865 del 1° marzo 2013 “Ricognizione attività prevista dal d.m. 10 dicembre 2009 Controlli sulle cartelle cliniche”.

In particolare, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10 per cento dei controlli, nella Tabella 1 ha dichiarato di eseguire, per le strutture pubbliche, n. 20.321 controlli, pari al 10,24 per cento del totale, mentre effettua, per le strutture private accreditate, n. 3.885 controlli, pari al 12,93 per cento; delle cartelle controllate non sono state confermate il 14,9 per cento delle cartelle per le strutture pubbliche e il 7,2 per cento per le strutture private accreditate.

In riferimento alla Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriata individuata dalle Regioni ai sensi del d.m. del 10/12/2009), la Regione complessivamente ha assicurato 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 2017 a seguito dei controlli effettuati è risultato essere pari a 0,032 per cento e 1,3 per cento, rispettivamente per pubblico e privato.

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

- d.g.r. n. 146 del 20/02/2017, nelle more dell’assegnazione del budget economico 2017, fermo restando l’autorizzazione alla gestione provvisoria dei bilanci preventivi economici per l’anno 2017 degli enti del SSR, di cui alla d.g.r. n. 1640/2016, ha ritenuto assegnare alle direzioni degli stessi enti sanitari specifici obiettivi sanitari per l’anno 2017, come descritti nell’allegato A della medesima deliberazione, **con riferimento all’Area assistenza ospedaliera emergenza-urgenza**, in coerenza con i provvedimenti normativi del livello centrale, per favorire il **miglioramento dell’efficienza e appropriatezza delle prestazioni erogate nel setting ospedaliero** (azioni di contrasto della mobilità passiva, efficienza della presa in carico in pronto-soccorso, ridefinizione delle attività di ricovero, miglioramento della qualità assistenziale e della presa in carico) e l’ottimizzazione della continuità assistenziale con la fase territoriale delle cure (monitoraggio della fase di implementazione delle cure intermedie all’interno degli Ospedali di Comunità). Inoltre, specifici sub-obiettivi attengono la facilitazione dell’accessibilità alle cure (contenimento dei tempi di attesa per le richieste di primo accesso al SSR e ottimizzazione delle modalità di presa in carico per

alcune patologie croniche), la verifica dell'aderenza alle attività previste nei progetti prioritari di rilievo nazionale e nei PDTA regionali, l'impiego di setting ambulatoriali per alcune prestazioni erogate in regime di Day Surgery e l'incentivazione delle attività connesse agli espianti e trapianti.

Tabella 3 - Obiettivo sanitario - Assistenza ospedaliera emergenza-urgenza

ASSISTENZA OSPEDALIERA, EMERGENZA URGENZA						
Progressivo	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target INRCA
85	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (Griglia LEA 2017)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	< Valore 2016
86		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 inappropriatelyzza)	N. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza)	N. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza)	≥ Valore 2016
87		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
88		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% DRG Medici da reparti chirurgici	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	< 7.27%
89		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	< 4.51%
90		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	≤ 1,81
91		Flusso SDO (Questionario LEA)	Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	Numero ricoveri di riabilitazione inappropriati (Dec. 8/RAO/16 e 12/RAO/16)	Totale ricoveri di riabilitazione	< Valore 2016

92		Flusso SDO (Questionario LEA)		Numero ricoveri di riabilitazione appropriati (Dec. 8/RAO/16 e 12/RAO/16) con giornate di degenza potenzialmente inefficienti (oltre soglia DGR 709/14)	Numero totale di giornate di degenza ricoveri di riabilitazione	< Valore 2016
93		Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani di rientro" di cui art.1, c.528, L.208/15)	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 gg	N° episodi di IMA, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero indice	N° episodi di IMA	< Valore 2016 per "POR Ancona"
94	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 gg		N° ricoveri con dia. princ. di scompenso cardiaco in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri con dia. princ. di scompenso cardiaco	< Valore 2016 per "POR Ancona"	
96	Ictus ischemico: mortalità a 30 gg		N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico	≤ 10% per "POR Ancona"	
98	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 gg		N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata	< Valore 2016 per "POR Ancona"	
102	Int. TM colon: mortalità a 30 gg		N° ricoveri con int. di asportazione TM colon, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM colon	< Valore 2016 per "POR Ancona"	

Fonte: Allegato B - D.g.r. n. 146 del 20/02/2017

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

- d.g.r. n. 243 del 20/03/2017 ha approvato i criteri per l'anno 2017 relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori generali dell'ASUR, dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro, dell'INRCA e dal Direttore del DIRMT, contenuti negli allegati A e B della deliberazione.

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 dell'INRCA, nella Relazione al bilancio 2017 (allegato "E"/1 alla determina n. 206/DGEN del 29/06/2018), ha sinteticamente relazionato in merito agli obiettivi 2017 assegnati dalla Regione Marche, specificando che, successivamente, comunque entro un mese dalla chiusura del bilancio, saranno rendicontati in maniera puntuale. La Regione Marche ha assegnato gli obiettivi sanitari agli enti del SSR per l'anno 2017 con la d.g.r. n. 146 del 20/02/2016, che va letta congiuntamente con la d.g.r. n. 243 del 20/03/2017, che ha definito i criteri per la valutazione dei Direttori Generali.

L'articolato repertorio di obiettivi fissato dalla Regione è stato immediatamente condiviso con la rete dei Dirigenti INRCA e, in particolare, con i Dirigenti attraverso l'assegnazione degli stessi nell'ambito delle schede di valutazione individuale di cui l'Istituto si è dotato sin dal 2009. Gli obiettivi assegnati annualmente dalle 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. Lo stesso Direttore Generale ha specificato che 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.

Gli obiettivi specifici per l'INRCA, relativi al 2017, di cui alle delibere citate, fanno riferimento, tra gli altri, a sub obiettivi relativi all'assistenza ospedaliera - emergenza urgenza - trasfusionale. Questi obiettivi non sono stati raggiunti rispetto al potenziamento dei ricoveri

chirurgici ad alta complessità (per i quali si richiedeva un incremento del 7,8 per cento), mentre è stato raggiunto l'obiettivo di incremento complessivo dei ricoveri chirurgici in regime ordinario. Per quanto concerne gli obiettivi relativi all'appropriatezza alcuni di questi sono stati parzialmente raggiunti (% DRG inappropriati, % DRG chirurgici su totale DRG, % ricoveri in DH medici diagnostici su DH medici), mentre altri invece sono stati pienamente raggiunti (% DRG medici su reparti chirurgici, degenza media preoperatoria). Per quanto riguarda gli obiettivi relativi alle prese in carico e all'ottimizzazione dell'offerta ambulatoriale, questi sono stati raggiunti.

La Regione Marche, con nota prot. n. 587358 del 28 maggio 2018, in sede di parificazione del rendiconto generale esercizio 2017²³, ha attestato che, in merito alla valutazione degli obiettivi sanitari ed economici, 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, che sono approvati dalla Giunta regionale in sede di controllo atti.

Si rileva, in merito **agli obiettivi 2016**, di cui alla d.g.r. n. 1106 del 19/09/2016, che, con d.g.r. n. 4 del 07/01/2019, a seguito dell'esame, da parte del CO.CIV, integrato con il Dirigente del Servizio Sanità, di tutta la documentazione e dei chiarimenti forniti dai Dirigenti delle PP.FF., per la verifica del raggiungimento degli obiettivi economici e sanitari assegnati ai Direttori Generali degli enti del S.S.R., giusto verbale del 19 dicembre 2018, depositato agli atti della P.F. e relazione integrativa della P.F. Risorse umane e Formazione n. 15502896 del 21 dicembre 2018, sono state approvate le risultanze della valutazione, come di seguito riportate e, comunque, sintetizzate nell'allegato A, che è parte integrante e sostanziale della deliberazione, in particolare:

OBIETTIVO SANITARIO:

²³ Vd. Relazione allegata alla deliberazione n. 33/2018/PARI del 26/07/2018.

- Obiettivo 2 “Assistenza Ospedaliera Emergenza Urgenza”:
- sub-obiettivo 2.2 “Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza”:
 - % parti cesarei primari sul totale dei parti (esclusi i casi con pregresso parto cesareo nei 10 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto e quelli con diagnosi di nato morto) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti<1000;
 - % parti cesarei primari sul totale dei parti (esclusi i casi con pregresso parto cesareo nei 10 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto e quelli con diagnosi di nato morto) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti>1000;
 - % parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN;
 - Appropriately clinico-assistenziale ostetricia;
 - %pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario;
 - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario;
 - % ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriately);
 - % ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico;
 - % DRG Medici da reparti chirurgici;
 - % ricoveri medici oltresoglia \geq 65 anni;
 - Degenza media pre-operatoria.

Rispetto del Target Vincolante 4 indicatori su 6 risultano raggiunti dall'INRCA, pari al 94 per cento, pertanto il punteggio assegnato è pari a 3,76.

Si rileva, altresì, relativamente agli **obiettivi 2017**, di cui alla d.g.r. n. 146 del 20/02/2017, che, con d.g.r. n. 78 del 03/02/2020, a seguito dell'esame, da parte del CO.CIV, integrato con il Dirigente del Servizio Sanità, di tutta la documentazione e dei chiarimenti forniti dai Dirigenti delle PP.FF., per la verifica del raggiungimento degli obiettivi economici, delle precondizioni e degli obiettivi sanitari assegnati, giusti verbali del 07/06/2019, 28/06/2019, 05/07/2019 e

27/09/2019, depositati agli atti della PF Controllo Atti e Attività Ispettiva, sono state approvate le risultanze della valutazione, che vengono qui di seguito riportate e, comunque, sintetizzate nell'allegato A, facente parte integrante e sostanziale della deliberazione, in particolare:

OBIETTIVI SANITARI

Obiettivo 4 "Assistenza Ospedaliera, Emergenza-urgenza"

- sub-Obiettivi da 58 a 70 "Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza" - assegnato a tutti gli enti del SSR, con criterio per l'assegnazione del punteggio massimo: INRCA punti 7 (6 indicatori su 8).

L'INRCA ha raggiunto gli obiettivi assegnati al 96 per cento; pertanto il punteggio assegnato è pari a 6,7;

- sub-Obiettivi da 71 a 83 "Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza" - assegnato a tutti gli enti del SSR, con criterio per l'assegnazione del punteggio massimo: INRCA punti 3,5 (3 indicatori su 5).

L'INRCA ha raggiunto gli obiettivi assegnati al 99,60 per cento; pertanto il punteggio assegnato è pari a 3,5.

In sede istruttoria²⁴ è stato richiesto alla Regione Marche di relazionare in merito agli esiti della valutazione degli adempimenti 2017, in materia di appropriatezza delle prestazioni in regime ospedaliero, da parte del relativo Tavolo tecnico.

La Regione Marche, con note prot. n. 425481 del 23 aprile 2020²⁵, prot. n. 516644 del 22 maggio 2020²⁶ e prot. n. 574584 dell'8 giugno 2020, ha rappresentato che il Ministro dell'economia e delle finanze, con nota prot. n. 20082 del 12 novembre 2019, ha comunicato che **il Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti regionali sulla spesa sanitaria, ai fini dell'accesso all'integrazione della quota di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, a seguito della conclusione dell'istruttoria, ha valutato la Regione Marche adempiente per l'anno 2017**. Pertanto, ai sensi dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della 23 dicembre 2009, n. 191, la Regione può accedere all'erogazione delle risorse spettanti per l'anno 2017.

²⁴ Ns. nota prot. n. 985 del 23/03/2020.

²⁵ In risposta ns. note istruttorie bilancio 2017 AO - Ospedali Riuniti Marche Nord prot. n. 664 del 25/02/2020 e prot. n. 910 del 15/04/2020.

²⁶ In risposta ns. nota prot. n. 999 del 24/04/2020 relativa all'istruttoria AOU - Ospedali Riuniti di Ancona bilanci esercizi 2016 e 2017.

In particolare, come si evince dal verbale della riunione del Comitato LEA del 13 dicembre 2018, allegato alla nota del Ministro dell'economia e delle finanze (Allegato 3 - 110 Marche), con riferimento all'adempimento 2017 - lettera e) (*Mantenimento erogazione dei LEA*) - **la Regione Marche è risultata adempiente.**

Inoltre, come da schema di certificazione finale LEA alla riunione del Comitato Lea del 13 dicembre 2018, si rileva, in merito ai seguenti adempimenti 2017, quanto segue:

- lettera g) (*Appropriatezza*)²⁷: **l'adempimento è stato sospeso per l'anno 2017.**
- lettera as) (*Rischio clinico e sicurezza dei pazienti*)²⁸: **la Regione Marche ha adempiuto.**

²⁷ ADEMPIMENTI (riferimento Documento Ministero dell'economia e finanze, Intesa Stato-Regioni 23/03/2005, Intesa Stato-regioni 3/12/2009) e Intesa Stato-regioni 10/07/2014):

g) Appropriatezza

- Adottare i criteri e le modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nell'utilizzazione delle risorse, in attuazione del punto 4.3 dell'Accordo Stato-regioni del 22 novembre 2001 (allegato 1 - punto 2, lettera g, dell'Intesa del 23 marzo 2005). La relativa verifica avviene secondo le modalità definite nell'accordo Stato-regioni del 1° luglio 2004, atto rep. n. 2035 (art. 52, comma 4, lettera b), della legge 27 dicembre 2002, n. 289);
- Si conviene che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, 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 all'erogazione in regime ospedaliero (art. 6, comma 5 dell'Intesa Stato-regioni 3 dicembre 2009);
- D.l. 6/07/2012 n. 95 conv. nella 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");
- Accordo Stato-regioni 10 febbraio 2011 concernente il Piano d'indirizzo per la riabilitazione; vanno promosse a livello nazionale iniziative adeguate di osservazione e monitoraggio delle fasi di implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione da parte delle amministrazioni regionali (articolo 2 dell'Accordo Stato-regioni del 10 Febbraio 2011 - Piano di Indirizzo per la Riabilitazione);
- decreto legge 19 giugno 2015, art. 9-quater, comma 8, convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2015, n. 125.

²⁸ ADEMPIMENTI (riferimento Documento Ministero dell'economia e finanze, Intesa Stato-regioni 23/03/2005, Intesa Stato-regioni 3/12/2009) e Intesa Stato-regioni 10/07/2014):

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

- Intesa Stato-regioni 20 marzo 2008 punto 2. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ... si impegnano a promuovere, presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture sanitarie private accreditate, l'attivazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza dei Pazienti, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione delle buone pratiche della sicurezza, nell'ambito delle disponibilità e delle risorse aziendali ... i singoli eventi avversi ed i dati elaborati saranno trattati in forma completamente anonima e confidenziale per le finalità prioritaria di analisi degli stessi e saranno trasmessi al sistema informativo sanitario attraverso uno specifico flusso (SIMES.);
- Decreto 11 dicembre 2009, G.U. Serie Generale n. 8 del 12 gennaio 2010. Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES);
 - Raccomandazioni ministeriali;
 - Farmacopea XII edizione (NPB);
 - Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria, Ministero della Salute;
 - OMS: Safe Surgery;

- lettera am) (*Controllo cartelle cliniche*)²⁹: **la Regione Marche ha adempiuto.**

Nello specifico, come riportato nella certificazione finale Adempimenti LEA 2017, la Regione ha inviato il Report sulle attività di controllo delle cartelle cliniche relativo all'anno 2017 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".

In particolare, nel rispetto del raggiungimento della percentuale minima del 10 per cento dei controlli, nella Tabella 1 ha dichiarato di eseguire, per le strutture pubbliche, n. 20.321 controlli, pari al 10,24 per cento del totale, mentre effettua, per le strutture private accreditate, n. 3.885 controlli, pari al 12,93 per cento; delle cartelle controllate non sono state confermate il 14,9 per cento delle cartelle per le strutture pubbliche e il 7,2 per cento per le strutture private accreditate.

In riferimento alla Tabella 2 (Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriata individuata dalle regioni ai sensi del d.m. del 10 dicembre 2009), la Regione complessivamente ha assicurato 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.

-
- D.l. 13 settembre 2012 n. 158, convertito nella legge 8 novembre 2012, n. 189, art. 3 bis, comma 1: "Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari;
 - Monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella;
 - Direttiva 2003/94/CE dell'8 ottobre 2003 che stabilisce i principi e le linee direttrici delle buone prassi di fabbricazione relative ai medicinali per uso umano e ai medicinali per uso umano in fase di sperimentazione;
 - Artt. 36-37 d.lgs. 81/2008: Testo unico sicurezza;
 - D.lgs. 106/09: Integrazione e successive modifiche al d.lgs. 81/2008.

²⁹ ADEMPIMENTI (riferimento Documento Ministero dell'economia e finanze, Intesa Stato-Regioni 23/03/2005, Intesa Stato-regioni 3/12/2009) e Intesa Stato-regioni 10/07/2014):

am) Controllo cartelle cliniche

- Controllare le cartelle cliniche ai fini della verifica della qualità dell'assistenza secondo criteri di appropriatezza (articolo 79 comma 1 septies legge 6 agosto 2008 n. 133).
- All'art. 88 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, il comma 2 è sostituito dal seguente: "2. 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 inappropriata individuata delle regioni tenuto conto di parametri definiti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze";
- Controlli sulle cartelle cliniche (articolo 1, comma 1, decreto ministeriale del 10 dicembre 2009). In attuazione dell'art. 79, comma 1-septies, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, il presente decreto definisce i parametri mediante i quali le Regioni individuano le prestazioni ad alto rischio di inappropriata individuata per le quali effettuare i controlli sulla totalità delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera.

Per quanto riguarda l'impatto economico dei controlli sanitari, per il campione casuale, il recupero a livello del budget dei ricoveri relativi all'anno 2017 a seguito dei controlli effettuati è risultato essere pari a 0,032 per cento e 1,3 per cento, rispettivamente per pubblico e privato.

Inoltre, con riferimento all'adempimento previsto per l'anno 2017 - lettera aaq) (**Obiettivi Direttori generali**)³⁰, come risulta dal verbale della riunione del Comitato LEA del 13 dicembre 2018, allegato alla nota del Ministro dell'economia e delle finanze (Allegato 3 - 110 Marche), e dallo schema di certificazione finale, inviato dallo stesso Comitato LEA attraverso il sistema documentale (SIVEAS), **la Regione Marche ha adempiuto.**

2.6 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

³⁰ ADEMPIMENTI (riferimento Documento Ministero dell'economia e finanze, Intesa Stato-Regioni 23/03/2005, Intesa Stato-regioni 3/12/2009) e Intesa Stato-regioni 10/07/2014):

aaq) Obiettivi Direttori Generali

Attuazione dell'articolo 10, comma 6, del Patto per la Salute 2014-2016. "Si conviene che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Lea stabiliti per i Direttori Generali, costituisce grave inadempimento contrattuale e comporta l'applicazione dell'art. 3 bis, comma 5, del d.lgs. 502/1992 s.m.i., con la previsione di decadenza automatica dei Direttori Generali".

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 civile³¹. Le Aziende sanitarie che abbiano proceduto alla rescissione del contratto, nelle more dell'espletamento delle gare indette in sede centralizzata o aziendale, possono stipulare nuovi contratti accedendo a convenzioni-quadro, anche di altre regioni, o tramite affidamento diretto a condizioni più convenienti in ampliamento di contratto stipulato da altre Aziende sanitarie mediante gare di appalto o forniture.

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

Il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, che, all'art. 15, ha disposto l'immediata riduzione del 5 per cento degli importi e delle prestazioni dei contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi stipulati da aziende ed enti del SSN (comma 13, lettera a³²). L'art. 1, comma 131, lettera a), della legge 24 dicembre 2012, n. 228 (legge di stabilità 2013)³³, 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

³¹ 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.

³² 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".

³³ 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".

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 d³⁴).

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 10³⁵, per realizzare l'obiettivo loro assegnato ai sensi del comma 4³⁶, 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. 163³⁷, a ridurre gli importi dei contratti aventi ad oggetto

³⁴ 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".

³⁵ 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".

³⁶ 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".

³⁷ 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).

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 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-ter³⁸, che ha previsto misure dirette a conseguire il contenimento della spesa

³⁸ 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.*

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

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

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

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

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

giugno 2014, n. 89³⁹, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali regionali di committenza di riferimento, ovvero della Consip SpA (comma 548).

Qualora le centrali di committenza individuate sulla base del comma 548 non siano disponibili, ovvero operative, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario di cui al comma 548, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali di committenza iscritte nell'elenco dei soggetti aggregatori, di cui all'art. 9, comma 1, del decreto legge n. 66/2014, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 89/2014⁴⁰. 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).

³⁹ 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".

⁴⁰ Decreto legge 24 aprile 2014, n. 66 "Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale. (14G00079) - (GU Serie Generale n. 95 del 24/04/2014) - Entrata in vigore del provvedimento: 24/04/2014

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

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

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

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

- l'esistenza di contratti con valori di acquisto di beni e servizi superiori di oltre il 20 per cento ai corrispondenti prezzi di riferimento elaborati dall'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici, pubblici (in seguito anche AVCP), ora Autorità nazionale anticorruzione (in seguito anche ANAC);
- l'acquisto di beni e servizi tramite le centrali di committenza;
- i costi relativi agli acquisti di beni e servizi.

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

Il Collegio Sindacale, nel questionario sul bilancio 2017, ha attestato che, dalle verifiche effettuate dall'Ente, 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'ANAC (ex Autorità di vigilanza sui contratti pubblici)⁴¹, come disposto dall'art. 15, comma 13, lettera b), del d.l. n. 95/2012⁴².

⁴¹ 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 (Suppressione 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.

⁴² 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".

2.6.2 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)⁴³, che disciplina forme premiali per le regioni che istituiscono centrali di acquisti in campo sanitario.

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

⁴³Art. 2, comma 67 bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010)

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

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

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

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

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

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

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 deliberazione 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. n. 1670/2012.

Nella Gazzetta Ufficiale n. 32 del 09/02/2016 è stato pubblicato il d.p.c.m. 24 dicembre 2015, attuativo dell'art. 9 del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66. Per effetto di tale pubblicazione, l'operatività della SUAM, quale Soggetto Aggregatore, è divenuta definitiva ed immediata relativamente agli acquisti della Regione, degli enti regionali e degli enti del Servizio sanitario. Per il biennio 2016-2017, il d.p.c.m. ha previsto le seguenti categorie di beni e servizi e le relative soglie di obbligatorietà per il settore sanitario:

Beni	Soglia
1. Farmaci	40.000,00
2. Vaccini	40.000,00
3. Stent	Soglia comunitaria
4. Ausili per incontinenza (ospedalieri e territoriali)	40.000,00
5. Protesi d'anca	Soglia comunitaria
6. Medicazioni generali	40.000,00
7. Defibrillatori	Soglia comunitaria
8. Pace-maker	Soglia comunitaria
9. Aghi e siringhe	40.000,00
Servizi specifici in area sanità	
10. Servizi Integrati per gestione apparecchiature Elettromedicali	40.000,00
11. Servizi pulizia per gli enti SSN	40.000,00
12. Servizi di ristorazione per gli enti SSN	40.000,00
13. Servizi di lavanderia per gli enti SSN	40.000,00
14. Servizi smaltimento rifiuti sanitari	40.000,00

Servizi di uso comune

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

La Regione Marche, con nota prot. n. 587358 del 28 maggio 2018, in sede di parificazione del rendiconto generale esercizio 2017⁴⁴, ha rappresentato che, 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. La Regione ha 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.

Per quanto riguarda i provvedimenti regionali adottati al fine di favorire lo sviluppo del commercio elettronico e semplificare l’acquisto di beni e servizi in materia sanitaria, la Regione ha evidenziato quanto segue:

- con d.g.r. n. 32 del 25/01/2017 è stato approvato l’Accordo di collaborazione tra le Regioni Marche, Toscana e Umbria per la sperimentazione, da parte dei soggetti aggregatori delle tre Regioni, relativa all’effettuazione di procedure di gara in forma congiunta, del coordinamento delle loro attività e per l’utilizzazione della piattaforma telematica START;

⁴⁴ Vd. Relazione allegata alla deliberazione n. 33/2018/PARI del 26/07/2018.

- con d.g.r. n. 146 del 20/02/2017 sono stati approvati gli obiettivi sanitari per gli enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2017, con particolare riferimento al rispetto delle consegne previste dai decreti regionali e al contenimento della spesa farmaceutica;
- con determina n. 328 del 31/05/2017, l'ASUR ha acquisito in riuso la piattaforma telematica per la gestione delle procedure di gara, acquisita dalla Regione Marche con d.d.p.f. n. 223 del 19/12/2013;
- con d.g.r. n. 935 del 07/08/2017 è stato approvato un protocollo di intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze e CONSIP per l'uso a titolo gratuito del sistema informatico di negoziazione del MEF in modalità ASP da parte della SUAM;
- presso l'ASUR, l'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, l'AO Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro è in uso da anni un sistema informativo aziendale unico per la gestione contabile dei contratti stipulati e, di conseguenza, per la determinazione dei fabbisogni da rimettere in gara alla scadenza del contratto.

Con deliberazione n. 468 del 09/05/2016, la Regione Marche ha 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, è stato 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.

Con la riorganizzazione della Regione Marche, approvata con deliberazione 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.

Pertanto:

- a seguito dell'Accordo di collaborazione sottoscritto con la Regione Toscana e la Regione Umbria, la Regione Marche ha aderito alla gara procedura aperta indetta dalla Regione Toscana, con determina ESTAR n. 481 del 29/03/2017, 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 euro 7.210.695,75, in fase di stipula alla data del 28/05/2018;

- 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 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 SSR (ASUR, AOU OSPEDALI RIUNITI ANCONA, AO OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD, INRCA) oltre ad AUSL VALLE D'AOSTA, per un periodo di 48 mesi, nell'ambito del bando istitutivo di CONSIP, avente ad oggetto il sistema dinamico di acquisizione della pubblica amministrazione (SDAPA), per la fornitura di prodotti farmaceutici, per un importo complessivo a base di gara pari a 525.568.198,158 euro, composto da 1813 lotti. Il 21 dicembre 2017 è stata redatta la proposta di aggiudicazione con l'apertura delle offerte economiche; l'appalto è stato aggiudicato definitivamente, in seguito dei rilanci e sorteggi oltre che alle verifiche di legge, con decreti n. 8/SUAM del 9/03/2018 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, per conto Regione Marche, composta da n. 2 lotti per un importo di

- 16.825.000,00 euro. Procedura in corso alla data del 28/05/2018. La SUAM, in data 27 ottobre 2016, aveva pubblicato un avviso di consultazione di mercato come sopra riportato;
- con decreto n. 30/SUAM del 20/12/2017, è stata avviata la procedura aperta per la definizione di un accordo quadro per la fornitura di pace – maker e defibrillatori per le esigenze degli enti del servizio sanitario regionale per un periodo di 48 mesi, composta da 21 lotti, per un importo complessivo di 44.224.040,00 euro. Il gruppo tecnico di progettazione è stato individuato e incaricato con decreto del Servizio Sanità n. 48/SAN/2016;
 - 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 di 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;
 - 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, La Regione ha aderito alla procedura indetta dalla Regione Toscana e, con decreto ESTAR n. 100 del 26/01/2018, 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 n. 17 lotti, per la durata 48 mesi, e per un importo a base di gara di 10.417.120 euro;
 - 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/SAN/2016.

Inoltre, la SUAM 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 Regione Toscana. Il gruppo tecnico di progettazione è stato individuato e incaricato con decreto del Servizio Sanità n. 48/SAN/2016 ed il progetto, ancora in fase di predisposizione con la raccolta del fabbisogno restante dopo la Convenzione, in fase di stipula alla data del 28/05/2018;
- Servizio di vigilanza e guardiania; il gruppo tecnico di progettazione è stato individuato e incaricato con decreto del Servizio Sanità n. 50/SAN/2017 e in data 31/01/2018 è pervenuta alla SUAM la prima stesura del capitolato tecnico e della relazione accompagnatoria;
- Fornitura in service di sistemi diagnostici e produttivi per il DIRMT: il 20/03/2018 è pervenuta alla SUAM la prima stesura del progetto tecnico ed estimativo per l'appalto.

La SUAM, con nota n. 15997398 del 22 febbraio 2019, ha evidenziato che sono stati conseguiti risparmi in merito all'esito delle procedure svolte quale soggetto aggregatore per gli enti del servizio sanitario della Regione Marche relativamente ai d.p.c.m. del 2015 e del 2018, sommati alle procedure svolte su delega.

La Regione Marche, a seguito di specifica richiesta di aggiornamento sullo stato delle procedure avviate sopra descritte⁴⁵, con nota prot. n. 750761 del 17 giugno 2019, ha

⁴⁵ Cfr. ns. nota prot. n. 2220 del 4 aprile 2016, avente ad oggetto: "Verifiche ex art. 1, comma 170, legge 266/2005 - ASUR MARCHE esercizio finanziario 2017".

rappresentato che, nel corso dell'anno 2018, sono state avviate o concluse, in ambito sanitario, le procedure di gara di seguito esposte, sia derivanti dal d.p.c.m./2015, attuativo dell'art. 9 del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, così come integrato con d.p.c.m./2018, che su delega degli enti del Servizio Sanitario della Regione Marche.

Ad integrazione di precedenti note, si riporta il dettaglio delle procedure di gara svolte per gli enti del SSR.

- Con decreto n. 40/SUAM del 07/08/2018 è stato dato avvio all'Appalto specifico indetto dalla Regione Marche per la fornitura di prodotti farmaceutici, per un periodo di 48 mesi, e per la fornitura annuale di vaccini ad uso umano e vaccini antinfluenzali per le necessità degli enti del SSR Marche, nell'ambito dello SDAPA Consip, composta di 584 lotti, 566 lotti relativi ai farmaci e 18 lotti per i vaccini, per un importo complessivo di 287.271.379,33 euro (di cui circa 285.864.472,00 euro per i farmaci e circa 1.406.908,00 euro per i vaccini). Il 20 dicembre 2018 la Regione ha proceduto all'apertura delle offerte economiche che, a seguito della verifica di idoneità tecnica da parte dei professionisti di supporto al RUP dell'affidamento, ha condotto all'emissione del decreto n. 6/SUAM del 05/02/2019 di aggiudicazione per un importo complessivo pari a 182.580.367,00 euro (di cui 181.312.275,00 euro per i farmaci e 1.268.092,00 euro per i vaccini);
- 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. Con i decreti n. 28/SUAM del 20/06/2018 e n. 72/SUAM del 27/11/2018 è stata aggiudicata la fornitura di che trattasi per un importo pari a 37.468.105,36 euro;
- 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. Con il decreto n. 24/SUAM del 14/06/2018 è stato aggiudicato l'accordo quadro per la fornitura di che trattasi, ad esclusione del lotto 3 che è stato revocato in quanto oggetto di ricorso, il cui importo è pari a 5.311.420,00 euro. Tale aggiudicazione è avvenuta per un importo massimo, pari a 42.273.042 euro;

- Con determina ESTAR n. 481 del 29/03/2017 è stata indetta la procedura aperta per la conclusione di Convenzioni sulle quali basare l'affidamento in lotti separati della fornitura di medicazioni generali per le esigenze del SSR della Toscana e delle Marche pari a 6.346.247,800 euro, per i lotti afferenti alla Regione Marche. L'aggiudicazione è stata effettuata con Determinazione Dir. Area ESTAR n. 384 del 20/03/2018 per un importo, al netto dei lotti non aggiudicati, pari a 13.341,55 euro, e relativo alla Regione Marche di 6.330.476,25 euro.

Per categorie merceologiche non riguardanti i richiamati d.p.c.m. del 2015 e del 2018, comunque riferitesi alle esigenze degli enti del SSR, la SUAM si è dedicata allo svolgimento della seguente attività:

- 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 Centro Unico di Prenotazione Interaziendale Regionale, composta da n. 2 lotti, per un importo di 16.825.000,00 euro. Il 20 dicembre 2018 la Regione ha proceduto con l'apertura delle offerte economiche, per un'aggiudicazione pari a 14.827.950,00 euro.

Infine, con deliberazione n. 204 del 25/02/2019, la Giunta regionale ha approvato un nuovo disciplinare per l'organizzazione e il funzionamento del soggetto aggregatore regionale - SUAM e ha disposto che gli acquisti di beni e servizi di competenza della Regione Marche - SUAM, in qualità di soggetto aggregatore destinati al settore sanitario, avvengono mediante l'avvalimento di ASUR Marche. Con il medesimo atto, è stata revocata la d.g.r. n. 468 del 09/05/2016 e, conseguentemente, la convenzione stipulata tra la Stazione Unica Appaltante della Regione Marche e gli enti del Servizio Sanitario.

Il Direttore Generale, nella Relazione sulla gestione anno 2017 (Allegato "E"/1 alla determina n. 206/DGEN del 29/06/2018), ha rappresentato che, le acquisizioni di beni e servizi, effettuate 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.

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, ed ha avviato, nell'anno 2017, la procedura SDAPA per la "fornitura di Farmaci". I contratti relativi

a “aghi e siringhe” e “cancelleria” sono stati stipulati nell’anno 2017 per un importo complessivo annuo pari rispettivamente a 122.136,47 euro ed a 73.582,24 euro, IVA compresa. L’Istituto in particolare, in ottemperanza al d.p.c.m. del 24/12/2015, ricorre obbligatoriamente alla SUAM (Stazione Unica Appaltante Marche - istituita con Legge Regionale Marche n. 12 del 14/05/2012) per gli acquisti delle categorie indicate nel decreto nonché per le ulteriori categorie merceologiche concordate con la SUAM e la Regione Marche. In particolare, viene fornito tutto il supporto necessario, anche partecipando all’elaborazione dei documenti di gara richiesti dalla SUAM tramite i progettisti espressamente individuati dall’ente.

Il Direttore Generale ha precisato che l’Istituto ha dovuto comunque provvedere direttamente ad espletare le varie procedure per le acquisizioni di cui al d.p.c.m. citato, laddove la SUAM non ha attivato le relative gare e/o le ha aggiudicate successivamente alla scadenza dei contratti in corso. In merito al ricorso ai sistemi telematici messi a disposizione da Consip, ha, inoltre, precisato che l’Istituto si attiene alle disposizioni di cui al d.l. n. 95 del 6 luglio 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 4 - Modalità di approvvigionamento dell’UOC Acquisizione Beni e Servizi/Logistica

Per importi inferiori alla soglia di rilievo comunitario	Per importi superiori alla soglia di rilievo comunitario
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 2017 (Allegato “E”/1 alla determina n. 206/DGEN del 29/06/2018)

Le nuove Convenzioni stipulate tramite Consip nel corso dell'anno 2017 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.

In particolare, nel corso dell'anno 2017 l'Ente ha aderito alle seguenti convenzioni Consip, anche pluriennali, per un totale di 79.432,24 euro, come di seguito riportato:

Tabella 5 - Descrizione adesione convenzione Consip anno 2017

n. RDO	Descrizione	Iniziativa Consip	Fornitore	Importo adesione
3913940	FORNITURA LICENZE OFFICE 2016	LICENZE D'USO MICROSOFT GOVERNMENT OPEN LICENSE 3 /LOTTO 1 - LICENZE D'USO MICROSOFT GOVERNMENT	FUJITSU TECHNOLOGY SOLUTIONS	€ 54.049,96
3582609	ACQUISTO STAMPANTI	STAMPANTI 14 / LOTTO 5 - STAMPANTE A4 COLORE	KYOCERA DOCUMENT SOLUTIONS ITALIA S.P.A.	€ 4.144,83
3730878	NOLEGGIO FOTOCOPIATRICE CON FAX UTIC	APPARECCHIATURE MULTIFUNZIONE 26 - NOLEGGIO / LOTTO 2 - MULTIFUNZIONE A3 MONOCROMATICHE PER GRUPPI DI LAVORO DI MEDIE DIMENSIONI	KYOCERA DOCUMENT SOLUTIONS ITALIA S.P.A.	€ 3.058,78
3582918	ACQUISTO STAMPANTI	STAMPANTI 14 / LOTTO 1 - STAMPANTI AD USO PERSONALE A4 B/N	CONVERGE S.P.A.	€ 8.564,40
3447358	ADESIONE CONSIP MEDICO COMPETENTE	GESTIONE INTEGRATA DELLA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO - ED. 3 / LOTTO 1 - VALLE D'AOSTA, PIEMONTE, LOMBARDIA E LIGURIA	EXITONE	€ 9.614,27
TOTALE				€ 79.432,24

Fonte: Relazione Direttore Generale sulla gestione del bilancio d'esercizio anno 2017 (Allegato "E"/1 alla determina n. 206/DGEN del 29/06/2018)

In merito all'utilizzo del MEPA nel corso dell'anno 2017, sono stati stipulati 128 nuovi contratti di acquisto, anche pluriennali, a fronte di circa 80 procedure attivate per un totale di 1.341.397,32 EURO, IVA inclusa.

Il Direttore Generale ha attestato che l'Istituto ha aderito alla gara relativa alla fornitura di radioisotopi e kit freddi per le esigenze dell'UO di Medicina Nucleare del POR di Ancona, espletata dall'AOOR Marche Nord, aggiudicata nell'anno 2017 per un importo annuo quantificabile in circa 64.897,25 euro, IVA compresa.

Infine, nell'anno 2016, l'Istituto ha aderito alle gare centralizzate che saranno espletate dall'ASUR Marche 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.

Il Collegio Sindacale, nel questionario sul bilancio 2017, 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).

In sede istruttoria⁴⁶ è stato richiesto alla Regione Marche di relazionare in merito agli esiti della valutazione degli adempimenti 2017, in materia di acquisto di beni e servizi, da parte del relativo Tavolo tecnico.

La Regione Marche, con note prot. n. 425481 del 23 aprile 2020⁴⁷, prot. n. 516644 del 22 maggio 2020⁴⁸ e prot. n. 574584 dell'8 giugno 2020, ha rappresentato che il Ministro dell'economia e

⁴⁶ Ns. nota prot. n. 985 del 23/04/2020.

⁴⁷ In risposta ns. note istruttorie bilancio 2017 AO - Ospedali Riuniti Marche Nord prot. n. 664 del 25/02/2020 e prot. n. 910 del 15/04/2020.

⁴⁸ In risposta ns. nota prot. n. 999 del 24/04/2020 relativa all'istruttoria AOU - Ospedali Riuniti di Ancona bilanci esercizi 2016 e 2017.

delle finanze, con nota prot. n. 20082 del 12 novembre 2019, ha comunicato che il Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti regionali sulla spesa sanitaria, ai fini dell'accesso all'integrazione della quota di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, a seguito della conclusione dell'istruttoria, ha valutato la Regione Marche adempiente per l'anno 2017. Pertanto, ai sensi dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della 23 dicembre 2009, n. 191, la Regione può accedere all'erogazione delle risorse spettanti per l'anno 2017.

In particolare, con riferimento agli adempimenti previsti per l'anno 2017, come risulta dal verbale allegato alla nota del Ministro dell'economia e delle finanze (Allegato 3 - 110 Marche), è emerso quanto segue:

La Regione ha trasmesso la documentazione inerente la verifica dell'adempimento con protocolli: n. 22 del 13 luglio 2018, n. 36 del 19 ottobre 2018, n. 46 del 23 novembre 2018.

• Punto A. dell'adempimento in esame di cui al Documento Adempimenti 2017, ha rappresentato quanto segue:

- relativamente alle **sanzioni** da applicare nei confronti degli amministratori che non si adeguano alla normativa in materia, la Regione ha confermato la validità, per l'anno 2017, della d.g.r. n. 264 del 12/11/2007, avente ad oggetto "Sanzioni nei confronti dei Direttori Generali e dei Direttori delle zone territoriali per violazioni norme sulla spesa sanitaria";
- relativamente ai provvedimenti regionali adottati al fine di favorire lo **sviluppo del commercio elettronico e la semplificazione degli acquisti di beni e servizi in materia sanitaria**, la Regione ha comunicato quanto segue:
 - in attuazione del d.d.p.f. n. 223/INF del 19/12/2013 la Regione Marche ha acquistato servizi ICT per l'adeguamento della piattaforma e-market a supporto delle attività della SUAM e l'integrazione della suddetta piattaforma con i sistemi informativi in uso nella regione;
 - con determina n. 328 del 31/05/2017 l'ASUR ha acquisito in riuso, dalla Regione Marche, i moduli software per la realizzazione di una piattaforma telematica per la gestione delle procedure di gara;
 - nel corso del 2017 è stato rinnovato il protocollo per l'utilizzo in modalità ASP (Application Service Provider) del sistema informatico di negoziazione del Ministero dell'economia e delle finanze da parte della SUAM Marche, in qualità di

Soggetto Aggregatore, istituita con deliberazione ANAC n. 58 del 22/07/2015 e smi (d.g.r. n. 935 del 07/08/2017). Oltre a ciò è stata utilizzata piattaforma messa a disposizione da Consip Spa per l'avvio di bandi specifici nell'ambito del sistema dinamico di acquisizione istituito da Consip Spa;

- con d.g.r. n. 32 del 25/01/2017 è stato approvato l'accordo di collaborazione tra le Regioni Marche, Toscana e Umbria per la sperimentazione, da parte dei soggetti aggregatori delle tre Regioni, relativa all'effettuazione di procedure di gara in forma congiunta, del coordinamento delle loro attività e per l'utilizzazione della piattaforma telematica START;
- presso l'ASUR, l'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, l'AO Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro è in uso da anni un sistema informativo aziendale unico per la gestione contabile dei contratti stipulati e, di conseguenza, per le determinazioni dei fabbisogni da rimettere in gara alla scadenza del contratto;
- relativamente agli atti predisposti in ordine all'attuazione dell'articolo 15, comma 13, lettere a), b), d) ed e), del decreto legge n. 95/2012, e dell'articolo 9 ter, del decreto legge n. 78/2015, la Regione ha comunicato che, per conseguire l'obiettivo del risparmio complessivo di sistema stabilito dal legislatore, è stata adottata la d.g.r.m. n. 146 del 20/02/2017, con particolare riferimento al rispetto delle consegne previste dai decreti regionali e al contenimento della spesa farmaceutica. Ha inoltre allegato le note, prodotte dagli enti del SSR, in cui sono descritte le azioni intraprese in ordine all'attuazione del citato articolo 15, comma 13, lettere a), b), d) ed e), del decreto legge n. 95/2012, e articolo 9 ter, del decreto legge n. 78/2015.
- attestazione dell'ottemperanza di quanto previsto dal d.p.c.m. del 24/12/2015: la Regione ha confermato che gli enti del SSR hanno fatto ricorso a Consip o ai soggetti aggregatori per lo svolgimento delle procedure di acquisto delle categorie di beni e servizi previste nel decreto citato. Al riguardo, in merito all'attività della Stazione unica Appaltante della Regione Marche (SUAM), ha evidenziato quanto segue:
 - con d.g.r. n. 468 del 9/05/2016 è stato approvato il piano biennale degli acquisti di beni e servizi per gli enti del SSR mediante procedure contrattuali gestite dal soggetto aggregatore (Stazione Unica Appaltante della Regione Marche - SUAM);

- con successivi decreti del Dirigente del Servizio Sanità della Regione Marche sono stati nominati i componenti dei gruppi di lavoro incaricati di redigere la progettazione tecnica ed estimativa da porre a base delle relative procedure di gara;
- la programmazione delle iniziative rientranti nella competenza della SUAM è disponibile sul sito www.acquistinretepa.it.

La Regione ha infine prodotto l'elenco delle procedure avviate nel corso del 2017.

- Punti B e D. Attuazione dell'articolo 15, comma 13, lettera e), del decreto legge n. 95/2012
È stata trasmessa al Tavolo l'istruttoria svolta dall'ANAC (prot. n. 0101227 del 7 dicembre 2018 e prot. n. 8383 del 1° febbraio 2019) sulla base della relazione regionale e delle informazioni trasmesse dalla Regione e dagli enti alla stessa Autorità.

L'ANAC ha comunicato quanto segue:

*“Questa Autorità, al fine di avviare l'istruttoria di propria competenza per l'anno 2017, ha richiesto alle Regioni, con nota prot. 82720 del 08.10.2018, informazioni relativamente agli affidamenti, effettuati dagli Enti del Servizio Sanitario Regionale del proprio territorio, caratterizzati dalla **“esternalizzazione di un sistema integrato di servizi per l'efficiente conservazione e gestione di un bene”**. Al fine di favorire tale processo informativo veniva predisposta una tabella, in formato excel, contenente i seguenti dati:*

- *CIG di riferimento dell'affidamento;*
- *Denominazione della stazione appaltante;*
- *Codice fiscale della stazione appaltante;*
- *Tipologia di stazione appaltante;*
- *Codice AUSA;*
- *Ente S.S.R. contraente e relativo codice fiscale;*
- *Soggetto aggiudicatario;*
- *Importo complessivo dell'affidamento;*
- *Importi distinti per lavori, servizi e forniture e relative percentuali di incidenza sull'importo complessivo;*
- *Data pubblicazione bando di gara;*
- *Data aggiudicazione definitiva;*
- *Data stipula contratto;*

- *Riferimenti alla parte di contratto o bando ove sono indicati gli importi e/o percentuali di lavoro, servizio e forniture;*
- *Allegati: Contratto e bando.*

L'istruttoria, attesa la competenza trasversale dell'adempimento, è stata effettuata dall'Ufficio Vigilanza Servizi e Forniture e dall'Ufficio Vigilanza Centrali di Committenza e Concessioni di Servizi. Il termine assegnato per il riscontro era di 30 giorni.

I dati sono pervenuti in modo differente: alcune Regioni hanno raccolto i dati e trasmesso il file, di cui alcuni in PDF, altre hanno lasciato che le singole aziende sanitarie, autonomamente, fornissero riscontri all'Autorità, nella maggior parte dei casi senza utilizzo del report in excel a tal fine predisposto. I dati raccolti sono stati, ove possibile, integrati con informazioni desumibili dai siti informatici degli enti interessati e delle eventuali centrali di committenza utilizzate per l'acquisto oppure dalle comunicazioni inviate autonomamente dalle Aziende Sanitarie".

L'ANAC ha comunicato altresì che gli esiti istruttori sono stati esaminati ed approvati dal Consiglio dell'Autorità nella seduta del 5 dicembre 2018.

Con i predetti criteri è stato verificato l'affidamento dell'AOU Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi, avente ad oggetto Procedura aperta del servizio gestione energia per anni 6 - CIG 5879622191 - espletata direttamente dall'Ente. Nel report inviato risulta il 52 per cento di servizi e il 48 per cento di forniture, ma l'ammontare e la percentuale di quota lavori, servizi e forniture non sono contenute nei bandi di gara e nei contratti.

Il Tavolo ha evidenziato che, rispetto a tale punto, la Regione aveva già avuto l'adempienza con raccomandazione negli anni 2014 e 2016. Il Tavolo ha invitato la Regione a presidiare con maggiore incisività l'applicazione dell'articolo 15, comma 13, lettera e), del decreto legge n. 95/2012.

- Punto C. Attuazione dell'articolo 15, comma 13, lettera d), del decreto legge n. 95/2012.

L'ANAC ha fornito al Tavolo i dati che si riferiscono ai contratti stipulati, nel corso dell'anno solare 2017, dagli enti del SSN con importi a base d'asta superiori alla soglia comunitaria sulle seguenti categorie merceologiche:

1. Energia elettrica;
2. Gas;
3. Ausili per persone disabili (CPV 33196200; Ausili per la deambulazione CPV 33141720);
4. Antisettici.

L'estrazione dalla Banca dati nazionale dei contratti pubblici è stata effettuata in data 11/06/2018.

Il Tavolo ha trasmesso alla Regione i dati dei propri enti e la regione stessa ha provveduto ad integrarli e a trasmetterli al Tavolo.

Consip ha svolto l'istruttoria sui dati così integrati che ha avuto il seguente esito.

I contratti analizzati sono stati complessivamente tre, per un importo totale pari a 6.647.120 euro. Tutti i contratti hanno rispettato la normativa vigente, pertanto la Regione è stata valutata positivamente al punto C.

Da una verifica effettuata dall'ANAC in data 26/11/2018 è emerso che il numero di contratti stipulati nel corso dell'anno solare 2017, presenti nella banca dati nazionale dei contratti pubblici, è aumentato del 100 per cento (+ 6 contratti), inviati pertanto oltre le scadenze previste.

La Regione è stata richiamata ad avviare tutte le attività necessarie a fare in modo che siano rispettate le scadenze dell'invio dei dati dei contratti.

Conclusivamente, sulla base della documentazione inviata dalla Regione, da Consip e da ANAC, **la Regione è adempiente, nell'anno 2017, con raccomandazione.**

Si rileva che, la Regione Marche, a seguito di verifica degli adempimenti regionali 2017 ai fini dell'accesso all'integrazione al finanziamento per gli anni 2017, è stata dichiarata nel 2017 adempiente con raccomandazione dal Tavolo tecnico, con riferimento all'adempimento - lettera b) (Acquisto di beni e servizi).

Si rileva, nondimeno, che, ai fini del rispetto dei vincoli normativi, la Regione Marche ha comunque garantito l'equilibrio del bilancio sanitario nell'anno 2017 (art. 9-septies del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78).

2.6.3 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.

La Regione Marche, con nota prot. n. 663328 del 12 giugno 2018, in sede di parificazione del rendiconto generale esercizio 2017⁴⁹, ha trasmesso la seguente tabella che evidenzia una incidenza percentuale sul Fondo Sanitario Regionale (comprensivo delle entrate proprie) degli acquisti per dispositivi medici del 7,1 per cento, pari a 205.607 euro.

Tabella 6 - Il tetto alla spesa per dispositivi medici nel 2017

	Fondo Sanitario Regionale	Tetto 4,4%	Acquisti dispositivi medici	Tetto %	Scostamento assoluto	Inc % su FSR
	A	b=a*4,4%	c	d=c/a	e=c-b	f=e/a
Regione Marche	2.893.075	127.295	205.607	7,1%	78.312	2,7%

Valori in migliaia di euro

Fonte: Modello CE bilancio 2017 enti del SSR - nota Regione Marche prot. n. 663328 del 12/06/2018

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

La Sezione ha verificato che, **nell'anno 2017, 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 7,1 per cento, con una spesa complessiva pari a 205.607 mila euro.

Lo scostamento è risultato essere del 2,7 per cento e in termini assoluti di 78.312 mila euro.

Rispetto all'anno precedente, la spesa risulta incrementata del 6,22 per cento, pari a euro 12.044 mila euro.

L'Organo di revisione, nel questionario sul Rendiconto Generale esercizio 2017 della Regione Marche, ha specificato che, le motivazioni che hanno determinato lo sfioramento del tetto di spesa debbono essere ricondotte alla scarsa presenza di strutture private nella Regione Marche. Pertanto la gran parte dei dispositivi medici viene acquistata dalle aziende pubbliche per la loro produzione⁵⁰.

⁴⁹ Cfr. deliberazione n. 33/PARI/2018 del 16/07/2018.

⁵⁰ 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.

Nondimeno, il sistema sanitario regionale ha garantito comunque l'equilibrio economico.

Relativamente all'INRCA, il valore della spesa per i dispositivi medici nell'anno 2017, con riferimento alla voce modello CE "BA0210 B.1.A.3) Dispositivi medici", a consuntivo 2017, risulta pari a 5.291.537 euro, con un incremento di 591 euro rispetto all'anno precedente (+0,01 per cento), come riportato nella seguente tabella.

**Tabella 7 - Modello Ministeriale Conto Economico
Raffronto esercizio 2017 - 2016**

CODICE	VOCE MODELLO CE	2017	2016	scostamento 2017/2016	% scostamento
	B) Costi della produzione				
BA0210	B.1.A.3) <i>Dispositivi medici</i>	5.291.537	5.290.946	591	0,01%
BA0220	B.1.A.3.1) Dispositivi medici	2.608.070	2.615.181	-7.111	-0,27%
BA0230	B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	890.779	781.227	109.552	14,02%
BA0240	B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	1.792.688	1.894.538	-101.850	-5,38%

Fonte: Allegato B bis - Conto Economico al 31/12/2017 - Modello d.m. 15/06/2012 (allegato alla determina n. 206/DGEN del 29/06/2018)
Elaborazione: Corte dei conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

Si rileva che, la spesa dei dispositivi medici, incluse le variazioni delle rimanenze, è stata pari a 4.582.303 euro, con uno scostamento rispetto al 2016 di -818.060 euro, pari a -15,15 per cento.

**Tabella 8 - Modello Ministeriale Conto Economico
Raffronto esercizio 2017 - 2016 incluse le variazioni delle rimanenze**

CODICE	VOCE MODELLO CE	2017	2016	scostamento 2017/2016	% scostamento
BA0210	B.1.A.3) <i>Dispositivi medici</i>	4.582.303	5.400.363	-818.060	-15,15%
BA0220	B.1.A.3.1) Dispositivi medici	1.898.836	2.724.598	-825.762	-30,31%
BA0230	B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	890.779	781.227	109.552	14,02%
BA0240	B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	1.792.688	1.894.538	-101.850	-5,38%

Fonte: Allegato B bis - Conto Economico al 31/12/2017 - Modello d.m. 15/06/2012 (allegato alla determina n. 206/DGEN del 29/06/2018)
Elaborazione: Corte dei conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

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 bilancio 2017, ha attestato che sono stati attribuiti all'Istituto obiettivi da parte della Regione e che sono stati raggiunti.

Si rileva che, la Regione Marche, con la già citata d.g.r. n. 243 del 20/03/2017, relativa all'approvazione dei criteri per l'anno 2017 per la valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori generali degli enti sanitari, ha previsto, tra gli altri, il perseguimento dell'obiettivo della riduzione della spesa in relazione alla produzione erogata per l'anno 2017, come sotto riportato:

Tabella 9 - Obiettivo 2017 riduzione spesa per dispositivi medici

2. OBIETTIVO RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA						
Progressivo	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target INRCA
3	Riduzione spesa per dispositivi medici in relazione alla produzione erogata	Modello CE, SDO, File C	Andamento spesa per dispositivi medici (BA0220 + BA0230 + BA0240) in relazione alla produzione erogata nell'anno 2017	(Spesa BA0220 + BA0230 + BA0240 anno 2017) / (Totale produzione ospedaliera e specialistica ambulatoriale anno 2017)		≤ 3% rispetto al 2016

Fonte: Regione Marche - D.g.r. n. 243 del 20/03/2017

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

Il Direttore Generale, nella Relazione sulla gestione esercizio 2017 (allegato "E"/1 alla determina n. 206/DGEN del 29/06/2018), ha attestato che sono stati pienamente raggiunti gli obiettivi relativi alla riduzione della spesa dei dispositivi medici in relazione al valore della produzione erogata.

Si rileva che, come già evidenziato in precedenza, le procedure di valutazione degli obiettivi sanitari attribuiti ai Direttori generali degli enti sanitari del SSR 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, che sono approvati dalla Giunta regionale in sede di controllo atti.

Si rileva, relativamente agli obiettivi 2016, di cui alla d.g.r. n. 1106 del 19/09/2016, che, con d.g.r. n. 4 del 07/01/2019, a seguito dell'esame, da parte del CO.CIV, integrato con il Dirigente del Servizio Sanità, di tutta la documentazione e dei chiarimenti forniti dai Dirigenti delle PP.FF., per la verifica del raggiungimento degli obiettivi economici e sanitari assegnati ai Direttori Generali degli enti del S.S.R., giusto verbale del 19 dicembre 2018, depositato agli atti della P.F. e relazione integrativa della P.F. Risorse umane e Formazione n. 15502896 del 21 dicembre 2018, sono state approvate le risultanze della valutazione, come di seguito riportate

e, comunque, sintetizzate nell'allegato A, che è parte integrante e sostanziale della deliberazione, in particolare:

OBIETTIVO ECONOMICO:

Obiettivo 2 "Spesa farmaceutica":

- sub-obiettivo 2.3 "spesa per dispositivi medici" risulta raggiunto al 100 solo dalla Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord e, pertanto, il punteggio assegnato è pari a 1,5. Si rileva, altresì, con riferimento agli obiettivi 2017, di cui alla d.g.r. n. 146 del 20/02/2017 che, con d.g.r. n. 78 del 03/02/2020, a seguito dell'esame, da parte del CO.CIV, integrato con il Dirigente del Servizio Sanità, di tutta la documentazione e dei chiarimenti forniti dai Dirigenti delle PP.FF., per la verifica del raggiungimento degli obiettivi economici, delle precondizioni e degli obiettivi sanitari assegnati, giusti verbali del 7/6/2019, 28/6/2019, 05/07/2019 e 27/9/2019, depositati agli atti della PF Controllo Atti e Attività Ispettiva, sono state approvate le risultanze della valutazione, che vengono qui di seguito riportate e, comunque, sintetizzate nell'allegato A, facente parte integrante e sostanziale della deliberazione, in particolare:

OBIETTIVO ECONOMICO:

Obiettivo 2 "Spesa farmaceutica":

- sub-obiettivo 2.3 "riduzione della spesa per dispositivi medici" risulta raggiunto al 100 per cento solo dall'INRCA; pertanto, il punteggio assegnato è pari a 5.

In sede istruttoria⁵¹ è stato richiesto alla Regione Marche di relazionare in merito agli esiti della valutazione degli adempimenti 2017, in materia di dispositivi medici, da parte del relativo Tavolo tecnico.

La Regione Marche, con note prot. n. 425481 del 23 aprile 2020⁵², prot. n. 516644 del 22 maggio 2020⁵³ e prot. n. 574584 dell'8 giugno 2020, ha rappresentato che il Ministro dell'Economia e delle Finanze, con nota prot. n. 20082 del 12 novembre 2019, ha comunicato che il Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti regionali sulla spesa sanitaria, ai fini dell'accesso all'integrazione della quota di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, a seguito della

⁵¹ Ns. nota prot. n. 985 del 23/04/2020.

⁵² In risposta ns. note istruttorie bilancio 2017 AO - Ospedali Riuniti Marche Nord prot. n. 664 del 25/02/2020 e prot. n. 910 del 15/04/2020.

⁵³ In risposta ns. nota prot. n. 999 del 24/04/2020 relativa all'istruttoria AOU - Ospedali Riuniti di Ancona bilanci esercizi 2016 e 2017.

conclusione dell'istruttoria, ha valutato la Regione Marche adempiente per l'anno 2017. Pertanto, ai sensi dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della 23 dicembre 2009, n. 191, la Regione può accedere all'erogazione delle risorse spettanti per l'anno 2017.

In particolare, con riferimento agli adempimenti:

- lettera c.6) - (**Dispositivi medici**)⁵⁴, come si evince dallo schema di certificazione finale nella riunione del Comitato Lea del 13 dicembre 2018, **la Regione Marche è adempiente**.
- lettera aaq) - (**Obiettivi Direttori generali**)⁵⁵, come risulta dal verbale allegato alla nota del Ministro dell'Economia e delle Finanze (Allegato 3 - 110 Marche -), è emerso che **la Regione Marche ha adempiuto**.

2.6.4 Verifica costi per acquisto di beni e servizi

Il Collegio Sindacale, nella Relazione al bilancio 2017, allegata al verbale n. 2/2018 del 26 luglio 2018 (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 2016, come da tabella che segue.

⁵⁴ Verifica adempimenti LEA (Fonte: Ministero della salute - Note Questionario LEA 2016 - Raccolta della documentazione necessaria per la verifica degli adempimenti relativi all'anno 2016):

c.6) Dispositivi medici

- verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici (decreto ministeriale 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale");
- d.m. 25 novembre 2013: Ampliamento del nucleo di informazioni essenziali relative ai contratti di dispositivi medici previsto dall'articolo 6, comma 2, del decreto 11 giugno 2010, recante "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale".

⁵⁵ ADEMPIMENTI (riferimento Documento Ministero dell'economia e finanze, Intesa Stato-Regioni 23/03/2005, Intesa Stato-regioni 3/12/2009) e Intesa Stato-regioni 10/07/2014):

- aaq) Obiettivi Direttori Generali

Attuazione dell'articolo 10, comma 6, del Patto per la Salute 2014-2016. "Si conviene che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Lea stabiliti per i Direttori Generali, costituisce grave inadempimento contrattuale e comporta l'applicazione dell'art. 3 bis, comma 5, del d.lgs. 502/1992 s.m.i., con la previsione di decadenza automatica dei Direttori Generali".

Tabella 10 - Costi della produzione al netto delle variazioni delle rimanenze sanitarie e non sanitarie

Costi della produzione	2017	2016	differenza	Diff. %
Acquisto di beni	8.665.619	9.055.643	-390.025	-4,31%
Acquisto di servizi sanitari	6.240.486	5.447.828	792.659	14,55%
Acquisto di servizi non sanitari	9.758.534	10.193.031	-434.497	-4,26%
Manutenzione e riparazioni	2.635.257	2.431.983	203.274	8,36%
Godimento di beni di terzi	704.791	688.557	16.234	2,36%
Variazioni delle rimanenze	-652.079	-214.011	-438.068	204,69%
Totale	27.352.608	27.603.031	-250.423	-0,91%

Fonte: Relazione del Collegio Sindacale al bilancio 2017 (allegato 2 al verbale n. 2/2018 del 26/07/2018)

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 27.352.608 euro, risulta decrementata di 250.423 euro, corrispondente a -0,91 per cento, rispetto a quella dell'esercizio 2016, che è stata pari a 27.603.031 euro.**

Si rileva, altresì, che tali valori risultano coincidenti con quelli riportati nel Conto Economico al 31/12/2017 - Modello d.m. 15/06/2012 - allegato alla Relazione sulla gestione anno 2017 (Allegato "B BIS" alla determina n. 206/DGEN del 29/06/2018).

Si riporta qui di seguito la tabella relativa agli acquisti di beni e servizi, comprese le variazioni delle rimanenze - Conto Economico di cui allo schema di bilancio d.m. 20/03/2013 - allegato "B" alla Relazione del Direttore Generale dell'INRCA al bilancio 2017 (determina n. 206/DGEN del 29/06/2018).

Tabella 11 - Acquisti di beni e servizi - schema di bilancio - decreto interministeriale 20/03/2013

CONTO ECONOMICO		Importi: Euro			
SCHEMA DI BILANCIO		ANNO 2017	ANNO 2016	VARIAZIONE 2016/2015	
Decreto Interministeriale 20/03/2013				Importo	%
B) Costi della produzione					
1) acquisti di beni		8.665.619	9.055.643	-390.025	-4,31%
a) acquisti di beni sanitari		8.426.434	8.773.793	-347.358	-3,96%
b) acquisti di beni non sanitari		239.184	281.851	-42.667	-15,14%
2) acquisti di servizi sanitari		6.240.486	5.447.828	792.659	14,55%
a) acquisti di servizi sanitari - Medicina di base		-	-	-	-
b) acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica		-	-	-	-
c) acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale		1.776.903	1.803.894	-26.991	-1,50%
d) acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa		-	-	-	-
e) acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa		-	-	-	-
f) acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica		-	-	-	-
g) acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera		-	-	-	-
h) acquisti per prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale di servizi sanitari per assistenza specialistica		-	-	-	-
i) acquisti prestazioni termali in convenzione		-	-	-	-
k) acquisti prestazioni di trasporto sanitario		372.584	378.376	-5.792	-1,53%
l) acquisti prestazioni socio-sanitaria a rilevanza sanitaria		17.071	-	17071	100,00%
m) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)		1.271.880	1.324.872	52.993	-4,00%
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari		34.289	24.549	9.740	39,68%
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie		2.747.310	1.887.328	859.981	45,57%
p) Altri servizi sanitarie e sociosanitari a rilevanza sanitaria		20.450	28.808	-8.358	-29,01%
q) Costi per differenziale Tariffe TUC		-	-	-	-
3) acquisti di servizi non sanitari		9.758.534	10.193.031	-434.497	-4,26%
a) Servizi non sanitari		9.236.850	9.675.177	438.327	-4,53%
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie		478.725	458.383	20.342	4,44%
c) Formazione		42.959	59.471	-16.512	-27,76%
4) Manutenzione e riparazione		2.635.257	2.431.983	203.274	8,36%
5) Godimento di beni di terzi		704.791	688.557	16.234	2,36%

Fonte: Allegato B - Conto Economico di cui al d.m. 20/03/2013, allegato alla Relazione del Direttore Generale INRCA al bilancio d'esercizio 2017 (determina n. 206/DGEN del 29/06/2018)

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

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

- 1) un decremento di costi per l'acquisto di beni per complessivi 390.025 euro (-4,31 per cento) rispetto all'anno precedente, così determinato:
 - beni sanitari in decremento per 347.358 euro, pari a -3,96 per cento;
 - beni non sanitari in decremento per 42.667 euro, pari a -15,14 per cento;
- 2) un incremento di costi per l'acquisto di servizi per complessivi 358.162 euro (+2,29 per cento) rispetto all'anno precedente, come sotto specificato:
 - servizi sanitari in aumento per 792.659 euro, pari a +14,55 per cento;
 - servizi non sanitari in diminuzione per 434.497 euro, pari a -4,26 per cento.

In merito, il Direttore Generale dell'INRCA, nella Relazione sulla gestione anno 2017 (Allegato "E"/1 alla determina n. 206/DGEN del 29/06/2018), ha evidenziato, dal lato dei costi di produzione, relativamente all'**area degli acquisti di beni e servizi**, un leggero incremento rispetto all'esercizio 2016, in particolare:

- il decremento dei costi nell'area degli acquisti di beni sanitari e non sanitari ampliato dal delta nell'ambito delle variazioni delle rimanenze. Facendo un focus specifico per l'area, è stato osservato che il decremento è essenzialmente nell'area farmaceutica per motivazioni diversificate a livello di Presidio. Inoltre, è stato considerato che il bilancio 2017 ha beneficiato dell'effetto contabile della rilevazione delle rimanenze finali di reparto. Tale variazione è solo contabile e ovviamente non è di carattere gestionale;
- l'incremento, rispetto al 2016, nell'area degli acquisti di servizi sanitari. Tale maggior costo è frutto di più variazioni di segno diversificato tra loro. Al di là di riclassificazioni di conto, è stato osservato che gli incrementi 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 2016, nell'area degli acquisti di servizi non sanitari. Tale decremento è il frutto di più variazioni diversificate, anche se la principale voce di variazione in decremento è data dagli altri servizi non sanitari da privato anch'essi collegati al mondo della ricerca finalizzata, per sua natura estremamente variabile da un anno all'altro;

Acquisti di beni sanitari e non sanitari:

Tabella 12 - Aggregato "Acquisti di beni"

CODICE	VOCE MODELLO CE	2017	2016	scostamento 2017/2016	% scostamento
	B) Costi della produzione				
BA0010	B.1.) Acquisti di beni	8.665.619	9.055.643	-390.024	-4,31%
BA0020	<i>B.1.A) Acquisti di beni sanitari</i>	<i>8.426.434</i>	<i>8.773.791</i>	<i>-347.357</i>	<i>-3,96%</i>
BA0030	<i>B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati</i>	<i>2.626.274</i>	<i>2.986.506</i>	<i>-360.232</i>	<i>-12,06%</i>
BA0040	B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	2.612.181	2.975.683	-363.502	-12,22%
BA0050	B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC	14.092	10.823	3.269	30,20%
BA0060	B.1.A.1.3) Emoderivati di produzione regionale	-	-	-	-
BA0070	<i>B.1.A.2) Sangue ed emocomponenti</i>	<i>6.154</i>	<i>-</i>	<i>6.154</i>	<i>100,00%</i>
BA0080	B.1.A.2.1) da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	6.154	-	6.154	100,00%
BA0090	B.1.A.2.2) da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche extra Regione) - Mobilità extraregionale	-	-	-	-
BA0100	B.1.A.2.3) da altri soggetti	-	-	-	-
BA0210	<i>B.1.A.3) Dispositivi medici</i>	<i>5.291.537</i>	<i>5.290.946</i>	<i>591</i>	<i>0,01%</i>
BA0220	B.1.A.3.1) Dispositivi medici	2.608.070	2.615.181	-7.111	-0,27%
BA0230	B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	890.779	781.227	109.552	14,02%
BA0240	B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	1.792.688	1.894.538	-101.850	-5,38%
BA0250	<i>B.1.A.4) Prodotti dietetici</i>	<i>377.874</i>	<i>394.649</i>	<i>-16.775</i>	<i>-4,25%</i>
BA0260	B.1.A.5) Materiali perla profilassi (vaccini)	70.293	70.339	-46	-0,07%
BA0270	B.1.A.6) Prodotti chimici	1.559	1.971	-412	-20,90%
BA0280	B.1.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario	52.744	29.380	23.364	79,52%
BA0290	B.1.A.8) Altri beni e prodotti sanitari	-	-	-	-
BA0300	B.1.A.9) Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-
BA0310	B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	239.184	281.852	-42.668	-15,14%
BA0320	B.1.B.1) Prodotti alimentari	14.012	11.289	2.723	24,12%
BA0330	B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	15.850	16.223	-373	-2,30%
BA0340	B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	19.390	14.986	4.404	29,39%
BA0350	B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	147.730	158.587	-10.857	-6,85%
BA0360	B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	17.597	30.973	-13.376	-43,19%
BA0370	B.1.B.6) Altri beni e prodotti non sanitari	24.607	49.794	-25.187	-50,58%
BA0380	B.1.B.7) Beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-
BA2660	B.15) Variazione delle rimanenze	-652.079	-214.011	-438.068	204,69%
BA2670	B.15.A) Variazione rimanenze sanitarie	-615.713	-218.898	-396.815	181,28%
BA2680	B.15.B) Variazione rimanenze non sanitarie	-36.365	4.887	-41.252	-844,12%

Fonte: Allegato B bis - Conto Economico al 31/12/2017 - Modello d.m. 15/06/2012 - allegato alla Relazione del Direttore Generale INRCA al bilancio d'esercizio 2017 (determina n. 206/DGEN del 29/06/2018)

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

Tabella 13 - Aggregato "Acquisti di beni" incluse le variazioni delle rimanenze

CODICE	VOCE MODELLO CE	2017	2016	scostamento 2017/2016	% scostamento
	B) Costi della produzione				
BA0010	B.1.) Acquisti di beni	8.013.540	8.841.632	-828.092	-9,37%
BA0020	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	7.810.721	8.554.893	-744.172	-8,70%
BA0030	B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	2.716.305	2.654.574	61.731	2,33%
BA0040	B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	2.702.212	2.643.751	58.461	2,21%
BA0050	B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC	14.092	10.823	3.269	30,20%
BA0060	B.1.A.1.3) Emoderivati di produzione regionale	-	-	-	-
BA0070	B.1.A.2) Sangue ed emocomponenti	6.154	-	6.154	100,00%
BA0080	B.1.A.2.1) da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	6.154	-	6.154	100,00%
BA0090	B.1.A.2.2) da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche extra Regione) - Mobilità extraregionale	-	-	-	-
BA0100	B.1.A.2.3) da altri soggetti	-	-	-	-
BA0210	B.1.A.3) Dispositivi medici	4.582.303	5.400.363	-818.060	-15,15%
BA0220	B.1.A.3.1) Dispositivi medici	1.898.836	2.724.598	-825.762	-30,31%
BA0230	B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	890.779	781.227	109.552	14,02%
BA0240	B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	1.792.688	1.894.538	-101.850	-5,38%
BA0250	B.1.A.4) Prodotti dietetici	381.363	398.266	-16.903	-4,24%
BA0260	B.1.A.5) Materiali perla profilassi (vaccini)	70.293	70.339	-46	-0,07%
BA0270	B.1.A.6) Prodotti chimici	1.559	1.971	-412	-20,90%
BA0280	B.1.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario	52.744	29.380	23.364	79,52%
BA0290	B.1.A.8) Altri beni e prodotti sanitari	-	-	-	-
BA0300	B.1.A.9) Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-
BA0310	B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	202.819	286.739	-83.920	-29,27%
BA0320	B.1.B.1) Prodotti alimentari	12.215	10.443	1.772	16,97%
BA0330	B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	15.348	24.786	-9.438	-38,08%
BA0340	B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	19.390	14.986	4.404	29,39%
BA0350	B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	113.663	161.573	-47.910	-29,65%
BA0360	B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	17.597	25.158	-7.561	-30,05%
BA0370	B.1.B.6) Altri beni e prodotti non sanitari	24.607	49.794	-25.187	-50,58%
BA0380	B.1.B.7) Beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-

Fonte: Allegato B bis - Conto Economico al 31/12/2017 - Modello d.m. 15/06/2012 - allegato alla Relazione del Direttore Generale INRCA al bilancio d'esercizio 2017 (determina n. 206/DGEN del 29/06/2018) e Note integrative ai bilanci esercizi 2016 e 2017 - schema d.m. 20/03/2013 - Allegati "C" ai bilanci esercizi 2016 e 2017 - determina n. 242/DGEN del 26/06/2017 e n. 206/DGEN del 29/06/2018

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

Dall'esame delle singole voci del C.E., relativamente agli **acquisti di beni**, incluse le variazioni delle rimanenze, si evince, rispetto all'esercizio precedente, quanto segue:

- **Acquisti di beni - i costi, per complessivi 8.013.540 euro, risultano in decremento di 828.092 euro, pari a -9,37 per cento;**
 - **Beni sanitari - i costi, per complessivi 7.810.721 euro, risultano in decremento di 744.172 euro, pari a -8,70 per cento, in particolare:**
 - Prodotti farmaceutici ed emoderivati: i costi, per complessivi 2.716.305 euro, risultano in incremento di 61.731 euro, pari a +2,33 per cento;
 - Sangue ed emocomponenti: i costi, per complessivi 6.154 euro, risultano in incremento di 6.154 euro, pari a +100 per cento;
 - Dispositivi medici: i costi, per complessivi 4.582.303 euro, risultano in decremento di 818.060 euro, pari a -15,15 per cento;
 - Prodotti dietetici: i costi, per complessivi 381.363 euro, risultano in decremento di 16.903 euro, pari a -4,24 per cento;
 - Materiali per la profilassi (vaccini): i costi, per complessivi 70.293 euro, risultano in decremento di 46 euro, pari -0,07 per cento;
 - Prodotti chimici: i costi, per complessivi 1.559 euro, risultano in decremento di 412 euro, pari a -20,90 per cento;
 - Materiali e prodotti per uso veterinario: i costi, per complessivi 52.744 euro, risultano in incremento di 23.364 euro, pari a +79,52 per cento;
- **Beni non sanitari - i costi, per complessivi 202.819 euro, risultano in decremento di 83.920 euro, pari a -29,27 per cento, in particolare:**
 - Prodotti alimentari: i costi, per complessivi 12.215 euro, risultano in incremento di 1.772 euro, pari a +16,97 per cento;
 - Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere: i costi, per complessivi 15.348 euro, risultano in decremento di 9.438 euro, pari a -38,08 per cento;
 - Combustibili, carburanti e lubrificanti: i costi, per complessivi 19.390 euro, risultano in incremento di 4.404 euro, pari a +29,39 per cento;
 - Supporti informatici e cancelleria: i costi, per complessivi 113.663 euro, risultano in decremento di 47.910 euro, pari a -29,65 per cento;

- Materiale per la manutenzione: i costi, per complessivi 17.597 euro, risultano in decremento di 7.561 euro, pari a -30,05 per cento;
- Altri beni e prodotti non sanitari: i costi, per complessivi 24.607 euro, risultano in decremento di 25.187 euro, pari a -50,58 per cento.

Il Direttore Generale, nella Relazione sulla gestione esercizio 2017, ha specificatamente evidenziato che, per quanto riguarda il valore economico, il sostanziale mantenimento dei costi, nell'ambito dei beni sanitari, è dovuto al fatto che, da una parte, il costo per i farmaci si è mantenuto agli stessi livelli dello scorso anno, mentre, dall'altra parte, è fortemente diminuito il costo dei dispositivi sanitari. In realtà questa consistente diminuzione non deriva da aspetti gestionali, ma dall'effetto contabile della rilevazione delle scorte di reparto, in precedenza effettuate solo per alcuni reparti e dal 2017 realizzate in tutte le unità operative aziendali. Nello specifico, l'effetto contabile positivo nel 2017 delle scorte di reparto è pari a circa 875 mila euro per i beni sanitari, di cui circa 100 mila euro per i farmaci e i restanti 775 mila euro per tutti gli altri beni sanitari. Anche i beni non sanitari, che evidenziano un andamento di riduzione dei costi, in realtà hanno usufruito del vantaggio delle maggiori rimanenze finali per circa 22 mila euro. In definitiva, da un punto di vista gestionale, in assenza del vantaggio contabile delle scorte di reparto, si sarebbe avuto un aumento dei costi di circa 300 mila euro (100 mila euro per farmaci e 200 mila euro per dispositivi medici). Tali incrementi sono legati all'incremento dell'attività chirurgica nell'ambito urologico e alle maggiori giornate di degenza erogate agli utenti.

Si rileva, relativamente alle rimanenze, che anche nella Nota integrativa al bilancio 2017, è stato fatto presente che, nell'anno 2017, per la prima volta sono state rilevate le scorte di reparto di tutte le UU.OO. sanitarie e non dei vari POR, per un totale di 995.639 euro. Tale registrazione contabile ha avuto un significativo effetto sul valore dei consumi dell'anno; tuttavia, tale vantaggio contabile non sarà ripetibile nel 2018.

Acquisti di servizi sanitari e non sanitari:**Tabella 14 - Aggregato Acquisti di Servizi sanitari**

CODICE	VOCE MODELLO CE	2017	2016	scostamento 2017/2016	% scostamento
	B) Costi della produzione				
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	15.999.020	15.640.859	358.161	2,29%
BA0400	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	6.240.486	5.447.828	792.658	14,55%
BA0530	B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	1.776.903	1.803.895	-26.992	-1,50%
BA0540	B.2.A.3.1) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	1.394.842	1.401.137	-6.295	-0,45%
BA0550	B.2.A.3.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-
BA0560	B.2.A.3.3) - da pubblico (Extraregione)	-	32.914	-	-
BA0570	B.2.A.3.4) - da privato - Medici SUMAI	-	-	-	-
BA0580	B.2.A.3.5) - da privato	382.061	369.844	12.217	3,30%
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	382.061	369.844	12.217	3,30%
BA0630	B.2.A.3.6) - da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)	-	-	-	-
BA1090	B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	372.584	378.376	-5.792	-1,53%
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	372.584	378.376	-5.792	-1,53%
BA1140	B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	17.071	-	17.071	100,00%
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	17.071	-	17.071	100,00%
BA1180	B.2.A.12.4) - da privato (intraregionale)	-	-	-	-
BA1190	B.2.A.12.5) - da privato (extraregionale)	-	-	-	-
BA1200	B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)	1.271.880	1.324.872	-52.992	-4,00%
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	1.260.591	1.312.994	-52.403	-3,99%

BA1230	B.2.A.13.3) <i>Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area sanità pubblica</i>	-	-	-	-
BA1240	B.2.A.13.4) <i>Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58)</i>	11.289	11.878	-589	-4,96%
BA1250	B.2.A.13.5) <i>Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)</i>	-	-	-	-
BA1260	B.2.A.13.6) <i>Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro</i>	-	-	-	-
BA1270	B.2.A.13.7) <i>Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)</i>	-	-	-	-
BA1280	B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari	34.289	24.549	605.837	39,68%
BA1290	B.2.A.14.1) <i>Contributi ad associazioni di volontariato</i>	600	-	600	100,00%
BA1300	B.2.A.14.2) <i>Rimborsi per cure all'estero</i>	-	-	-	-
BA1310	B.2.A.14.3) <i>Contributi a società partecipate e/o enti dipendenti della Regione</i>	-	-	-	-
BA1320	B.2.A.14.4) <i>Contributo Legge 210/92</i>	-	-	-	-
BA1330	B.2.A.14.5) <i>Altri rimborsi, assegni e contributi</i>	33.689	24.549	9.140	37,23%
BA1340	B.2.A.14.6) <i>Rimborsi, assegni e contributi v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione</i>	-	-	-	-
BA1350	B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	2.747.310	1.887.328	859.982	45,57%
BA1360	B.2.A.15.1) <i>Consulenze sanitarie e sociosan. da Aziende sanitarie pubbliche della Regione</i>	160.900	171.321	-10.421	-6,08%
BA1370	B.2.A.15.2) <i>Consulenze sanitarie e sociosanit. da terzi - Altri soggetti pubblici</i>	962.051	18.898	943.153	4990,76%
BA1380	B.2.A.15.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato	1.624.359	1.697.109	-72.750	-4,29%
BA1390	B.2.A.15.3.A) <i>Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000</i>	7.680	3.600	4.080	113,33%
BA1400	B.2.A.15.3.B) <i>Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato</i>	2.988	466	2.522	541,20%
BA1410	B.2.A.15.3.C) <i>Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato</i>	621.735	687.557	-65.822	-9,57%
BA1420	B.2.A.15.3.D) <i>Indennità a personale universitario - area sanitaria</i>	361.570	356.224	5.346	1,50%
BA1430	B.2.A.15.3.E) <i>Lavoro interinale - area sanitaria</i>	-	-	-	-
BA1440	B.2.A.15.3.F) <i>Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria</i>	630.386	649.262	-18.876	-2,91%
BA1450	B.2.A.15.4) <i>Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando</i>	-	-	-	-
BA1460	B.2.A.15.4.A) <i>Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione</i>	-	-	-	-
BA1470	B.2.A.15.4.B) <i>Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, soggetti pubblici e da Università</i>	-	-	-	-
BA1480	B.2.A.15.4.C) <i>Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)</i>	-	-	-	-

BA1490	B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	20.450	28.808	-8.358	-29,01%
BA1500	B.2.A.16.1) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Aziende sanitarie pubbliche della Regione	500	550	-50	-9,09%
BA1510	B.2.A.16.2) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione	2.125	-	2.125	100,00%
BA1520	B.2.A.16.3) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico (Extraregione)	-	54	-	-
BA1530	B.2.A.16.4) Altri servizi sanitari da privato	17.825	28.204	-10.379	-36,80%
BA1540	B.2.A.16.5) Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva	-	-	-	-

Fonte: Allegato B bis - Conto Economico al 31/12/2017 - Modello d.m. 15/06/2012 - allegato alla Relazione del Direttore Generale INRCA al bilancio d'esercizio 2017 (determina n. 206/DGEN del 29/06/2018)

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

Con riferimento all'aggregato dei **Servizi**, si rileva, esaminando le risultanze del bilancio 2017, che i costi, pari a complessivi 15.999.020 euro, risultano, rispetto all'anno precedente, in incremento per complessivi 358.161 euro, pari a +2,29 per cento, in particolare:

- **Servizi sanitari - i costi, per complessivi 6.240.486 euro, risultano in incremento di 792.658 euro, pari a +14,55 per cento, nello specifico:**
 - Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale: i costi, per complessivi 1.776.903 euro, risultano in decremento di 26.992 euro, pari a -1,50 per cento;
 - Acquisti per trasporto sanitario: i costi, per complessivi 372.584 euro, risultano in decremento di 5.792 euro, pari a -1,53 per cento;
 - Acquisti di prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria: i costi, per complessivi 17.071 euro, risultano in incremento di 17.071 euro, pari a +100 per cento;
 - Compartecipazione del personale per attività libero-professionale (intrafirma): i costi, per complessivi 1.271.880 euro, risultano in decremento di 52.992 euro, pari a -4,00 per cento;
 - Rimborso assegni e contributi sanitari: i costi, per complessivi 34.289 euro, risultano in incremento di 605.837 euro, pari a +39,68 per cento;
 - Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie: i costi, per complessivi 2.747.310 euro, risultano in incremento di 859.982 euro, pari a +45,57 per cento;
 - Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria: i costi, per complessivi 20.450 euro, risultano in decremento di 8.358 euro, pari a -29,01 per cento.

Nella Nota integrativa al bilancio 2017 (Allegato "C" alla determina n. 206/DGEN del 29/06/2018), è stato evidenziato il dettaglio dei principali costi 2017 per i servizi sanitari e specificatamente quelli per:

- complessivi 1.394.842 euro, per l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- complessivi 382.061 euro, per l'assistenza specialistica da "privati": I costi sostenuti sono sostanzialmente in linea con l'anno precedente;
- complessivi 372.584 euro, per i trasporti sanitari in ambulanza, sostanzialmente in linea con l'anno precedente;
- complessivi 1.271.880 euro, per la compartecipazione del personale all'attività di libera professione svolta in regime di intramoenia;
- complessivi 34.289 euro, per i rimborsi e contributi sanitari: è stato registrato rispetto al 2016 un incremento del 40 per cento sostanzialmente per maggior arruolamento n. pazienti per il progetto di ricerca TRIPL A Study;
- complessivi 2.747.310 euro, per le consulenze, collaborazioni ed altre prestazioni di lavoro sanitarie;
- complessivi 621.735 euro (BA1410 - 31000201 e 31000202) costi per personale sanitario non dipendente (CO.CO.CO.);
- complessivi 20.450 euro, per altri servizi sanitari.

Inoltre, relativamente alle consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie, i cui costi, nell'esercizio 2017, sono stati pari a totale di 2.747.310 euro, sono stati riportati i seguenti dettagli per conto:

- Consulenze sanitarie e sociosanitarie da aziende sanitarie pubbliche della Regione. Valore 160.900 euro. Esse si riferiscono a prestazioni sanitarie di diversa natura che l'Istituto ha acquisito, in regime convenzionale, dalle altre aziende sanitarie. Più precisamente:
 - 109.880 euro dall'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona per prestazioni oncologiche, di laboratorio, anatomia patologica, igiene ospedaliera ecc.;
 - 24.392 euro dall'ASST di Lecco per consulenze ORL, farmacia, sorveglianza sanitaria e consulenze varie;
 - 17.936 euro dall'ASST di Monza per convenzioni radiologia;
 - 8.692 euro dall'ASUR Marche per consulenza anestesiologicala e prestazioni dermatologiche;

- Consulenze sanitarie e sociosanitarie da altri soggetti pubblici. Valore 962.051 euro. Esse si riferiscono alle convenzioni che l'Istituto ha stipulato per l'avvio e lo sviluppo di progetti di ricerca. Nel corso del 2017 sono stati avviati nuovi progetti e conseguentemente versate le quote relative alle UU.OO. afferenti, oltre a tranches per progetti già avviati;
- Consulenze sanitarie da privati, art. 55. Valore 7.680 euro. Il valore registrato nel 2017 si riferisce unicamente al lavoro suppletivo svolto da parte del personale delle sedi Marche;
- Collaborazioni coordinate e continuative da privati. Valore 621.735 euro. Esse si riferiscono ai rapporti di collaborazione coordinata e continuativa che l'Istituto ha contratto con professionisti iscritti all'albo nei ruoli sanitario e socio-sanitario, reclutati per avviare e sviluppare progetti di ricerca per circa il 77 per cento e per il restante 23 per cento per esigenze dei Presidi Marche e Casatenovo. Il valore 2017 corrisponde a circa 43 contratti di collaborazione;
- Indennità a personale universitario. Valore 361.570 euro. Esse si riferiscono al costo del personale universitario per la produttività e la retribuzione di risultato anno 2017;
- Altre prestazioni e collaborazioni di lavoro in area sanitaria. Valore 630.386 euro. Esse si riferiscono a retribuzioni per personale distaccato a Residenza Dorica ed alle spese per servizi di supporto.

Si rileva, come da Relazione del Collegio Sindacale sul bilancio chiuso al 31/12/2018, allegato al verbale n. 2/2018 del 26/07/2018, che, dallo stesso Organo di controllo, sono state chieste informazioni all'INRCA sulla voce BA1410 "Collaborazioni coordinate continuative sanitarie e sociosanitarie da privato" del Conto Economico del POR Casatenovo, per l'importo di 117 mila euro. Il Responsabile dell'U.O. Controllo di gestione, dott. Di Ruscio, ha specificato che si tratta di contratti di lavoro flessibile attivati presso il POR di Casatenovo, in relazione ad una specifica progettualità dell'INRCA. Tale progetto ha consentito, altresì, di garantire la continuità dei servizi urgenti di pronto soccorso, nelle more dell'approvazione da parte della Regione Marche, Lombardia e Calabria del complessivo piano assunzionale dell'INRCA: ciò consentirà di assumere in via stabile le risorse necessarie. Lo stesso Collegio Sindacale ha osservato che tali attività devono essere assicurate attraverso la programmazione ordinaria del personale, pertanto, ha invitato l'INRCA a farsi promotore presso le Regioni Marche,

Calabria e Lombardia affinché venga approvata la programmazione complessiva del personale che consenta di svolgere tutte le attività dell'Ente.

Tabella 15 - Aggregato Servizi non sanitari

CODICE	VOCE MODELLO CE	2017	2016	scostamento 2017/2016	% scostamento
	B) Costi della produzione				
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	15.999.020	15.640.859	358.161	2,29%
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	9.758.534	10.193.031	-434.497	-4,26%
BA1570	B.2.B.1) Servizi non sanitari	9.236.850	9.675.177	-438.327	-4,53%
BA1580	B.2.B.1.1) Lavanderia	889.084	921.728	-32.644	-3,54%
BA1590	B.2.B.1.2) Pulizia	1.250.508	1.271.473	-20.965	-1,65%
BA1600	B.2.B.1.3) Mensa	1.680.176	1.705.636	-25.460	-1,49%
BA1610	B.2.B.1.4) Riscaldamento	1.042.895	1.102.876	-59.981	-5,44%
BA1620	B.2.B.1.5) Servizi di assistenza informatica	-	-	-	-
BA1630	B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	244.596	240.970	3.626	1,50%
BA1640	B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	360.287	385.152	-24.865	-6,46%
BA1650	B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	179.992	156.837	23.155	14,76%
BA1660	B.2.B.1.9) Utenze elettricità	1.007.920	947.502	60.418	6,38%
BA1670	B.2.B.1.10) Altre utenze	279.531	292.802	-13.271	-4,53%
BA1680	B.2.B.1.11) Premi di assicurazione	802.019	861.723	-59.704	-6,93%
BA1690	B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	22.014	23.152	-1.138	-4,92%
BA1700	B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	780.005	838.571	-58.566	-6,98%
BA1710	B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari	1.499.842	1.788.478	-288.636	-16,14%
BA1720	B.2.B.1.12.A) Altri servizi non sanitari da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	21.905	-	-	-
BA1730	B.2.B.1.12.B) Altri servizi non sanitari da altri soggetti pubblici	7.294	6.588	706	10,72%
BA1740	B.2.B.1.12.C) Altri servizi non sanitari da privato	1.470.642	1.781.890	-311.248	-17,47%
BA1750	B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	478.725	458.383	20.342	4,44%
BA1760	B.2.B.2.1) Consulenze non sanitarie da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	13.837	10.402	3.435	33,02%
BA1770	B.2.B.2.2) Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri soggetti pubblici	-	-	-	-
BA1780	B.2.B.2.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato	412.653	414.622	-1.969	-0,47%
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	12.592	6.324	6.268	99,11%
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	400.061	408.298	-8.237	-2,02%
BA1810	B.2.B.2.3.C) Indennità a personale universitario - area non sanitaria	-	-	-	-
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	-	-	-	-
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	-	-	-	-

BA1840	B.2.B.2.4) Rimborsamento oneri stipendiali del personale non sanitario in comando	52.236	33.359	18.877	56,59%
BA1850	B.2.B.2.4.A) Rimborsamento oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	52.236	33.359	18.877	56,59%
BA1860	B.2.B.2.4.B) Rimborsamento oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regione, soggetti pubblici e da Università	-	-	-	-
BA1870	B.2.B.2.4.C) Rimborsamento oneri stipendiali personale non sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)	-	-	-	-
BA1880	B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	42.959	59.471	-16.512	-27,76%
BA1890	B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	-	-	-	-
BA1900	B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato	42.959	59.471	-16.512	-27,76%
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	2.635.257	2.431.983	203.274	8,36%
BA1920	B.3.A) Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze	566.296	470.564	95.732	20,34%
BA1930	B.3.B) Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari	601.316	511.663	89.653	17,52%
BA1940	B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche	1.062.429	1.077.534	-15.105	-1,40%
BA1950	B.3.D) Manutenzione e riparazione a immobili e arredi	4.920	2.669	2.251	84,34%
BA1960	B.3.E) Manutenzione e riparazione agli automezzi	1.602	3.367	-1.765	-52,42%
BA1970	B.3.F) Altre manutenzioni e riparazioni	398.696	366.186	32.510	8,88%
BA1980	B.3.G) Manutenzioni e riparazioni da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	704.791	688.557	16.234	2,36%
BA2000	B.4.A) Fitti passivi	1.539	1.112	427	38,40%
BA2010	B.4.B) Canoni di noleggio	703.252	687.445	15.807	2,30%
BA2020	B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	546.284	555.383	-9.099	-1,64%
BA2030	B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria	156.967	132.062	24.905	18,86%

Fonte: Allegato B bis - Conto Economico al 31/12/2017 - Modello d.m. 15/06/2012 - allegato alla Relazione del Direttore Generale INRCA al bilancio d'esercizio 2017 (determina n. 206/DGEN del 29/06/2018)

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

Relativamente all'aggregato dei **Servizi non sanitari**, si evidenzia, esaminando le risultanze del bilancio 2017, che **i costi, pari a complessivi 9.758.534, risultano, rispetto all'anno precedente, in decremento per complessivi 434.497 euro, pari a -4,26 per cento**, in particolare:

- Servizi non sanitari - i costi, pari a complessivi 9.236.850, risultano, rispetto all'anno precedente, in decremento per complessivi 438.327 euro, pari a -4,53 per cento, nello specifico:
 - Lavanderia: i costi, per complessivi 889.084 euro, risultano in decremento di 32.644 euro, pari a -3,54 per cento;

- Pulizia: i costi, per complessivi 1.250.508 euro, risultano in decremento di 20.965 euro, pari a -1,65 per cento;
- Mensa: i costi, per complessivi 1.680.176 euro, risultano in decremento di 25.460 euro, pari a -1,49 per cento;
- Riscaldamento: i costi, per complessivi 1.042.895 euro, risultano in decremento di 59.981 euro, pari a -5,44 per cento;
- Servizi trasporti (non sanitari): i costi, per complessivi 244.596 euro, risultano in incremento di 3.626 euro, pari a +1,50 per cento;
- Smaltimento rifiuti: i costi, per complessivi 360.287 euro, risultano in decremento di 24.865 euro, pari a -6,46 per cento;
- Utenze telefoniche: i costi, per complessivi 179.992 euro, risultano in incremento di 23.155 euro, pari a +14,76 per cento;
- Utenze elettricità: i costi, per complessivi 1.007.920 euro, risultano in incremento di 60.418 euro, pari a +6,38 per cento;
- Altre utenze: i costi, per complessivi 279.531 euro, risultano in decremento di 13.271 euro, pari a -4,53 per cento;
- Premi di assicurazione: i costi, per complessivi 802.019 euro, risultano in decremento di 59.704 euro, pari a -6,93 per cento;
- Altri servizi non sanitari: i costi, per complessivi 1.499.842 euro, risultano in decremento di 288.636 euro, pari a -16,14 per cento;
- Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro: i costi, per complessivi 478.725 euro, risultano in incremento di 20.342 euro, pari a +4,44 per cento;
- Formazione: i costi, per complessivi 42.959 euro, risultano in decremento di 16.512 euro, pari a -27,76 per cento;
- Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata) - i costi, per complessivi 2.635.257 euro, risultano in incremento di 203.274 euro, pari a +8,36 per cento;
- Godimento di beni di terzi - i costi, per complessivi 704.791 euro, risultano in incremento di 16.234 euro, pari a +2,36 per cento.

Nella Nota integrativa al bilancio 2017 (Allegato "C" alla determina n. 206/DGEN del 29/06/2018), è stato evidenziato il dettaglio per i servizi non sanitari, specificatamente:

- Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie per 478.725 euro, in leggero incremento rispetto al 2016, si riferiscono a:
 - Competenze per consulenze non sanitarie da Aziende sanitarie pubbliche della Regione per 13.837 euro (BA1760);
 - Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato, ammontano nel 2017 a complessivi 412.653 euro. Esse sono composte da diverse voci che di seguito si descrivono sinteticamente:
 - Consulenze non sanitarie da privato, per 12.592 euro (BA1790), riconducibile sostanzialmente a due diverse tipologie di consulenze: Consulenze fiscali, amministrative, legali e tecniche e scientifiche da privati;
 - Collaborazioni, interinali e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato, per 400.061 euro (BA1800), suddiviso come segue:
 - 64.945 euro ruolo professionale;
 - 95.427 euro ruolo tecnico;
 - 239.690 euro ruolo amministrativo.

Nel ruolo professionale è compresa l'assistenza religiosa per 22.704 euro erogata ai presidi di Cosenza, Casatenovo e Marche. Dei quasi 378 mila euro rimanenti, il 98 per cento si riferisce a contratti di collaborazione stipulati per progetti di ricerca con statistici, ingegneri, economisti, ecc. ed il 2 per cento per esigenze dei vari presidi.

- Competenze per rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando per 52.236 euro (BA1850).

Per i restanti servizi non sanitari, di seguito elencati, è stato evidenziato, rispetto al 2016, un decremento di 438.327 euro (5 per cento circa) dovuto a variazioni di segno opposto, come sotto indicato:

- per servizio lavanderia (-32.644 euro, -4 per cento circa);
- per servizio pulizia (-20.964 euro, -2 per cento circa);
- per servizio mensa (-25.460 euro, -1 per cento);
- per servizio riscaldamento (-59.981 euro, -5 per cento);
- per servizio trasporti (+3.626 euro, 2 per cento);
- per servizio smaltimento rifiuti (-24.865 euro, -6 per cento);

- per tutte le utenze (+70.302 euro, 5 per cento);
- per premi assicurativi (-59.704 euro, -7 per cento).

Per la Formazione è stata registrata, invece, una diminuzione di costi di 16.512 euro (-28 per cento circa).

Per le Manutenzioni e le riparazioni, per un importo complessivo di 2.635.257 euro, è stato evidenziato che l'aumento per 203.276 euro (8 per cento) è rinvenibile principalmente all'interno delle manutenzioni dei fabbricati e loro pertinenze e degli impianti e macchinari del sezionale Marche dovute alla vetustà della struttura.

In sede istruttoria⁵⁶, è stato richiesto all'Istituto di relazionare in merito agli scostamenti positivi più rilevanti in merito ai beni e servizi, se non già dettagliato nella Relazione del Direttore Generale e/o nella Nota integrativa, allegati al bilancio 2017.

L'Istituto, con nota prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020, ha rappresentato che, relativamente agli scostamenti delle singole voci, l'eventuale analisi più dettagliata è all'interno di quanto esposto nella Relazione del Direttore Generale dei singoli sezionali regionali, successiva alla Relazione generale aziendale.

Inoltre, in sede istruttoria, poiché è stata riscontrata la non corrispondenza di alcuni valori di spesa registrati nella banca dati BDAP – consuntivo 2017 –, riferibili ai POR di Casatenovo (Regione Lombardia), POR MARCHE (Regione Marche) e POR Cosenza (Regione Calabria), con quelli registrati nei Conti Economici - Modelli ministeriali - allegati al bilancio 2017, è stato richiesto all'Istituto di riferire in merito.

L'Istituto, con la medesima nota prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020, ha attestato che, da una verifica effettuata tra i modelli CE NSIS dell'anno 2017 ed i conti economici facenti parte dell'allegato al bilancio d'esercizio 2017, sono emersi i seguenti disallineamenti:

CE Por Calabria

CE NSIS: Voce BA0620 – Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri privati: 10 mila euro (9.716 euro, arrotondato alle migliaia);

Conto Economico: Voce BA0540 - Servizi sanitari per assistenza specialistica da pubblico (aziende sanitarie pubblico) 9.716 euro.

⁵⁶ Ns. nota prot. n. 985 del 23/04/2020.

In tale voce è stata registrata la prestazione del medico competente in convenzione e le prestazioni da aziende del SSR, quindi è stato reputato corretto quanto esposto nel conto economico dell'allegato al bilancio d'esercizio 2017, tuttavia la Regione Calabria, per quanto riguarda la piattaforma NSIS, a suo tempo aveva segnalato all'Istituto la necessità di rappresentarlo nella voce BA0620.

Por Marche

Le differenze riguardano i seguenti aggregati:

Voce AA0920 – Ulteriore Pay back: CE NSIS 125 euro arrotondato alle migliaia, su Conto Economico Inrca: 125.591 euro;

Voce AA0930 – Altri concorsi, recuperi e rimborsi da privati: CE NSIS 322 euro arrotondato alle migliaia, su Conto Economico INRCA: 320.685 euro;

Voce BA2860 – Acc. Rinnovi contratt. Dirigenza medica: CE NSIS 137 euro arrotondato alle migliaia, su Conto Economico Inrca: 135.875 euro;

Voce BA2890 – Altri accantonamenti: CE NSIS 59 euro arrotondato alle migliaia, su Conto Economico Inrca: 60.170 euro;

Le differenze in questi aggregati che si riferiscono alla stessa voce di CE sono rappresentate dagli arrotondamenti.

CE NSIS: Voce BA1370 – Consulenze sanitarie e sociosan. da terzi- altri sogg. pubblici: 119 euro arrotondato alle migliaia;

Conto economico: Voce BA1360 – Consulenze sanitarie e sociosan. da Aziende sanitarie pubbliche della Regione 118.572 euro;

La suddetta riclassificazione dalla voce BA1360 del conto economico Inrca alla voce BA1370 CE NSIS è stata segnalata da Regione Marche.

CE NSIS: Voce BA1730 – Altri servizi non sanitari da altri soggetti pubblici: 22 euro arrotondato alle migliaia;

Conto economico: Voce BA1720 – Altri servizi non sanitari da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) 21.905 euro;

La suddetta riclassificazione dalla voce BA1720 del conto economico Inrca alla voce BA1730 CE NSIS è stata segnalata da Regione Marche.

Voce AA1090 – Altri proventi diversi: CE NSIS 58 euro arrotondato alle migliaia, su Conto Economico Inrca: 63.508 euro.

Le differenze in questi aggregati che si riferiscono alla stessa voce di CE sono rappresentate dagli arrotondamenti.

La Sezione rileva, nondimeno, che, ai fini del rispetto dei vincoli normativi, la Regione Marche ha comunque garantito l'equilibrio del bilancio sanitario anche per l'anno 2017 (art. 9-septies del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78).

2.7 Spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica a carico del SSN si articola nelle due componenti dedicate rispettivamente alla spesa farmaceutica convenzionata (farmaceutica territoriale) e alla spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera).

Al finanziamento della spesa farmaceutica è destinata una quota del finanziamento complessivo ordinario del SSN.

Spesa farmaceutica per acquisti diretti (Spesa farmaceutica ospedaliera)

La spesa farmaceutica ospedaliera indica invece la spesa riferibile ai medicinali di fascia H acquistati o resi disponibili all'impiego da parte delle strutture sanitarie direttamente gestite dal SSN. L'articolo 1, comma 398, della legge 11 dicembre 2016, n. 232 (legge di bilancio 2017), ha rideterminato in aumento il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, dal 3,5 per cento al 6,89 per cento e ha compreso al suo interno i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, intesa come la distribuzione, per il tramite delle strutture ospedaliere e dei presidi delle aziende sanitarie locali, di medicinali agli assistiti per la somministrazione presso il proprio domicilio. Conseguentemente il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera ha assunto la denominazione di "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti".

La farmaceutica ospedaliera è stata in precedenza rimodulata dall'articolo 15, commi da 4 a 11, del decreto legge n. 95/2012, che ne aveva precisato la definizione e i suoi componenti e ne aveva incrementato il tetto, portandolo, dal 2013, (a livello nazionale ed in ogni regione) da 2,4 a 3,5 punti percentuali del Fondo sanitario nazionale, ridefinendo in ultimo anche le modalità di ripiano in caso di sfondamento.

Attualmente, l'AIFA calcola i budget della spesa farmaceutica ospedaliera sulla base della spesa e del consumo relativo ad ogni specialità medicinale di fascia H e A, rilevati

rispettivamente: per i farmaci di fascia H, per ogni singola azienda farmaceutica, nell'ambito del flusso della tracciabilità del farmaco (flusso di dati dalle aziende farmaceutiche al Nuovo sistema informativo sanitario-NSIS del Ministero della salute, ai sensi del d.m. 15 luglio 2004); per i farmaci di fascia A in distribuzione diretta e per conto grazie al flusso informativo, istituito ai sensi del d.m. 31 luglio 2007, fra le regioni e le province autonome e la Banca Dati centrale presso il NSIS (se una regione non invia i dati relativi alla spesa per medicinali di fascia A erogata in distribuzione diretta e per conto o li invia in modo incompleto, ai sensi dell'art. 5, comma 1, del decreto legge 159/2007, si applica una spesa pari al 40 per cento del valore rilevato attraverso la tracciabilità del farmaco).

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);
- 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.

Lo sfondamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera a livello nazionale e in ogni singola regione avviene quando non viene rispettato il limite di spesa a questa attribuito con legge, vale a dire quando si supera la cifra corrispondente al 6,89 per cento del finanziamento del SSN cui concorre lo Stato. In questi casi si crea un disavanzo, che deve essere ripianato per il 50 per cento dalle aziende farmaceutiche che hanno superato il budget loro assegnato e per il restante 50 per cento dalle regioni in cui è avvenuto lo sfondamento del tetto.

Dal 2013, il ripiano dello sfondamento del tetto della spesa ospedaliera è infatti a carico delle aziende farmaceutiche per una quota pari al 50 per cento del valore eccedente a livello nazionale; il restante 50 per cento è a carico delle sole regioni nelle quali si sia superato il limite, in proporzione ai rispettivi valori eccedenti. Resta fermo che, come detto, non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo.

Si ricorda che l' articolo 17, comma 1, lettera b), del d.l. n. 98/2011 , aveva già contemplato, per gli anni 2013 e successivi, un' ipotesi di attribuzione parziale degli oneri a carico delle aziende farmaceutiche - limitatamente ad una quota pari al 35 per cento del valore eccedente a livello nazionale. Tale meccanismo doveva essere introdotto con regolamento governativo, mai emanato, entro il 30 giugno 2012.

Il ripiano a carico delle singole aziende titolari di AIC avviene tramite versamenti a favore delle regioni e delle province autonome (pay-back).

L'imputazione di una quota a carico delle aziende farmaceutiche pari al 50 per cento ha comportato la determinazione di una procedura per la ripartizione fra le aziende farmaceutiche del pay-back. Tale procedura è stata fissata sulla base delle procedure utilizzate per il ripiano della spesa farmaceutica territoriale come stabilite dall'articolo 5, del d.l. n. 159/2007. In tal senso, l'AIFA, in via provvisoria il 31 marzo e in via definitiva il 30 settembre dell'anno di riferimento, attribuisce a ciascuna azienda farmaceutica titolare di AIC un budget annuale calcolato sull'acquisto dei medicinali da parte delle strutture pubbliche, distintamente per i farmaci equivalenti e per i farmaci ancora coperti da brevetto. Vengono inoltre definite le modalità di riparto fra le aziende farmaceutiche della quota necessaria per il ripiano e i provvedimenti da adottare in caso di mancata corresponsione di tale quota.

L'AIFA predispone le procedure di recupero della quota di disavanzo a carico delle singole aziende farmaceutiche titolari di AIC in proporzione al superamento del budget aziendale definitivo tenendo conto di quanto disposto per i medicinali innovativi ed i medicinali orfani.

In particolare:

- per quanto riguarda i farmaci innovativi, il loro fatturato non concorre al superamento del budget aziendale definitivo;
- per quanto riguarda i medicinali orfani la legge di stabilità 2014, al comma 228, ha disposto che anche il fatturato dei farmaci orfani non concorre alla determinazione del fatturato delle aziende per il calcolo del tetto dei rimborsi dovuti al SSN in caso di sfondamento del tetto della spesa farmaceutica programmata.

Partendo dall'evidenza del difficile contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, il decreto legge n. 78/2010 ha inoltre disposto che l'AIFA individui, fra i medicinali attualmente dispensati dalle strutture ospedaliere, i farmaci da assegnare alla distribuzione territoriale.

Pertanto, gli obiettivi 2017 da verificare, in materia di contenimento della spesa farmaceutica da parte della Regione Marche, sono i seguenti:

- 1) rispetto del limite della spesa farmaceutica per acquisti diretti (spesa farmaceutica ospedaliera), determinato nella misura del 6,89 per cento del finanziamento complessivo ordinario del SSN;
- 2) attuazione della distribuzione diretta dei farmaci.

2.7.1 Verifica rispetto limite di spesa farmaceutica per acquisti diretti a livello regionale

La Sezione ha verificato che **la Regione Marche, nel 2017, non ha rispettato il tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti, determinato nella misura stabilita dall'art. 1, comma 398, della l. n. 232/2016, pari al 6,89 per cento.**

Infatti, la spesa è risultata pari a 271.187.379 euro, corrispondente al 9,32 per cento, con uno scostamento rispetto al limite, in termini percentuali del 2,43 per cento ed in termini assoluti di 70.745.044 euro.

Tabella 16 - Spesa farmaceutica acquisti diretti individuata tramite il flusso della tracciabilità del farmaco nel periodo gennaio-dicembre 2017 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 6,89 per cento, per regione in ordine decrescente di incidenza sul FSN

Regione	A	B	C	D	E	F	G=C-D-E-F	H=G-B	V=G/A%
	FSN Gen-Dic 2017	Tetto 6,89%	Spesa tracciabilità* (SOLO A e H - Colonne B e C Tab.10ter)	Payback**	Spesa per farmaci innovativi Non Oncologici al netto dei Payback***	Spesa per farmaci innovativi Oncologici al netto dei Payback	Spesa Acquisti diretti (#)	Scostamento assoluto (#)	Inc. %
SARDEGNA [#]	2.997.664.764	206.539.102	354.323.586	38.542.334	0	0	315.781.252	109.242.150	10,53%
FRIULI VENEZIA GIULIA [#]	2.252.624.767	155.205.846	239.283.477	16.679.875	0	0	222.603.602	67.397.755	9,88%
PUGLIA	7.431.894.003	512.057.497	852.814.390	91.338.659	5.262.350	28.632.697	727.580.684	215.523.187	9,79%
TOSCANA	7.056.759.967	486.210.762	800.995.079	76.908.944	0	34.414.546	689.671.589	203.460.827	9,77%
BASILICATA	1.079.720.885	74.392.769	117.931.190	9.823.495	2.097.593	3.677.203	102.332.900	27.940.131	9,48%
UMBRIA	1.685.460.460	116.128.226	180.728.085	12.133.060	3.546.660	7.017.872	158.030.493	41.902.268	9,38%
MARCHE	2.909.177.578	200.442.335	308.287.197	22.064.560	2.473.132	12.562.126	271.187.379	70.745.044	9,32%
CALABRIA	3.594.568.307	247.665.756	378.618.262	39.685.605	4.033.489	8.611.868	326.287.300	78.621.544	9,08%
E. ROMAGNA	8.305.743.070	572.265.697	870.087.262	84.754.965	6.265.748	37.084.710	741.981.840	169.716.143	8,93%
CAMPANIA	10.533.002.216	725.723.853	1.133.647.612	163.534.419	4.593.401	41.505.274	924.014.518	198.290.665	8,77%
ABRUZZO	2.467.826.336	170.033.235	245.329.903	20.872.817	3.550.278	8.716.647	212.190.161	42.156.927	8,60%
LIGURIA	3.130.412.554	215.685.425	311.538.177	29.949.400	4.666.216	13.257.539	263.665.022	47.979.597	8,42%
P. A. BOLZANO [#]	914.066.711	62.979.196	82.473.808	5.535.214	0	0	76.938.594	13.959.397	8,42%
LAZIO	10.786.205.464	743.169.556	1.044.717.999	97.578.386	9.399.837	41.479.174	896.260.603	153.091.047	8,31%
SICILIA [#]	9.151.149.217	630.514.181	852.631.296	81.486.688	6.286.912	12.257.881	752.599.815	122.085.634	8,22%
MOLISE	607.593.206	41.863.172	55.995.077	5.101.835	94.041	1.669.849	49.129.352	7.266.180	8,09%
PIEMONTE	8.293.798.632	571.442.726	770.424.204	84.033.417	12.228.549	27.023.545	647.138.694	75.695.968	7,80%
VENETO	9.070.496.758	624.957.227	790.539.513	72.322.619	13.271.976	26.825.160	678.119.758	53.162.532	7,48%
P. A. TRENTO [#]	960.185.382	66.156.773	73.395.058	5.870.796	0	0	67.524.262	1.367.489	7,03%
LOMBARDIA	18.433.148.316	1.270.043.919	1.563.461.526	176.966.277	51.013.294	56.504.325	1.278.977.630	8.933.711	6,94%
VALLE D'AOSTA [#]	230.951.029	15.912.526	16.780.976	1.477.865	0	0	15.303.111	-609.415	6,63%
ITALIA	111.892.449.622	7.709.389.779	11.044.003.678	1.136.661.229	143.716.610	402.609.164	9.361.016.675	1.651.626.896	8,37%

* la spesa non comprende i vaccini ed è calcolata sulla base del dato di Tracciabilità trasmesso dalle Aziende Farmaceutiche in ottemperanza del DM 15 luglio 2004 del Ministero della Salute.

Per i farmaci EPCLUSA e SPINRAZA i dati di Tracciabilità sono al netto delle note di credito relative all'accordo p/v vigente.

** Pay-back a carico delle aziende farmaceutiche; il valore comprende tutti i payback, anche quelli relativi ai farmaci innovativi (Oncologici e non oncologici).

*** Il valore nazionale della spesa per Farmaci Innovativi Non oncologici al netto dei PayBack non corrisponde alla somma dei valori regionali, perché tiene conto di effetti di compensazione dei valori regionali (in particolare nel caso della Toscana, dove si registrano valori di PayBack superiori al dato di traccia, che determinano un valore netto di spesa negativo).

Le regioni Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Sardegna e le provincie autonome di Bolzano e Trento non aderiscono al fondo per farmaci innovativi Non Oncologici (cfr. Tab.9bis), la Sicilia solo in parte (50%).

il valore totale Italia nelle colonne G e H non corrisponde alla somma dei valori regionali.

Fonte: Monitoraggio AIFA gennaio-dicembre 2017 (Consuntivo) - 18/01/2019 (Adempimento AIFA ai sensi della legge 222/2007 e della legge 135/2012, successivamente modificata dalla l. 232/2016, condotto sulla base dei dati di spesa convenzionata e delle DCR acquisite dalle Regioni, nonché dei dati acquisiti dall'NSIS del Ministero della Salute, relativi alla tracciabilità del farmaco).
Elaborazione: Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

L'Organo di revisione, nel questionario sul Rendiconto Generale 2017 della Regione Marche, ha precisato che la valutazione del tetto di spesa dipende, oltre che dai dati di consumo regionali, dal valore dei numerosi e vari pay-back, dal fondo per i farmaci innovativi oncologici, dal fondo dei farmaci innovativi non oncologici (art. 1 commi 402, 403, 404 - l. 232/2017 - legge di bilancio 2017): questi riducono il costo della spesa farmaceutica a carico del SSR e vengono validati dall'AIFA anno per anno.

Nelle Marche, rispetto ad altre regioni, la quasi totalità dei posti letto sono pubblici, per cui la spesa per i farmaci viene completamente registrata nei bilanci delle aziende sanitarie (infatti,

il costo del farmaco non viene rilevato se il consumo avviene in una struttura privata convenzionata). La Regione Marche, con d.g.r. n. 963 del 07/08/2017, avente per oggetto "Disposizioni relative alla promozione dell'appropriatezza e della razionalizzazione d'uso dei farmaci e del relativo monitoraggio - L. 232/2016", ha stabilito numerose azioni per ridurre la spesa e migliorare l'uso razionale dei farmaci.

Si rileva, tuttavia, che ai sensi dell'art. 5, comma 5, della legge 29 novembre 2007, n. 222, ai fini della verifica degli adempimenti, le regioni sono dichiarate adempienti se hanno registrato un equilibrio economico complessivo. Per la Regione Marche che, anche nel 2017, ha raggiunto l'equilibrio economico, l'adempimento è stato ottemperato.

2.7.2 Verifica dei costi complessivi della spesa farmaceutica dell'Istituto

Ai fini di un'analisi complessiva della spesa farmaceutica dell'anno 2017, 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'Enpaf⁵⁷), 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 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 2017 dell'Istituto (verbale n. 2/2018 del 26/07/2018), ha attestato che, i valori di conto economico della **spesa farmaceutica sono pari a 2.626.274 euro**, rispetto al corrispondente valore dell'anno precedente che è stato pari a 2.986.506 euro.

Si rileva che il dato di spesa, pari a 2.626.274 euro, è in linea con il modello CE voce BA0030 - B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati - e mostra un decremento di 360.232 euro, pari a

⁵⁷ 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).

-12,06 per cento, rispetto all'anno precedente, il cui costo è stato pari a 2.986.506 euro, come evidenziato nella sotto riportata tabella.

Tabella 17 - Acquisti di prodotti farmaceutici ed emoderivati

CODICE	VOCE MODELLO CE	2017	2016	scostamento 2017/2016	% scostamento
BA0030	<i>B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati</i>	2.626.274	2.986.506	-360.232	-12,06%
BA0040	B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	2.612.181	2.975.683	-363.502	-12,22%
BA0050	B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC	14.092	10.823	3.269	30,20%
BA0060	B.1.A.1.3) Emoderivati di produzione regionale	-	-	-	-

Fonte: Allegato B bis - Conto Economico al 31/12/2017 - Modello d.m. 15/06/2012 - allegato alla Relazione del Direttore Generale INRCA al bilancio d'esercizio 2017 (determina n. 206/DGEN del 29/06/2018)

In merito alla spesa farmaceutica sostenuta dall'INRCA, lo stesso Collegio Sindacale, nel questionario sul bilancio 2017, ha indicato i valori delle singole voci di costo che la compongono:

	<i>(valori in euro)</i>		
	ANNO 2017	ANNO 2016	ANNO 2015
a) Spesa farmaceutica ospedaliera	2.251.826	2.206.921	1.396.420
b) Spesa per la distribuzione diretta	752.322	779.585	1.098.282
c) Spesa per la distribuzione per conto			
d) Spesa farmaceutica convenzionata			
Totale	3.004.148	2.986.506	2.494.702

Fonte: Collegio Sindacale - Questionario bilancio 2017 INRCA

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

Si evidenzia che la spesa per la distribuzione diretta dei farmaci, indicata dal Collegio Sindacale nel questionario sul bilancio 2017 (punto 11.2.1), pari a 752.322 euro, risulta coincidente con il valore attestato nella Nota integrativa al bilancio d'esercizio 2017 (Tabella n. 56 - Allegato "C" alla determina n. 206/DGEN del 29/06/2018), come rilevato nella sotto riportata tabella.

Tabella 18 - 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	
Prodotti farmaceutici ed emoderivati:	752.322	1.873.952	2.626.274
Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	752.322	1.859.860	2.612.182
Medicinali senza AIC	-	14.092	14.092
Emoderivati di produzione regionale	-	-	-

Fonte: Tabella 56 Nota integrativa al bilancio d'esercizio 2017 INRCA (allegato "C" alla determina n. 206/DGEN del 29/06/2018)
Elaborazione: Corte dei conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

Il Collegio Sindacale, nella Relazione al bilancio 2017 dell'Istituto (verbale n. 2/2018 del 26/07/2018), ha attestato che, l'importo complessivo di 752.322 euro rappresenta una parte degli acquisti totali registrati nei corrispondenti conti co.ge..

Nondimeno, in sede istruttoria è stato rilevato che il totale della spesa farmaceutica, indicata nella tabella di cui al punto 11.2.1 del questionario 2017 dell'INRCA, pari a 3.004.148 euro, non risulta coincidente al valore riportato nel modello CE - voce BA0030 - B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati -, che risulta pari a 2.626.274 euro.

Sono stati richiesti, pertanto, specifici chiarimenti in merito⁵⁸.

L'Istituto, con nota prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020, ha attestato che, di fatto, il valore esatto della spesa farmaceutica ospedaliera è 1.873.952 euro e non 2.251.826 euro, inserito per errore materiale.

2.7.3 Verifica raggiungimento obiettivi regionali in materia di spesa farmaceutica

La Regione Marche, con d.g.r. n. 146 del 20/02/2017, nelle more dell'assegnazione del budget economico 2017, fermo restando l'autorizzazione alla gestione provvisoria dei bilanci preventivi economici per l'anno 2017 degli enti del SSR, di cui alla d.g.r. n. 1640/2016, ha ritenuto assegnare alle direzioni degli stessi enti sanitari gli obiettivi sanitari per l'anno 2017, come descritti nell'allegato A della medesima deliberazione, prevedendo, tra gli altri, il perseguimento dei seguenti obiettivi relativi all'assistenza farmaceutica, sotto riportati:

⁵⁸ Ns. nota prot. n. 985 del 23/04/2020.

Tabella 19 - Obiettivi sanitari enti SSR relativi all'assistenza farmaceutica anno 2017

ASSISTENZA FARMACEUTICA						
Progressivo	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target INRCA
175	Incremento distribuzione diretta	File F	Variazione % DDD farmaci in distribuzione diretta rispetto al 2016	(DDD in distribuzione diretta anno 2017 - DDD in distribuzione diretta anno 2016)	DDD in distribuzione diretta anno 2016	≥ 5% rispetto al 2016 per 1° Livello ATC "L"
178	Incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 974/2014)	Rilevazione ad hoc	% PT verificati su totale PT	N° PT verificati	N° tot. PT	100%
179		Rilevazione ad hoc	% PT Naive con prescrizione biosimilari su totale PT Naive	N° PT Naive con prescrizione biosimilari	N° tot. PT Naive	≥ 80%
180		Rilevazione ad hoc	Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive	N° Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive		≥ 3
181	Incremento copertura delle trasmissioni con targatura (per i farmaci con AIC)	File F	% copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione diretta	N° trasmissioni con targatura	Totale trasmissioni	≥ 90%
184	Incremento utilizzo farmaci in distribuzione diretta e per conto di classe A con brevetto scaduto	Flusso farmacie convenzionate, File F	% DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto a brevetto scaduto	N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto a brevetto scaduto	N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto	≥ 2,5% rispetto al 2016
185	Riduzione consumo antibiotici su tutti i canali distributivi	Flusso farmacie convenzionate, File F, File H	Variazione % DDD farmaci antibiotici	(N° DDD (ATC2 J01) anno 2017) - (N° DDD (ATC2 J01) anno 2016)	(N° DDD (ATC2 J01) anno 2016)	< al 2% rispetto al 2016
186	Incremento consumo di farmaci oppioidi maggiori su tutti i canali distributivi	Flusso farmacie convenzionate, File F, File H	Variazione % DDD farmaci oppioidi maggiori	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2017) - (N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2016)	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2016)	≥ 2% rispetto al 2016
187	Incremento segnalazioni ADR	RNFV/ Vigifarmaco	% Segnalazioni di ADR rispetto al 2016	(N° segnalazioni ADR anno 2017 - N° segnalazioni ADR anno 2016)	N° segnalazioni ADR anno 2016	> 10% rispetto al 2016

188	Rispetto della compilazione Registri AIFA	Registri AIFA	% compilazione registri AIFA per farmaci sottoposti a registri AIFA	N° registri AIFA compilati	N° farmaci dispensati sottoposti a registri AIFA	100%
-----	---	---------------	---	----------------------------	--	------

Fonte: Regione Marche - D.g.r. n. 146 del 20/02/2017

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

Con successiva d.g.r. n. 243 del 20/03/2017 sono stati approvati i criteri per l'anno 2017 relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori generali dell'ASUR, dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro, dell'INRCA e dal Direttore del DIRMT, contenuti negli allegati A e B della deliberazione, come modificata dalla d.g.r. n. 1693 del 10/12/2018.

In particolare, nell'allegato A viene indicato, quale obiettivo sanitario 2017, la riduzione della spesa farmaceutica, come sotto riportato nella tabella, individuati e valutati per singola azienda sanitaria.

Tabella 20 - Obiettivi economici enti SSR anno 2017 relativi alla riduzione della spesa farmaceutica

2.OBIETTIVO RIDUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA						
Progressivo	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target INRCA
2	Riduzione spesa farmaceutica ospedaliera "pura" in relazione alla produzione erogata	File H, SDO, File C	Andamento spesa farmaceutica ospedaliera "pura" in relazione alla produzione erogata nell'anno 2017	(Spesa farmaceutica ospedaliera "pura" anno 2017) / (Totale produzione ospedaliera e specialistica ambulatoriale degli stabilimenti ospedalieri anno 2017)		< rispetto al 2016

Fonte: Regione Marche - D.g.r. n. 243 del 20/03/2017

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

In merito all'analisi degli obiettivi assegnati, in tema di spesa farmaceutica, il Direttore Generale, nella Relazione al bilancio 2017 (Allegato "E"/1 alla determina n. 206 del 29/06/2018), ha attestato che gli obiettivi specifici per l'INRCA relativi al 2017, di cui alle delibere citate, fanno riferimento, in particolare, a:

- Obiettivi di natura economica:

In questo ambito, è stato osservato sia il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio che il rispetto del budget dei costi.

Gli obiettivi di riduzione della spesa farmaceutica sono stati raggiunti solo parzialmente.

Il Collegio Sindacale, nella Relazione al bilancio 2017 dell'Istituto (verbale n. 2/2018 del 26/07/2018), ha attestato che gli obiettivi attinenti alla spesa farmaceutica non sono stati indicati nella Relazione del Direttore Generale sulla gestione 2017, in quanto non ancora rendicontati.

La Regione Marche, con nota prot. n. 587358 del 28 maggio 2018, in sede di parificazione del rendiconto generale esercizio 2017⁵⁹, ha attestato che, in merito alla valutazione degli obiettivi sanitari ed economici, 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, che sono approvati dalla Giunta regionale in sede di controllo atti.

Con riferimento alla valutazione degli **obiettivi anno 2016**, di cui alla d.g.r. n. 1090 del 19/09/2016 ed alla d.g.r. n. 1106 del 19/09/2016, la Regione Marche, con nota prot. n. 205125 del 19 febbraio 2019, ha attestato che la valutazione dei risultati conseguiti nell'anno 2016 dai Direttori Generali degli enti del SSR è stata approvata dalla Giunta regionale con 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 rileva, relativamente agli obiettivi 2016, di cui alla citata d.g.r. n. 1106/2016, che, con d.g.r. n. 4/2019, a seguito dell'esame, da parte del CO.CIV, integrato con il Dirigente del Servizio Sanità, di tutta la documentazione e dei chiarimenti forniti dai Dirigenti delle PP.FF., per la verifica del raggiungimento degli obiettivi economici e sanitari assegnati ai Direttori Generali degli enti del S.S.R., giusto verbale del 19 dicembre 2018, depositato agli atti della P.F. e relazione integrativa della P.F. Risorse umane e Formazione n. 15502896 del 21 dicembre 2018, sono state approvate le risultanze della valutazione, come di seguito riportate e, comunque,

⁵⁹ Vd. Relazione allegata alla deliberazione n. 33/2018/PARI del 26/07/2018.

sintetizzate nell'allegato A, che è parte integrante e sostanziale della deliberazione, in particolare:

OBIETTIVO ECONOMICO:

Obiettivo 2 "Spesa farmaceutica":

- sub-obiettivo 2.1 "spesa farmaceutica territoriale", risulta raggiunto al 100 per cento da tutti gli enti del SSR; pertanto il punteggio assegnato è: INRCA 2;
- sub-obiettivo 2.2 "spesa farmaceutica ospedali", Dirigente della PF competente ne propone la sterilizzazione per tutti gli enti del SSR con la motivazione, accolta dal Nucleo, secondo la quale l'obiettivo è stato in larga misura pregiudicato dall'emergenza sisma che ha determinato il frequente ricorso alle strutture ospedaliere, che hanno sofferito ai normali percorsi assistenziali, con ricorso spesso rivolto ai PS, e, comunque, lo stesso è stato assegnato dal Dirigente, suo predecessore, tardivamente (settembre 2016) e, quindi, di attuazione eccessivamente sfidante e poco raggiungibile. Pertanto, il punteggio sterilizzato è stato riassegnato nella misura di 1,5 per ciascun ente;

OBIETTIVO SANITARIO:

Obiettivo 4 "Assistenza Farmaceutica":

- sub-obiettivo 4.1 (Aumento dell'uso dei farmaci di classe A con brevetto scaduto) non è stato raggiunto dall'INRCA, pertanto il punteggio assegnato è pari a 0;
- sub-obiettivo 4.2 (Aumento dell'uso dei farmaci biosimilari) risulta raggiunto da tutti gli enti del SSR, pertanto il punteggio assegnato è pari a 1.

Infine, con riferimento agli **obiettivi 2017**, di cui alla d.g.r. n. 146 del 20/02/2017, si rileva che, con d.g.r. n. 78 del 03/02/2020, a seguito dell'esame, da parte del CO.CIV, integrato con il Dirigente del Servizio Sanità, di tutta la documentazione e dei chiarimenti forniti dai Dirigenti delle PP.FF., per la verifica del raggiungimento degli obiettivi economici, delle precondizioni e degli obiettivi sanitari assegnati, giusti verbali del 7/6/2019, 28/6/2019, 05/07/2019 e 27/9/2019, depositati agli atti della PF Controllo Atti e Attività Ispettiva, sono state approvate le risultanze della valutazione, che vengono qui di seguito riportate e, comunque, sintetizzate nell'allegato A, facente parte integrante e sostanziale della deliberazione, in particolare:

OBIETTIVO ECONOMICO:

Obiettivo 2 "Spesa farmaceutica":

- sub-obiettivo 2.2 “spesa farmaceutica ospedaliera “pura” in relazione alla produzione erogata risulta raggiunto al 100 per cento da tutti gli enti del SSR.

Pertanto, il punteggio assegnato all’INRCA è pari a 5.

OBIETTIVO SANITARIO:

Obiettivo 7 “Assistenza Farmaceutica”:

- sub-obiettivo 152 “Incremento distribuzione diretta”, assegnato a tutti gli enti del SSR, non è stato raggiunto dall’INRCA: 0 per cento;
- sub-obiettivo 153 “Incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 974/2014) - % PT verificati su totale PT”, assegnato a tutti gli enti del SSR, risulta raggiunto dall’INRCA al 100 per cento;
- sub-obiettivo 154 “Incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 974/2014) - % PT Naive con prescrizione biosimilari su totale PT Naive”, assegnato a tutti gli enti del SSR, risulta raggiunto dall’INRCA al 100 per cento;
- sub-obiettivo 155 “Incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 974/2014) - Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive”, assegnato a tutti gli enti del SSR, risulta raggiunto dall’INRCA al 100 per cento;
- sub-obiettivo 156 “Incremento copertura delle trasmissioni con targatura (per i farmaci con AIC) - % copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione diretta”, assegnato a tutti gli enti del SSR, risulta raggiunto dall’INRCA al 100 per cento;
- sub-obiettivo 159 “Incremento utilizzo farmaci in distribuzione diretta e per conto di classe A con brevetto scaduto”, assegnato a tutti gli enti del SSR, risulta raggiunto dall’INRCA al 100 per cento;
- sub-obiettivo 160 “Riduzione consumo antibiotici su tutti i canali distributivi”, assegnato a tutti gli enti del SSR, non è stato raggiunto dall’INRCA: 0 per cento;
- sub-obiettivo 161 “Incremento consumo di farmaci oppioidi maggiori su tutti i canali distributivi”, assegnato a tutti gli enti del SSR, risulta raggiunto dall’INRCA al 100 per cento;
- sub-obiettivo 162 “Incremento segnalazioni ADR”, assegnato a tutti gli enti del SSR, risulta raggiunto dall’INRCA al 100 per cento;
- sub-obiettivo 163 “Rispetto della compilazione Registri AIFA”, assegnato a tutti gli enti del SSR, non risulta raggiunto dall’INRCA al 100 per cento: 82,40 per cento.

In conclusione, l'obiettivo Assistenza Farmaceutica – sub obiettivi da 151 al 163 -, in base agli indicatori (7/10) e relativi criteri di raggiungimento dell'INRCA, risultano raggiunti 7/10, pertanto, è stato attribuito un punteggio pari a 5.

In sede istruttoria⁶⁰ è stato richiesto alla Regione Marche di relazionare in merito agli esiti della valutazione degli adempimenti 2017, da parte del relativo Tavolo tecnico, con particolare riferimento al “Controllo della spesa farmaceutica”.

La Regione Marche, con note prot. n. 425481 del 23 aprile 2020⁶¹, prot. n. 516644 del 22 maggio 2020⁶² e prot. n. 574584 dell'8 giugno 2020, ha rappresentato che il Ministro dell'economia e delle finanze, con nota prot. n. 20082 del 12 novembre 2019, ha comunicato che **il Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti regionali sulla spesa sanitaria**, ai fini dell'accesso all'integrazione della quota di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, a seguito della conclusione dell'istruttoria, **ha valutato la Regione Marche adempiente per l'anno 2017**. Pertanto, ai sensi dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della 23 dicembre 2009, n. 191, la Regione può accedere all'erogazione delle risorse spettanti per l'anno 2017.

In particolare, con riferimento all'adempimento previsto per l'anno 2017, come risulta dal verbale del Comitato Lea della riunione del 13 dicembre 2018, allegato alla nota del Ministro dell'Economia e delle Finanze (Allegato 3 – 110 Marche), è emerso quanto segue:

- lettera l) (*Controllo spesa farmaceutica*)⁶³: **La Regione Marche ha adempiuto con impegno.**

⁶⁰ Ns. nota prot. n. 985 del 23/04/2020.

⁶¹ In risposta ns. note istruttorie bilancio 2017 AO – Ospedali Riuniti Marche Nord prot. n. 664 del 25/02/2020 e prot. n. 910 del 15/04/2020.

⁶² In risposta ns. nota prot. n. 999 del 24/04/2020 relativa all'istruttoria AOU – Ospedali Riuniti di Ancona bilanci esercizi 2016 e 2017.

⁶³ ADEMPIMENTI (riferimento Documento Ministero dell'economia e finanze, Intesa Stato-Regioni 23/03/2005, Intesa Stato-regioni 3/12/2009) e Intesa Stato-regioni 10/07/2014):

- l) Art. 5, comma 1 della legge 222/2007 che fissa il tetto della spesa farmaceutica territoriale al 14%, successivamente modificato al 13,6 per cento per l'anno 2009 dall'art. 13, comma 1, lettera c), del d.l. 39/2009 (convertito in legge 77/2009), ulteriormente ridotto al 13,3 per cento a partire dal 2010 ai sensi dell'art. 22, comma 3 del d.l. 78/2009 (convertito in legge 102/2009). Quindi, per l'anno 2012, l'art. 15, comma 2, del d.l. n. 95 del 6 luglio 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 7 agosto 2012 ha disposto l'ulteriore riduzione del tetto al 13,1 per cento;
- Art. 5, comma 4 della legge 222/2007: “Entro il 1° dicembre di ogni anno l'AIFA elabora la stima della spesa farmaceutica, così come definita al comma 1, relativa all'anno successivo distintamente per ciascuna Regione e la comunica alle medesime Regioni. Le Regioni che, secondo le stime comunicate dall'AIFA, superano il tetto di spesa regionale prefissato, di cui al comma 1, sono tenute ad adottare misure di contenimento della spesa, ivi inclusa la distribuzione diretta, per un ammontare pari almeno al 30 per cento dello sfioramento; dette misure costituiscono adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato. Le Regioni utilizzano eventuali entrate da compartecipazioni alla spesa a carico degli assistiti a scomputo dell'ammontare delle misure a proprio carico”;
- Art. 5, comma 5 della legge 222/2007: “A decorrere dall'anno 2008 la spesa farmaceutica ospedaliera così come rilevata dai modelli CE, al netto della distribuzione diretta come definita al comma 1, non può superare a livello di ogni singola Regione

- lettera l.1) (*Rispetto dei vincoli della spesa farmaceutica*): **la Regione Marche ha adempiuto con impegno.**

In merito all'anno 2017, l'AIFA ha reso noto il documento di monitoraggio consuntivo (CdA del 18/01/2019).

Con riferimento al rispetto dell'adempimento la Regione Marche risulta inadempiente per la spesa farmaceutica convenzionata, in quanto il livello di spesa è stato pari al 7,97 per cento, superiore al tetto del 7,96 per cento, con uno scostamento in valore assoluto pari a 0,215 mln di euro. La normativa vigente prevede che, in caso di superamento del tetto, la regione deve adottare misure dirette a coprire almeno il 30 per cento di tale scostamento (0,064 mln di euro). Tra le misure si considera anche il ticket farmaceutico, ove adottato. Al riguardo, è stato rilevato che per l'anno 2017 la Regione non ha applicato il ticket sui farmaci.

la misura percentuale del 2,4 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie. L'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”;

- Art. 15, comma 3, del d.l. n.95 del 6 luglio 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 7 agosto 2012 che fissa il tetto della spesa farmaceutica territoriale per l'anno 2013 all'11,35 per cento del Fabbisogno sanitario al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA in base a quanto previsto dall'art.11, comma 9, del d.l. 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni dalla l. 30 luglio 2010, n.122;
- Art. 15, comma 4, del d.l. n. 95 del 6 luglio 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 7 agosto 2012 che fissa il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera per l'anno 2013 al 3,5% del Fabbisogno sanitario al netto della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, nonché al netto della spesa per i vaccini, per i medicinali di cui alle lettere c) e c-bis) dell'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537 e successive modificazioni, per le preparazioni magistrali e officinali effettuate nelle farmacie ospedaliere, per i medicinali esteri e per i plasmaderivati di produzione regionale.
- Art. 15, comma 7, del d.l. n. 95 del 6 luglio 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 7 agosto 2012 che pone a carico delle aziende farmaceutiche, a decorrere dall'anno 2013, una quota pari al 50 per cento dell'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, come modificato dal comma 4 del presente articolo. Il restante 50 per cento dell'intero disavanzo a livello nazionale è a carico delle sole regioni nelle quali è superato il tetto di spesa regionale, in proporzione ai rispettivi disavanzi; non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo.
- Art. 15, comma 8, del d.l. n. 95 del 6 luglio 2012 concernente le disposizioni di attuazione di quanto previsto dal primo periodo del comma 7.
- Art. 15, comma 10, del d.l. n. 95 del 6 luglio 2012 concernente l'attivazione ed il funzionamento dei registri dei farmaci sottoposti a registro.
- -Art. 1, comma 398, della l. 232 del 11 dicembre 2016 che definisce il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera è calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, ed è rideterminato nella misura del 6,89 per cento. Conseguentemente il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera assume la denominazione di “tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti”.
- -Art. 1 comma 399 della l. 232 del 11 dicembre 2016 il tetto della spesa farmaceutica territoriale e' rideterminato nella misura del 7,96 per cento. Conseguentemente il tetto della spesa farmaceutica territoriale assume la denominazione di «tetto della spesa farmaceutica convenzionata».

La Regione, con i protocolli nn. 25/2018 e 30/2018, ha richiesto che, dalla spesa farmaceutica convenzionata 2017 individuata dall'AIFA, venissero sottratti 6,587 mln di euro derivanti dall'applicazione di un codice di esenzione T16⁶⁴, introdotto nei comuni colpiti dal sisma del 2016, la cui cessazione, per la spesa farmaceutica convenzionata, è avvenuta con decorrenza dal 30/04/2017, così come comunicato dalla stessa Regione con il prot. n. 34/2018.

La Regione, con il protocollo n. 47/2018, ha trasmesso la nota AIFA n. 130696 del 27/11/2018, avente ad oggetto "*Richiesta di parere AIFA da parte della Regione Marche, sull'effetto dell'evento sismico sulla spesa farmaceutica convenzionata gennaio - dicembre 2017*", nella quale l'AIFA, riportando i risultati del confronto dei dati disponibili per i primi sette mesi del 2018 rispetto allo stesso periodo del 2017, ha evidenziato i seguenti aspetti:

1. tenendo conto di quanto fornito dalla Regione Marche, in merito all'impatto dell'esenzione sisma codice T16, il tetto della spesa farmaceutica convenzionata non verrebbe superato (7,78 per cento, anziché 7,96 per cento);
2. riduzione della spesa farmaceutica lorda nei primi sette mesi dell'anno 2018 rispetto al 2017, con un picco di -14,5 per cento nel mese di febbraio 2018 (a livello nazionale si è verificata nel mese di febbraio 2018 una diminuzione della spesa lorda pari a -5,6 per cento);
3. aumento della compartecipazione, intesa come differenza tra costo per farmaco di marca e generico rimborsato dal SSN, con un aumento tra il 25 e il 30 per cento nei primi 4 mesi del 2018 (a livello nazionale l'aumento della compartecipazione evidenzia un *range* da 10,4 per cento a 12,9 per cento);
4. aumento della spesa in valore assoluto dei farmaci di classe C a partire dal mese di settembre 2016, subito dopo il sisma, in ottemperanza con lo stato di calamità dichiarato.

⁶⁴ esenzione per codice T16:

- 1) per quanto riguarda i farmaci di classe/fascia A: l'esenzione del pagamento della differenza di prezzo tra il farmaco prescritto ed il prezzo di riferimento/rimborso fissato per quel principio attivo nella lista di trasparenza AIFA;
- 2) per quanto riguarda i farmaci di classe/fascia A/PHT: deve essere garantita la dispensazione anche in assenza del Piano Terapeutico, previa acquisizione di ricetta medica SSN riportante il codice fiscale ovvero le generalità dell'assistito;
- 3) per quanto riguarda i farmaci di classe/fascia C: l'erogazione gratuita. I farmaci di classe C dovranno essere tariffati utilizzando il prezzo della banca dati Farmadati con l'applicazione di uno sconto al Servizio Sanitario Regionale del 10 per cento.

L'AIFA ha concluso la propria nota segnalando come *“ appare evidente che l'evento sismico ha influito sulla spesa convenzionata della Regione Marche in particolare per la quota riferita alla classe C e al mancato introito della compartecipazione”*.

Il Tavolo, considerata l'esiguità dello scostamento della spesa farmaceutica convenzionata sia in valore assoluto (0,215 mln di euro) sia in termini percentuali, 7,97 per cento rispetto al tetto del 7,96 per cento, considerato che detraendo i maggiori oneri derivanti dall'esenzione regionale per eventi sismici (pari a 6,587 mln di euro) la spesa farmaceutica convenzionata regionale sarebbe pari al 7,78 per cento e quindi inferiore al 7,96 per cento, considerato il carattere eccezionale della misura riferita al codice di esenzione T16, i cui effetti sembrano essersi esauriti a decorrere dal mese di maggio 2017, come risulta dai dati forniti dall'AIFA, ha valutato la Regione Marche, per l'anno 2017, adempiente con l'impegno a ricondurre per il futuro la spesa farmaceutica convenzionata nel limite del tetto del 7,96 per cento.

La Regione ha superato il tetto della spesa per acquisti diretti, stabilito pari al 6,89 per cento del Fondo sanitario nazionale, facendo registrare una spesa pari al 9,40 per cento. Il Tavolo ha fatto comunque presente che la Regione non è tenuta al ripiano dello sforamento qualora abbia fatto registrare l'equilibrio economico complessivo. La Regione è adempiente.

Inoltre, con riferimento all'adempimento previsto per l'anno 2017 - lettera aaq) (*Obiettivi Direttori generali*)⁶⁵, come risulta dal verbale allegato alla nota del Ministro dell'Economia e delle Finanze (Allegato 3 - 110 Marche -), è emerso che **la Regione Marche ha adempiuto**.

2.7.4 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).

⁶⁵ ADEMPIMENTI (riferimento Documento Ministero dell'economia e finanze, Intesa Stato-Regioni 23/03/2005, Intesa Stato-regioni 3/12/2009) e Intesa Stato-regioni 10/07/2014):

- aaq) Obiettivi Direttori Generali

Attuazione dell'articolo 10, comma 6, del Patto per la Salute 2014-2016. "Si conviene che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Lea stabiliti per i Direttori Generali, costituisce grave inadempimento contrattuale e comporta l'applicazione dell'art. 3 bis, comma 5, del d.lgs. 502/1992 s.m.i., con la previsione di decadenza automatica dei Direttori Generali".

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 prescrittiva⁶⁶:

⁶⁶ 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).

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

- 1) le Note AIFA, che definiscono il regime di rimborsabilità di alcuni farmaci e indirizzano l'attività prescrittiva dei medici sulla base di indicazioni terapeutiche con efficacia dimostrata;
- 2) i tetti di spesa per singole specialità medicinali o per classi terapeutiche sottoscritti nell'ambito degli accordi negoziali (*Managed Entry Agreements*) con le aziende farmaceutiche;
- 3) i Piani Terapeutici, che definiscono le condizioni cliniche per le quali il farmaco è a carico del SSN e limitano il rimborso alle indicazioni terapeutiche registrate;
- 4) i Registri di monitoraggio, che seguono l'eleggibilità dei pazienti a un trattamento e ne seguono il percorso terapeutico in accordo con le indicazioni approvate.

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.

per il SSN. Di conseguenza, l'esigenza di garantire un accesso rapido a medicinali potenzialmente prioritari per la tutela della salute deve essere necessariamente temperata da strategie di rimborsabilità che consentano al SSN di non disperdere le limitate risorse economiche a sua disposizione, soprattutto nel caso di medicinali con costi marginali molto alti.

L'istituzione e l'implementazione di un Registro prevedono, in primis, l'individuazione di indicatori specifici di predittività della risposta al trattamento, consentendo una delimitazione efficiente di sottopopolazioni di pazienti che possano ottenere il massimo beneficio dal medicinale. La selezione dell'indicatore e la sua parametrizzazione rispetto all'esito del trattamento sono un percorso svolto nell'ambito delle Commissioni AIFA (CTS e CPR), congiuntamente alle valutazioni delle implicazioni economiche connesse all'autorizzazione del medicinale. Successivamente, le Commissioni conferiscono il mandato all'Unità Registri per il "monitoraggio del protocollo dei farmaci" di comporre e validare la scheda di monitoraggio del medicinale. La scheda, successivamente compilata dagli operatori sanitari coinvolti, attraverso una modalità web-based, è finalizzata a garantire non solo l'appropriatezza prescrittiva, ma anche l'applicazione dei termini fissati negli accordi negoziali sottoscritti tra azienda farmaceutica e AIFA (*Managed Entry Agreements* (MEAs)). L'AIFA è il primo ente regolatorio al mondo ad aver fornito un'applicazione avanzata, nell'ambito dei MEAs, dei diversi modelli di rimborsabilità condizionata. Questi sono distinguibili, in base ad una tassonomia internazionale¹, in due principali categorie:

- a) accordi di condivisione del rischio basati sull'outcome (*Performance-Based Risk sharing schemes*);
- b) accordi di carattere prettamente finanziario (*Financial based schemes*).

Nella prima categoria rientrano gli accordi di *Payment by result* (PbR), *Risk sharing* (RS) e *Success fee* (SF), mentre nella seconda sono compresi gli accordi di *Cost sharing* (CS) e di *Capping*.

Il CS prevede uno sconto sul prezzo dei primi cicli di terapia per tutti i pazienti eleggibili al trattamento, così come individuati dal Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto. Il CS, generalmente, si adotta quando vi sono dati più certi sull'efficacia e sulla sicurezza del medicinale. Il modello di *Risk-Sharing*, rispetto al CS, prevede uno sconto che si applica esclusivamente ai pazienti non rispondenti al trattamento. Il modello di PbR, invece, estende le modalità del RS prevedendo un rimborso totale da parte dell'azienda farmaceutica di tutti i pazienti che non rispondono al trattamento (*payback* da parte delle aziende farmaceutiche del 100 per cento 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 01 gennaio 2013, i Registri di Monitoraggio sono entrati nella fase attuativa del nuovo sistema informativo dell'AIFA.

A livello aziendale, lo strumento fondamentale, atto ad ottimizzare la gestione dei farmaci e di uniformare il comportamento delle singole Commissioni Terapeutiche periferiche⁶⁷, 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 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

⁶⁷ 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. 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.

l'Appropriatezza Terapeutica (CRAT) ed approvati dalla Giunta regionale con le sotto riportate deliberazioni:

- D.g.r. n. 433 del 02/05/2017 - XV edizione aggiornata al I° trimestre 2017;
- D.g.r. n. 921 del 31/07/2017 - XVI edizione secondo aggiornamento 2017.

Mentre, le disposizioni relative alla promozione dell'appropriatezza e della razionalizzazione d'uso dei farmaci e dei dispositivi medici e del relativo monitoraggio - l. 232/2016, sono state approvate con d.g.r. n. 963 del 07/08/2017.

Il medico ospedaliero, come disposto dalla d.g.r. n. 974/2014, 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 risultato⁶⁸;

⁶⁸ 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:

- 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.

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. 425⁶⁹, 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)⁷⁰, nell'art. 14 bis del decreto del Presidente della Repubblica 28

4. Il presente articolo sostituisce l'art. 33 del C.C.N.L. 8 giugno 2000.

Art. 28

Modalità ed effetti della valutazione positiva delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti

1. La valutazione del collegio tecnico riguarda tutti i dirigenti e tiene conto:

- a) della collaborazione interna e livello di partecipazione multi - professionale nell'organizzazione dipartimentale;
- b) del livello di espletamento delle funzioni affidate nella gestione delle attività e qualità dell'apporto specifico;
- c) dei risultati delle procedure di controllo con particolare riguardo all'appropriatezza e qualità clinica delle prestazioni, all'orientamento all'utenza, alle certificazioni di qualità dei servizi;
- d) dell'efficacia dei modelli organizzativi adottati per il raggiungimento degli obiettivi;
- e) della capacità dimostrata nel motivare, guidare e valutare i collaboratori e di generare un clima organizzativo favorevole all'uso ottimale delle risorse, attraverso una equilibrata individuazione dei carichi di lavoro del personale, dei volumi prestazionali nonché della gestione degli istituti contrattuali;
- f) della capacità dimostrata nel gestire e promuovere le innovazioni tecnologiche e procedurali, in particolare per quanto riguarda il rispetto dei tempi e modalità nelle procedure di negoziazione del budget in relazione agli obiettivi affidati nonché i processi formativi e la selezione del personale;
- g) della capacità di promuovere, diffondere, gestire ed implementare linee guida, protocolli e raccomandazioni diagnostico terapeutiche aziendali;
- h) delle attività di ricerca clinica applicata, delle sperimentazioni, delle attività di tutoraggio formativo, della docenza universitaria e nell'ambito dei programmi di formazione permanente aziendale;
- i) del raggiungimento del minimo di credito formativo di cui all'art. 16-ter, comma 2, del d.lgs. 502 del 1992 tenuto conto dell'art. 23, commi 4 e 5;
- j) del rispetto del codice di comportamento allegato n. 1 del presente contrailo, tenuto conto anche delle modalità di gestione delle responsabilità dirigenziali e dei vincoli derivanti dal rispetto dei codici deontologici.

⁶⁹ 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 imborsare al Servizio sanitario nazionale il farmaco indebitamente prescritto. A partire dal 1 gennaio 1997, le aziende sanitarie locali inviano alle regioni e al Ministero della sanità relazioni trimestrali sui controlli effettuati e sulle misure adottate ai sensi del presente comma.

⁷⁰ Decreto del Presidente della Repubblica 28/07/2000, n. 270

Art. 15-bis - Appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse

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

1. Il medico di medicina generale concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio sanitario nazionale, a:

- a) assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza ed in attesa della definizione di linee guida consensuali, come previsto dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 e dall'art. 14, comma 2, lettera i);
 - b) ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle essenze scientifiche;
 - c) operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.
2. Le prescrizioni di prestazioni specialistiche, comprese le diagnostiche, farmaceutiche e di ricovero, del medico di medicina generale si attengono ai principi sopra enunciati e avvengono secondo scienza e coscienza.
3. Nell'applicazione delle norme di cui all'art. 1, comma 4, del decreto legge 20 giugno 1996, n. 323, convertito con modificazioni nella legge 8 agosto 1996, n. 425, il quale ha stabilito tra l'altro per le prescrizioni farmaceutiche l'obbligo da parte di tutti i medici del rispetto delle condizioni e limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco, la segnalazione di eventuali infrazioni all'Ordine professionale di iscrizione e al Ministero della sanità, nonché l'obbligo per il medico di rimborsare il farmaco indebitamente prescritto, si applicano le procedure ed i principi di cui ai successivi commi.
4. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del medico di medicina generale ritenuti non conformi alle norme sopra evidenziate, sottopongono il caso ai soggetti individuati all'art. 14, comma 4, deputati a verificare, ai sensi del comma 5 dello stesso articolo, l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali, integrati dal responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, e da un medico individuato dal direttore sanitario della Azienda.
5. L'organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione tenendo conto dei seguenti principi:
- a) la ipotesi di irregolarità deve essere contestata al medico per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni per le eventuali controdeduzioni e/o alla richiesta di essere ascoltato;
 - b) il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il medico interessato, è comunicato al Direttore Generale della Azienda per i provvedimenti di competenza e al medico interessato.
6. La prescrizione farmaceutica è valutata tenendo conto dei seguenti elementi:
- a) sia oggetto di occasionale, e non ripetuta, inosservanza delle norme prescrittive dovuta ad errore scusabile;
 - b) sia stata determinata da un eccezionale stato di necessità attuale al momento della prescrizione con pericolo di danno grave
 - 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.

stipendio come, per esempio, previsto dall'art. 30 dell'Accordo dei medici di medicina generale⁷¹.

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 16/12/2006⁷², che precisa, in particolare: *“La prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza. L'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici o di percorsi clinico-assistenziali impegna la diretta responsabilità del medico, nella verifica della tollerabilità ed efficacia sui soggetti coinvolti”*.

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*

⁷¹ 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.

⁷² Codice di Deontologia Medica - 16/12/2006

Capo IV. Accertamenti diagnostici e trattamenti terapeutici

Art. 13 - Prescrizione e trattamento terapeutico

La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico.

Su tale presupposto al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico, anche in regime di ricovero, fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso.

Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità.

Il medico è tenuto a una adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle reazioni individuali prevedibili, nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici e deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati o alle evidenze metodologicamente fondate. Sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie e di presidi diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione e documentazione clinico-scientifica, nonché di terapie segrete.

In nessun caso il medico dovrà accedere a richieste del paziente in contrasto con i principi di scienza e coscienza allo scopo di compiacerlo, sottraendolo alle sperimentate ed efficaci cure disponibili.

La prescrizione di farmaci, sia per indicazioni non previste dalla scheda tecnica sia non ancora autorizzati al commercio, è consentita purché la loro efficacia e tollerabilità sia scientificamente documentata.

In tali casi, acquisito il consenso scritto del paziente debitamente informato, il medico si assume la responsabilità della cura ed è tenuto a monitorarne gli effetti.

È obbligo del medico segnalare tempestivamente alle autorità competenti, le reazioni avverse eventualmente comparse durante un trattamento terapeutico.

prontuario terapeutico nazionale, così come riclassificato dall'art. 8, comma 9, della legge 24 dicembre 1993, n. 537 e successive modificazioni".

Con riguardo all'attività prescrittiva, i medici e gli operatori sanitari legati alle strutture pubbliche del SSN da un rapporto di convenzione (comportante la devoluzione di compiti in esecuzione di un rapporto di servizio pubblico) 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) sono soggetti passibili di incorrere in ipotesi di responsabilità amministrativo-contabile, con la conseguenza che allorquando si sia verificato un danno erariale che si ricollegi a comportamenti del professionista riconducibili a detta attività amministrativa, sussiste la giurisdizione del giudice contabile, ai sensi dell'art. 52, Regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214,⁷³ operando il medico convenzionato nella qualità di agente dell'Amministrazione.

Appartiene, pertanto, alla giurisdizione della Corte dei conti la competenza in materia di danno arrecato al S.S.N. dai medici convenzionati a seguito della redazione di prescrizioni sanitarie inusuali, incongrue o incomplete, e di prescrizioni di medicinali agli assistiti in quantità eccessive o, comunque, per finalità non terapeutiche, in dosi maggiori del consentito o con modalità di somministrazione diverse dal lecito.

Il comportamento del medico di medicina generale può dar luogo, normalmente ad ipotesi di danno patrimoniale, nel caso di "iperprescrittività in senso ampio"⁷⁴, 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"⁷⁵, 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

⁷³ R.D. 12 luglio 1934, n. 1214

Articolo 52

I funzionari impiegati ed agenti, civili e militari, compresi quelli dell'ordine giudiziario e quelli retribuiti da amministrazioni, aziende e gestioni statali a ordinamento, autonomo, che nell'esercizio delle loro funzioni per azione od omissione imputabili anche a sola colpa o negligenza cagionino danno allo Stato e ad altra amministrazione dalla quale dipendono sono sottoposti alla giurisdizione della Corte nei casi e modi previsti dalla legge sull'amministrazione del patrimonio e sulla contabilità generale dello Stato e da leggi speciali.

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

⁷⁴ Cfr. Corte dei conti, sez. reg. Lombardia, 14 giugno 2011, n. 374

⁷⁵ Cfr. Corte dei conti, sez. reg. Trentino Alto Adige-Bolzano, 8 aprile 2009, n. 32

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 ministeriale⁷⁶.

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).

Il Collegio Sindacale ha attestato, nel questionario sul bilancio 2017, 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.

2.8 Spesa per il personale

L'esame dell'aggregato in oggetto, sulla base dei dati del questionario relativo al bilancio d'esercizio 2017, compilato dall'Organo di revisione dell'INRCA, 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 2017 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.

2.9 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 in servizio presso l'INRCA, nell'esercizio 2017, vincolo peraltro prorogato, ai sensi dell'art. 17, c. 3, d.l. n. 98/2011, fino al 2020 dall'art. 1, comma 584,

⁷⁶ Fonte: www.dirittosanitario.net

della l. n. 190/2014. La tabella di cui al punto 12.1 del questionario in oggetto⁷⁷, espone la seguente situazione:

Tabella 21 - Rispetto dei limiti di spesa per il personale ai sensi dell'art. 2, c. 71, l. n. 191/2009 - INRCA - anno 2017

		Importi
Spesa per il personale 2004*		57.249.000
<i>Al netto di:</i>	Spese per arretrati di anni precedenti al 2004 per rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro	
	Spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati	
	Spese relative ad assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati, ai sensi dell'art. 12-bis del d.lgs. 502/92 e successive modificazioni	
Totale netto spesa 2004		57.249.000
1,4% della spesa		801.486
Dato spesa 2004 da considerare per il calcolo	(A)	56.447.514

		Importi
Spesa per il personale 2017		55.040.521
<i>Al netto di:</i>	Spese per rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenute successivamente al 2004	9.035.423
	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	1.868.502
Totale netto spesa 2017	(B)	44.136.596
Differenza tra la spesa 2017 e la spesa 2004	(B)-(A)	-12.310.918

*Il dato relativo alla Spesa di personale deve essere considerato al lordo di oneri riflessi a carico delle Amministrazioni e dell'IRAP, nonché della spesa per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione.
Fonte: Questionario enti del SSN - Sezione Autonomie - INRCA - anno 2017

Dall'esame dei dati sopra esposti, si rileva che **l'INRCA ha rispettato il limite di legge per la spesa di personale ex art. 2, c. 71, l. n. 191/2009, per l'esercizio 2017.**

In sede di Parifica al Rendiconto regionale 2017⁷⁸, dopo aver trasmesso il prospetto sopra riportato compilato, la Regione Marche ha trasmesso le tabelle aggiornate a seguito della revisione dei dati di spesa relativi all'INRCA. L'importo considerato in precedenza come limite di riferimento ex art. 2, c. 71, legge n. 191/2009 per l'Istituto (spesa di personale dell'anno 2004: 57.249 mila euro e relativo limite di legge (spesa 2004-1,4 per cento): 56.448 mila euro) è stato rideterminato per tener conto dello scorporo del Presidio ospedaliero di Santa Croce di Fano,

⁷⁷ Si veda quanto riportato al punto 12.1 pag. 13_CE del questionario al bilancio di esercizio 2017 dell'INRCA.

⁷⁸ Si veda la Relazione allegata alla deliberazione n. 33/2018/PARI, par. 16.26.3, pagg. 740-742.

che ha determinato altresì l'adeguamento del limite anche per la stessa Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", al fine di lasciare inalterato il limite regionale complessivo di 918.079 mila euro. Le tabelle definitive della spesa del personale risultano pertanto modificate, a seguito di alcune rettifiche apportate dalle aziende ospedaliere, come di seguito illustrato⁷⁹.

La spesa complessiva sostenuta, al livello regionale, per il personale nell'anno 2017, determinata sulla base del Conto Annuale, risulta come di seguito illustrata:

Tabella 22 - Scheda riepilogativa del costo del personale Regione Marche - anno 2017

<i>(valori in migliaia di euro)</i>	Totale presenti al 31.12.2017 (1)	Spese per competenze fisse e accessorie (2)	IRAP (3)	Spese per contributi a carico dell'azienda (4)	Altre voci di spesa (5)	Totale (2) +(3) +(4) + (5) = (6)	di cui derivante dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004 (7)	Totale al netto dei rinnovi (6) - (7) = (8)
Personale dipendente a tempo indeterminato	19.165	730.470	64.176	208.613	3.407	1.006.666	163.960	842.706
Personale a tempo determinato	1.971	64.943	1.840	6.136	165	73.084	1.142	71.942
Restante personale	184	4.990	2	4	1.431	6.427	-	6.427
Totale	21.320	800.404	66.018	214.753	5.003	1.086.177	165.103	921.075
<i>(valori in migliaia di euro)</i>	Totale presenti al 31.12.2017 (1)					Totale rimborsi	di cui derivante dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004	Totale rimborsi al netto dei rinnovi
Indennità De Maria	134					5.729	1.165	4.563
	21.454					1.091.906		925.638

Fonte: Nota trasmessa dalla Regione Marche con prot. n. 825144 del 17/07/2018 - Allegato "Osservazioni della Regione Marche" e Allegato n. 6.

La spesa di personale del SSR nel suo complesso relativa al 2004, che rimane comunque parametro di riferimento per il calcolo del limite di legge in questione (spesa 2004 -1,4 per cento), come rideterminata secondo il nuovo criterio di calcolo adottato, risulta pari a 931.115 mila euro (ed il corrispondente limite di legge: 918.079 mila euro).

⁷⁹ Si veda la nota trasmessa dalla Regione Marche con prot. n. 825144 del 17.07.2018 - Allegato "Osservazioni della Regione Marche" e Allegato n. 6. L'ultimo aggiornamento risulta inviato con nota Regione Marche prot. 836082 del 19 luglio 2018.

La Regione ha successivamente trasmesso i dati aggiornati relativi ai tetti di spesa del personale, per i singoli enti del SSR rideterminati, tenendo conto dello scorporo del Presidio ospedaliero Santa Croce di Fano, come illustrato nella tabella che segue:

Tabella 23 - Tetto della spesa di personale anno 2004*, ex art. 2, c. 71, l. n. 191/2009 - Regione Marche ed enti sanitari

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
TOTALE REGIONE	931.598	4.402	1.861	113	-414	117	937.677	-6.562	0	931.115	918.079

Dati in migliaia di euro

Fonte: Nota trasmessa dalla Regione Marche prot. n. 836082 del 19/07/18 - Allegato 1.

Dall'esame della tabella sopra riportata, si rileva che, per l'esercizio 2017, **il limite di legge per la spesa di personale ex art. 2, c. 71, l. n. 191/2009, non risulterebbe rispettato al livello regionale**. Passando ad esaminare i dati relativi ai singoli enti, si rileva quanto segue:

Tabella 24 - Scheda riepilogativa del costo del personale dell'INRCA - anno 2017

(valori in migliaia di euro)	Totale presenti al 31.12.2017 (1)	Spese per competenze fisse e accessorie (2)	IRAP (3)	Spese per contributi a carico dell'azienda (4)	Altre voci di spesa (5)	Totale (2)+(3)+(4)+(5) = (6)	di cui derivante dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004 (7)	Totale al netto dei rinnovi (6) - (7) = (8)
Personale dipendente a tempo indeterminato	940	37.831	3.068	10.288	281	51.469	9.033	42.436
Personale a tempo determinato	31	1.125	102	341	9	1.577	-	1.577
Restante personale	7	138	-	-	-	138	-	138
Totale	978	39.094	3.170	10.629	290	53.183	9.033	44.151
(valori in migliaia di euro)	Totale presenti al 31.12.2017 (1)					Totale rimborsi	di cui derivante dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004	Totale rimborsi al netto dei rinnovi
Indennità De Maria	14					279	-	279
	992					53.462		44.430

Fonte: Nota trasmessa dalla Regione Marche con prot. n. 825144 del 17/07/2018 - Allegato 6 "Osservazioni della Regione Marche"

Con riferimento alla spesa di personale dell'INRCA, il costo del personale rideterminato in base ai dati del Conto Annuale, per l'anno 2017, risulta pari a 44.430 mila euro e, pertanto, rientra nel limite di legge, rideterminato, nel caso in questione, secondo il nuovo criterio di calcolo adottato, ed aggiornato, come da nota regionale del 19 luglio 2018 sopra citata, nell'importo di 56.448 euro.

Nella Relazione al bilancio 2017, il Collegio Sindacale ha attestato che "rispetto ai limiti di spesa relativi al confronto con il costo del personale del 2004 decurtato dell'1,4 per cento, al netto dei rinnovi contrattuali, si segnala che il tetto di riferimento a suo tempo definito applicando la normativa è pari a 58.498.493 euro. A fronte di tale dato si osserva che il costo 2017 di riferimento per tale confronto è pari a 42.143.190 euro derivante dal costo complessivo del personale dipendente e non, al quale sono stati sottratti il costo dei rinnovi contrattuali nel frattempo succedutisi comprensivi delle indennità di vacanza contrattuale attualmente in erogazione e il costo del personale dei progetti finalizzati e del personale derivante dalle categorie protette"⁸⁰.

2.9.1 Altre considerazioni sul Costo del personale

Dall'esame dei documenti di bilancio, si rilevano dati aggregati di spesa di personale dell'INRCA non sempre omogenei.

Dalla Relazione al bilancio 2017, risulta un costo complessivo del personale, inteso come costo di produzione di Conto Economico, che present'al'andamento illustrato nel prospetto che segue⁸¹:

Tabella 25 - Andamento costo di personale nel periodo 2016-2017

Costi della produzione	2016	2017	Differenza 2017/2016	Var.% 2017/2016
Costi del personale	49.278.477	49.931.270	-652.793	-1.31%

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA

Elaborazione: Corte dei conti - Sezione regionale di controllo Marche

⁸⁰ Si veda quanto riportato alla pag. 19 del verbale di riunione n. 2_2018 del Collegio sindacale dell'INRCA, contenente la Relazione al bilancio di esercizio chiuso al 31/12/2017.

⁸¹ Si veda quanto riportato alla pag. 18 del verbale di riunione n. 2_2018 del Collegio sindacale dell'INRCA, contenente la Relazione al bilancio di esercizio chiuso al 31/12/2017.

Oltre ai dati di spesa di cui ai precedenti paragrafi, nella Relazione di Parifica al Rendiconto regionale 2017⁸² risulta riportato anche un ulteriore aggregato di costo complessivo del personale il cui importo passa da 36.419.837 euro al 31/12/2016 a 35.851.972 euro al 31/12/2017, con un andamento in linea con quello del numero delle unità personale in servizio.

Come illustrato in Nota Integrativa, le unità di personale in servizio al 31/12/2017, pari a n. 952 unità, rileva una riduzione di n. 25 unità, rispetto al consuntivo 2016 (pari a n. 977 unità)⁸³.

In sede istruttoria è stata rilevata la non corrispondenza tra gli importi riportati sia nel questionario che nella Relazione al bilancio 2017, entrambi redatti dal Collegio sindacale, relativi alla spesa di personale 2016 e 2017.

A seguito di specifica richiesta istruttoria al riguardo⁸⁴, l'Istituto, con nota prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020, ha spiegato che *“La mancata corrispondenza dei dati citata deriva da due motivazioni ben precise.*

Innanzitutto, il dato indicato nella Parifica al Rendiconto regionale 2017 prende come valori Inrca solo ed esclusivamente quelli riguardanti i Presidi Marchigiani, mentre i valori indicati nella tabella 25 fanno riferimento ai valori estratti dal Conto Economico dell'intero Istituto.

Inoltre, il dato indicato nella Parifica è comunque diverso dal corrispondente valore del Conto economico relativo al solo sezionale della Regione Marche perché i due valori sono calcolati in maniera differente. In effetti il dato della Parifica deriva dal modello di Report della Regione Marche, foglio di lavoro Aggregato, che contiene valori ulteriori rispetto al Costo del Personale del Conto economico”.

Per maggiore chiarezza, è stata trasmessa la tabella seguente:

⁸² Si veda la Relazione allegata alla deliberazione n. 33/2018/PARI, par. 16.28, pagg. 753-754.

⁸³ Si veda Bilancio d'esercizio INRCA 2017 - Allegati alla determina n. 206/DGEN del 29/06/2018 - Nota Integrativa - pag. 29.

⁸⁴ Ns. nota prot. n. 985 del 23/04/2020.

Totale Costo del personale da CONTO ECONOMICO		33.444.950	
AA0810	A.5.C.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso Aziende sanitarie pubbliche della Regione	49.994,21	
BA1390	B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000	7.680,00	
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	25.822,12	
BA1420	B.2.A.15.3.D) Indennità a personale universitario - area sanitaria	198.970,86	
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	7.881,44	
BA1900	B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato	26.987,53	
BA2550	B.9.C.2) Altri oneri diversi di gestione	14.829,93	quota parte del conto pari a 9.100.158,48 e relativo al rimborso spese personale
YA0020	Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	2.172.235,44	
YA0030	Y.1.B) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	2.608,71	
PERSONALE DA PARIFICA		35.851.972	

Fonte: Nota dell'INRCA prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020

2.10 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. n. 1160 del 01/08/2011, d.g.r. n. 1156 del 29/07/2013, d.g.r. n. 1161 del 01/08/2011), poi confluite nella d.g.r. n. 977/2014, la quale prevede l'adozione di una serie azioni finalizzate a limitare la spesa per il personale, con riferimento al periodo 2014 - 2015⁸⁵. Con riferimento all'anno 2016,

⁸⁵ Per l'anno 2015, la d.g.r. 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 Ancona	AOR Marche Nord	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 -	-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:

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 2020⁸⁶, ha trovato attuazione nell'ambito dei piani 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. 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.

Riguardo all'INRCA, la Relazione del Collegio sindacale al Bilancio d'esercizio 2017 conferma l'assetto normativo sopra esposto⁸⁷. Ulteriori disposizioni in materia sono riportate nei paragrafi che seguono.

ENTITÀ	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

⁸⁶ 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».

⁸⁷ Si veda quanto riportato alle pagg. 18-19 del verbale di riunione n. 2_2018 del Collegio sindacale dell'INRCA, contenente la Relazione al bilancio di esercizio chiuso al 31/12/2017: "Relativamente al costo del personale, l'Istituto con riferimento ai limiti di

2.10.1 Il Piano occupazionale per l'anno 2017 e la Programmazione triennale del personale 2017-2019

L'INRCA ha adottato il Piano occupazionale 2017 e il Fabbisogno triennale del fabbisogno del personale per il triennio 2017-2019 con determina del Direttore Generale n. 198/DGEN del 23/05/2017⁸⁸, con riferimento ai presidi marchigiani di (Ancona, Fermo, R.S.R. Appignano, con a regime progetti speciali, Amministrazione, Polo scientifico tecnologico "N. Masera" di cui all'allegato A), al P.O.R. di Casatenovo (Allegato B) ed al P.O.R. di Cosenza (Allegato C).

La suddetta programmazione ha comportato un impatto economico come di seguito esposto.

- per i presidi Marche, oneri aggiuntivi dell'importo di 944.632 euro per l'anno 2017, di 1.183.458 euro per il 2018 e di 7.000 euro per il 2019, da imputarsi ad appositi conti economici e gestione dei bilanci di competenza, con precisazione che saranno sostenuti al momento dell'effettiva copertura dei relativi posti;

- per il presidio di Cosenza, risparmi di spesa pari a 122.500 euro nel 2017, pari a 154.958 euro nel 2018 e pari a 52.875 euro nel 2019, da registrarsi ad appositi conti economici e gestione dei bilanci di competenza;

- per il P.O.R. di Casatenovo, oneri aggiuntivi dell'importo di 200.250 euro per l'anno e di 224.084 euro per il 2018, da imputarsi ad appositi conti economici e gestione dei bilanci di competenza, con precisazione che saranno sostenuti al momento dell'effettiva copertura dei relativi posti.

spesa imposti dall'art. 9 comma 28 del DL 78/2010 ed a quelli imposti dalla Legge finanziaria 2009 per la diminuzione del costo del personale 2004 – 1,4% al netto dei rinnovi contrattuali (art. 2 comma 71 legge 191/2009 vincolo prorogato dal 2015 al 2020 dall'art. 1 comma 584 delle legge 190/2014), ha fatto presente, nella relazione sulla gestione, che "il rispetto ai limiti di spesa relativi al costo del personale flessibile preliminarmente si osserva che nell'ambito di quanto indicato dalla stessa normativa nazionale (che parla di principi generali ai fini del coordinamento della finanza pubblica ai quali si adeguano le regioni) la Regione Marche con DGR 1161/2011 aveva dettato obiettivi ai fini della sostenibilità economica del S.S.R. e relativamente al governo delle risorse umane, aveva fornito alle Aziende Sanitarie e all'INRCA, indicazioni e parametri ai fini della formulazione di una proposta di piano assunzioni che dovevano rientrare nel budget 2013 assegnato all'istituto. Con riferimento alle assunzioni con rapporto di lavoro a tempo determinato, nell'ambito delle suddette linee guida, era stato precisato che le stesse dovevano garantire per il 2013 il contenimento della spesa nella misura pari ad una riduzione della spesa del 30% rispetto all'ammontare sostenuto in termini di competenza nel 2009. Con la DGR 977/2014 la Regione Marche ribadiva il percorso appena descritto specificando che per il 2014 la riduzione della spesa doveva essere pari a 130% mentre per l'anno 2015, la riduzione doveva essere pari al 35% dell'ammontare della stessa spesa".

Al riguardo il Collegio osserva che la Regione Marche con il richiamato art. 27 della legge regionale n. 33 del 2014, ha previsto che gli enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) applicano le disposizioni di principio di cui agli articoli 6 e 9 del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 ferma 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".

⁸⁸ Si veda la Determina n. 198/DGEN del 23/05/2017 avente ad oggetto: "Presidi INRCA marchigiani – Casatenovo e Cosenza – Approvazione Piano occupazionale annuale 2017 fabbisogno triennale 2017-2018-2019 e modifica dotazione organica".

L'Istituto ha certificato che la suddetta programmazione consente sia il rispetto nel bilancio 2020, del limite di spesa del personale di cui all'art. 2, cc. 71 e 72, L. n. 191/2009, sia il rispetto di quello sancito dall'art. 9, c. 28, d.l. n. 78/2010 e ss.mm.ii. e dall'art. 27, l.r. n. 33/2014.

In sede di approvazione dei bandi di concorso, l'Istituto ha tenuto conto di quanto stabilito in materia di assunzioni obbligatorie per i soggetti appartenenti alle categorie protette, mediante inserimento di apposita clausola, con riferimento all'assunzione di n. 1 Operatore tecnico nel 2017 e di n. 3 Coadiutori amministrativi nel 2019 per la Provincia di Ancona.

E' stato destinato l'importo di 64.220 euro alle procedure di reclutamento di cui al D.P.C.M. 06/03/2015 finalizzate alla riduzione del personale precario (compresi gli oneri a carico dell'Istituto, la tredicesima e gli incrementi dei fondi contrattuali) ed approvato il correlato Piano di stabilizzazione (di cui all'allegato D).

Inoltre, l'Istituto ha dato atto che con determina n. 195/DGEN del 31/07/2014, è stato adottato il "Piano triennale delle azioni positive 2014/2016" mentre è in corso di predisposizione quello relativo al periodo 2017/2019, da parte del Comitato Unico di Garanzia.

Rispetto a quanto previsto nel Piano Occupazionale 2016, approvato con determina n. 166/DGEN del 23/06/2016, come modificata con successiva determina n. 235/DGEN del 14/09/2017⁸⁹, non è stato possibile espletare alcune procedure concorsuali ed assunzioni programmate a causa dei tempi tecnici necessari di realizzazione e per le sopravvenute cessazioni, non coperte da nuove assunzioni.

Di conseguenza, si è ravvisata la necessità di riprogrammare le assunzioni e rideterminarne la tempistica nell'anno 2017.

A tal proposito, la Regione Marche, con d.g.r. n. 144 del 20/07/2017 ha approvato la determina n. 376/DEGN del 29/12/2016 concernente l'adozione del bilancio preventivo 2016, precisando che la quota parte d'incremento di costo del personale 2017, non riferibile all'effetto trascinarsi del piano occupazionale 2016, dovrà essere oggetto di valutazione in sede di autorizzazione del fabbisogno triennale di personale nel 2017-2019.

⁸⁹ Si veda la Determina n. 198/DGEN del 23/05/2017, pagg. 5-6, da cui risulta che il Piano Occupazionale 2016, è stato approvato con determina n. 166/DGEN del 23/06/2016, come modificata con successiva determina n. 235/DGEN del 14/09/2017, con cui è stato altresì approvato il Fabbisogno triennale di personale per gli anni 2017-2019 (per i presidi di Ancona, Fermo, Appignano, Amministrazione, Polo scientifico tecnologico, Casatenovo e Cosenza) e modificata la dotazione organica dell'Istituto divenuta esecutiva a seguito di approvazione da parte della Regione Marche con d.g.r. n. 1107 del 19/09/2017.

Le suddette assunzioni sono ritenute indispensabili per ottemperare ai vincoli normativi di cui alla l. n. 161/2014, in attuazione delle linee guida regionali e d.m. n. 70/2015 (al fine di garantire le linee di produzione, il volume delle prestazioni, e gli standard quali-quantitativi delle strutture ospedaliere.

Le suddette assunzioni si riferiscono ai profili di Collaboratore Professionale Sanitario infermiere e di O.S.S. , e sono finalizzate a garantire l'erogazione dei servizi sanitari aziendali essenziali ed il rispetto dei LEA, seguendo i criteri fissati dalla l.r. Marche n. 20/2000 e, vista la complessità assistenziale degli assistiti, per rispettare della normativa europea in materia di orario di lavoro.

Con particolare riferimento ai presidi marchigiani, tali assunzioni derivano dalle seguenti motivazioni⁹⁰:

- Assunzioni previste nel 2016 (compresa l'entrata in vigore a regime dei progetti speciali) non completate, pari a 718.000 euro;
- Turn over da realizzare nel 2017 al 100 per cento per le cessazioni previste;
- Assunzioni già previste in precedenza per il 2017 e riproposte nel presente piano occupazionale, per l'importo di 411.000 euro;
- Effetto trascinalamento negativo (in termini di maggiori costi) dei movimenti di cessazione ed assunzione relativi al 2016, per l'importo di 59.090 euro.

Con d.g.r. n. 766 del 04/07/2017, la Regione Marche ha approvato il Piano occupazionale 2017 dell'Istituto, limitatamente alle sedi ed ai presidi ubicati nella Regione medesima (con riferimento alla inerente spesa e programmazione)⁹¹ con espressa esclusione della parte che attiene alle n. 2 assunzioni dell'area amministrativa (e precisamente: n. 1 collaboratore amministrativo e n. 1 assistente amministrativo, di cui a pag. 7, punto c) dell'atto medesimo) relative ad anni precedenti al 2016 e non contemplate nella d.g.r. n. 146 del 20/02/2017⁹².

⁹⁰ Per ulteriori dettagli in merito alle sopra citate motivazioni, si veda la Determina n. 198/DGEN del 23/05/2017, pagg. 6-11.

⁹¹ Nel Documento istruttorio si precisa che "in riferimento al provvedimento di cui all'oggetto, in via preliminare, considerato che lo stesso comprende la programmazione del fabbisogno del POR di Casatenovo e del POR di Cosenza e che l'art. 2, c. 7, l.r. n. 21/2006 "Disposizioni in materia di riordino della disciplina dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "INRCA di Ancona" prevede che "le sedi periferiche dell'INRCA operano nel rispetto della programmazione e della normativa sanitaria delle Regioni territorialmente competenti", si precisa che la valutazione del Piano di fabbisogno è riferita esclusivamente alla Regione Marche".

⁹² "Definizione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2017".

In tale sede, la regione ha prescritto all'Istituto, in merito al Piano delle azioni positive, di procedere alla conclusione dell'iter di approvazione, in quanto requisito preliminare per procedere all'assunzione di nuovo personale, ai sensi dell'art. 6, c. 6, d.lgs. n. 165/2001.

A seguito di specifica richiesta istruttoria in merito all'avvenuto adempimento alle sopra esposte prescrizioni stabilite dalla Regione Marche, concernenti l'adozione del Piano occupazionale 2017⁹³, l'Istituto, con nota prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020, ha risposto di aver "ottemperato a quanto previsto dalla D.G.R.M. n. 766 del 04/7/2017 e, pertanto, nel corso dell'anno 2017 sono stati esclusi dalle assunzioni n. 1 collaboratore amministrativo e n. 1 assistente amministrativo. Con determina n. 278/DGEN del 17/07/2017 è stato adottato il Piano triennale delle azioni positive 2017-2019".

2.10.2 La dotazione organica

Con la sopra citata Determina n. 198/2017⁹⁴, l'INRCA ha provveduto alla variazione della dotazione organica, di cui alla determina n. 235/DGEN del 14/09/2016, apportando le modifiche di seguito elencate:

- n. 1 posto di Dirigente Medico presso l'U.O. Clinica di Medicina Interna e Geriatria in n. 1 posto di Dirigente Medico di Urologia;
- n. 4 posti di Collaboratori Professionali Sanitari infermieri cat. Ds in n. 1 posto di Collaboratore Professionale Sanitario infermiere cat. D e n. 3 posti di O.S.S. cat. Bs;
- n. 3 posti di Collaboratori Professionali Sanitari infermieri cat. D in n. 3 posti di Professionali Sanitari infermieri cat. D e n. 3 posti di O.S.S. cat. Bs;
- n. 1 posto di Dirigente Biologo in n. 1 posto di Dirigente Ingegnere;
- di re-istituire n. 1 posto di Operatore Tecnico addetto all'assistenza e di sopprimere i seguenti posti in dotazione organica (come da Allegato E):
 - n. 1 posto di Dirigente Medico presso l'U.O. Geriatria/Accettazione geriatrica d'Urgenza e Centro di ricerca invecchiamento;
 - n. 1 posto di Dirigente Medico con specializzazione in Psichiatria.

⁹³ Ns. nota prot. n. 985 del 23/04/2020.

⁹⁴ Il dettaglio della modifica di dotazione organica delle unità/teste e costi vengono rappresentati nel dettaglio all'Allegato F) di cui alla sopra citata determina n. 198/2017.

La soppressione dei due posti sopra indicati, ha comportato una riduzione al fondo della retribuzione di posizione, limitatamente alla riduzione dell'indennità di specificità medica, la quale fa riferimento all'incidenza sui fondi per la contrattazione integrativa secondo la tipologia d'incarico dei posti soppressi (art. 2, c. 72, l. n. 191/2009, art. 9 quinquies d.l. n. 78/2015 conv. in l. n. 125/2015 e art. 6-bis d.lgs. n. 165/2001).

L'Istituto ha adeguato la consistenza dei fondi contrattuali a seguito della modifica alla Dotazione Organica di cui sopra ed in base alla normativa vigente, precisando che dette modifiche non comporteranno oneri aggiuntivi (Allegato F).

La copertura dei posti vacanti è stata effettuata nel rispetto dei vincoli economici annuali stabiliti dal Budget assegnato all'Istituto con d.g.r. n. 1640/2016, nonché da disposizioni nazionali e regionali in materia.

In sede di controllo della determina n. 198/2017, la Regione ha prescritto all'Istituto, in merito alle riduzioni (evidenziate nell'Allegato F, derivanti dalla soppressione di n. 2 posti di dirigenza medica di geriatria e psichiatria, rispetto al fondo della retribuzione di posizione, e limitate all'indennità di specificità medica) che vengano effettuate facendo riferimento all'incidenza sui fondi per la contrattazione integrativa, secondo la tipologia di incarico dei posti soppressi (art. 2, c. 72, l. n. 191/2009, art. 9 quinquies, d.l. n. 78/2015, conv. in l. n. 125/2015 e art. 6-bis, d.lgs. n. 165/2001).

A seguito di specifica richiesta istruttoria in merito all'avvenuto adempimento alle sopra esposte prescrizioni stabilite dalla Regione Marche, concernenti le variazioni apportate alla dotazione organica ⁹⁵, l'Istituto, con nota prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020, "in merito alle prescrizioni contenute nella citata D.G.R.M. si precisa che: relativamente al punto concernente la decurtazione del fondo della retribuzione di posizione (all. F determina n. 198/DGEN del 23.05.2017), si precisa che la riduzione è stata operata in relazione a componenti economiche di base considerando che posti soppressi non afferivano ad incarichi di struttura".

⁹⁵ Ns. nota prot. n. 985 del 23/04/2020.

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

Anche con riferimento all'anno 2017, il Collegio Sindacale ha attestato⁹⁶ che l'INRCA ha dato attuazione agli adempimenti di cui all'art. 2, c. 72, lett. a) della l. n. 191/2009⁹⁷, 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).

Non è invece stata adempiuta la norma di legge, con riferimento al punto b), riguardante l'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 confermato quanto già attestato nel 2016: "Adottata la det. n. 291/DGEN del 09/11/2016 avente ad oggetto: "Presenza d'atto del parere di congruità della Regione Marche ed approvazione dello schema di organizzazione INRCA in ottemperanza alla d.g.r. n. 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"⁹⁸.

⁹⁶ Si veda punto 12.3 pag. 13_CE del questionario al bilancio d'esercizio 2017 - INRCA.

⁹⁷ 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".

⁹⁸ Si veda punto 12.3.1 pag. 13_CE del questionario al bilancio d'esercizio 2017 - INRCA.

2.12 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 14 del questionario, ai fini della verifica del vincolo di spesa in oggetto, per l'anno 2017, come di seguito esposto⁹⁹.

Tabella 26 - Rispetto del limite di spesa per il personale ex art. 9, c. 28, d.l. n. 78/2010 - dell'INRCA - anno 2017

TIPOLOGIA	Anno 2009	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Incidenza 2017 su 2009	Incidenza 2017 su 2015	Incidenza 2017 su 2016
Personale dipendente a tempo indeterminato	58.925.668	50.507.996	51.195.176	50.723.234	86,08%	100,43%	99,08%
Personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa	7.062.533	4.779.374	3.621.384	4.241.792	60,06%	88,75%	117,13%
Personali 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)	10.708	0	33.359	52.236	487,82%	100,00%	156,59%
Altre prestazioni di lavoro	243.996	42.254	10.390	23.259	9,53%	51,40%	223,86%
Totale costo delle prestazioni di lavoro	66.242.905	55.332.624	54.860.309	55.040.521			

Dati in migliaia di euro

Fonte: Dati relativi al questionario al bilancio di esercizio 2017 compilato dal Collegio Sindacale dell'INRCA

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

In sede di Parifica del Rendiconto regionale per l'anno 2017, 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.

⁹⁹ Si veda punto 14 pag. 14_CE del questionario al bilancio d'esercizio 2017 - INRCA.

Tabella 27 - Rispetto del limite di spesa per il personale ex art. 9, c. 28, d.l. n. 78/2010 - dell'INRCA 2017

TIPOLOGIA	Anno 2009	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Incidenza 2017 su 2009	Incidenza 2016 su 2009	Incidenza 2015 su 2009
Personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa	3.643.938	2.202.890	2.160.909	1.875.393	51%	59%	60%
Personale con contratti di formazione-lavoro, altri rapporti formativi, somministrazione di lavoro e lavoro accessorio	414.263	0	0	0		0%	0%
Totale costo prestazioni di lavoro	4.058.201	2.202.890	2.160.909	1.876.393	46%	53%	54%
di cui costo anno 2016 per assicurare attività di emergenza, urgenza e mantenimento LEA ex art. 27 l. reg. 33/2014				52.707.273			
	4.058.201			552.642	14%		

Dati in euro

Fonte: Relazione annessa alla decisione di parificazione sul rendiconto generale della Regione Marche per l'esercizio finanziario 2017

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

Il Collegio sindacale ha specificato che “nella compilazione della tabella 14 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. 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)¹⁰⁰.

Nel foglio di lavoro ANNOTAZIONE 2 è stata rappresentata una tabella di raccordo tra i due dati.

¹⁰⁰ Si veda punto 14 - pag. Annotazioni 1 - del questionario al Bilancio d'esercizio 2017 - dell'INRCA

Tabella 28 - Rispetto dei limiti di spesa per il personale ai sensi dell'art. 9, c. 28, d.l. n. 78/2010 - INRCA

TIPOLOGIA	Anno 2017
Personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa	1.876.393
Personale con contratti di formazione lavoro altri rapporti formativi somministrazione di lavoro e lavoro accessorio	
Totale costo prestazioni di lavoro	1.876.393
TABELLA QUESTIONARIO PAG 13	
Personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa	4.241.792
Personale comandato	52.236
Altre prestazioni di lavoro	23.259
TOTALE	4.317.287
DIFFERENZIALE TABELLA QUESTIONARIO - TABELLA RISPETTO DEI LIMITI	2.440.894
Voci considerate nella tabella Questionario pag 26 da escludere per il confronto	
Personale comandato	- 52.236
Altre prestazioni di lavoro (indennità suppletive e consulenze spot)	- 23.259
Spese Convenzioni di lavoro sanitarie Aziende SSR	- 160.900
Spese Convenzioni di lavoro sanitarie Università	- 361.570
Spese Convenzioni per servizi scientifici	-962.051
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	- 880.878
Convenzioni per assist.inferm. ed altre	
IRAP Personale TD non compresa nella tabella Rispetto dei limiti	
SUB TOTALE	- 2.440.894

Fonte: punto 14 - pag. Annotazioni 1 - del questionario al Bilancio d'esercizio 2017 - dell'INRCA

Elaborazione: Corte dei conti - Sezione regionale di controllo Marche

Si segnala, infine, che, nella tabella 14 il rimborso di cui al conto A.5.c.1 per l'anno 2017, relativo al personale comandato, pari a 118.786,84 euro, è stato sottratto dalla voce personale dipendente a tempo indeterminato in quanto la relativa cella non consente l'inserimento del valore negativo Il Collegio Sindacale ha verificato¹⁰¹ che l'INRCA si è avvalsa, "ai sensi dei commi 542 e 543, l. n. 208/2015¹⁰², della possibilità di indire procedure straordinarie per

¹⁰¹ Si veda punto 16 pag. 14 CE del questionario al Bilancio d'esercizio 2017 - dell'INRCA.

¹⁰² 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

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" precisando che "l'ente si è avvalso della facoltà di cui al c. 543, l. 208/15, per n. 2 O.S.S. Ai sensi della l.r. Marche n. 33/2017, sono stati stipulati nuovi contratti di lavoro flessibile in deroga ai limiti ex art. 9, c. 28, d.l. 78/2010 per personale medico, infermieristico e O.S.S. per garantire i LEA e per evitare situazioni di interruzione di pubblico servizio"¹⁰³.

La Sezione raccomanda all'Istituto 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 comunque 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 2017 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 Marche, con nota prot. n. 1179426 del 19 ottobre 2018, ha risposto che, in sede di approvazione della programmazione triennale del fabbisogno, verifica in via preventiva la consistenza del personale con rapporto di lavoro flessibile.

L'andamento del costo del personale a tempo determinato è successivamente monitorato dalle aziende attraverso le rilevazioni trimestrali del CE. Queste ultime inoltre devono evidenziare e motivare nelle determinazioni di assunzione la loro finalizzazione all'emergenza urgenza o alla garanzia dei LEA.

Il Collegio sindacale¹⁰⁴ ha rappresentato che *"l'Istituto ha precisato che, attraverso tali rapporti di lavoro, riesce a sopperire a situazioni ritenute rilevanti o urgenti al fine di garantire i livelli di assistenza, di evitare l'interruzione di pubblico servizio e, comunque, per garantire il buon andamento dell'amministrazione. Il superamento temporaneo del vincolo stabilito è dunque realizzato in tale ottica fermo restando l'azione gestionale tesa comunque ad un percorso di riequilibrio come testimoniato dal trend in diminuzione tra i vari esercizi. ...omissis Si deve comunque aggiungere che le figure professionali assunte in forme flessibile sono quasi esclusivamente di area sanitaria o assistenziale (OSS)*

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".

¹⁰³ Si veda punto 16.1 pag. 14_CE del questionario al Bilancio d'esercizio 2017 - dell'INRCA.

¹⁰⁴ Si veda quanto riportato alle pagg. 18-19 del verbale di riunione n. 2_2018 del Collegio sindacale dell'INRCA, contenente la Relazione al bilancio di esercizio chiuso al 31/12/2017.

e come tali necessarie per garantire un principio superiore che è quello del mantenimento dei livelli essenziali di assistenza. in conclusione, 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 2017 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".

2.13 Contratti di servizi

Nell'ambito delle verifiche sull'utilizzo dei contratti di servizi per eludere o meno le norme relative al contenimento della spesa di personale, il Collegio Sindacale, pur non compilando il punto 15¹⁰⁵ del questionario, ha evidenziato che i dati relativi al personale di cui alla tabella del punto 14, non sono omogenei rispetto a quelli indicati nella relazione del Direttore Generale (di cui a pag. 41) per effetto di criteri di partenza differenti quali le spese derivanti da finanziamenti specifici o comunitari, costi per l'area aggiuntiva e per la formazione. Pertanto, i dati di cui alla tabella 14 vengono riassunti direttamente dalle poste di bilancio, così come richiesto. La tabella relativa all'anno 2009 non è stata compilata in quanto disomogenea rispetto agli anni successivi di riferimento, anche per effetto dell'incorporazione del Presidio Santa Croce avvenuto nell'anno 2011 e quindi successivo al 2009. Poiché la Regione Marche ritiene che il limite del tetto del personale sia da imputarsi a livello regionale e non di singola Azienda, il Collegio ritiene che la verifica del rispetto del tetto di spesa sia più di competenza della Regione stessa e non delle singole Aziende¹⁰⁶.

2.14 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 ricorso al contratto a tempo determinato nel settore del pubblico impiego¹⁰⁷, non soltanto con

¹⁰⁵ Si veda punto 15 pag. 14_CE del questionario al bilancio d'esercizio 2017 - INRCA.

¹⁰⁶ Si veda punto 15.1 pag. 14_CE del questionario al bilancio d'esercizio 2017 - INRCA.

¹⁰⁷ "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

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)¹⁰⁸, 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. 6 marzo 2015¹⁰⁹.

Si fa presente che, la Regione Marche, con d.g.r. n. 506 del 5 agosto 2016, in sede di approvazione del Piano occupazionale per l'anno 2016, ha stabilito di approvare contestualmente i piani di riduzione del precariato predisposti dalle Aree Vaste Territoriali, a norma del d.l. 101/2013 e dal d.p.c.m. 6 marzo 2015, con la possibilità di revisione annuale in sede di predisposizione dei Piani Occupazionali 2017 e 2018. Con la medesima deliberazione, è stato inoltre dato atto del rispetto del limite massimo complessivo del 50 per cento delle risorse finanziarie disponibili, utilizzabili per le procedure di reclutamento, ex art. 35, co. 3-bis, d.lgs. n. 165/2001 ed ex art. 4, co. 6, d.l. n. 101/2013, finalizzate alle operazioni di riduzione del precariato nel rispetto del reclutamento dall'esterno¹¹⁰.

per le proroghe di contratti a termine.", si veda la Relazione sul bilancio d'esercizio dell'Azienda ospedaliera in oggetto, allegata alla deliberazione 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."

¹⁰⁸ 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.

¹⁰⁹ 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.

¹¹⁰ Si veda la d.g.r. 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

Con riferimento all'INRCA, nell'anno 2017, con determina n. 198/DGEN/2017¹¹¹ è stato rappresentato quanto segue.

- come indicato nella determina n. 247/DGEN del 25/03/2016, dalla verifica del personale in servizio con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, che ha maturato i requisiti per la stabilizzazione, ai sensi del D.P.C.M. 06/03/2015 e dell'art. 35, c. 3-bis, d.lgs. n. 165/2001 e dell'art. 4, c. 6, d.l. n. 101/2013, risultavano n. 3 O.S.S. per i quali erano già state determinate le risorse necessarie per attuare tale operazione;
- ad oggi gli aventi diritto alla stabilizzazione, presso l'Istituto, con il profilo di O.S.S. sono soltanto 2, anziché 3 (come precedentemente previsto con determina n. 235/DGEN/2017), poiché un dipendente è già stato assunto a tempo indeterminato presso altra azienda del S.S.R.;
- la Regione Marche con nota prot. n. 42075 del 17/10/2016, ha fornito indicazioni per le modalità di suddivisione del personale tra le aziende del S.S.R. al fine di avviare una procedura unica di stabilizzazione regionale per profilo;
- l'ASUR Marche Area Vasta n. 1 ha indetto una procedura selettiva, sulla scorta delle linee guida della d.g.r.m. n. 247 del 25/03/2016¹¹² (con pubblicazione dell'avviso pubblico di selezione finalizzato alla stabilizzazione del personale precario per n. 70 posti di O.S.S. presso le varie aziende del S.S.R. con scadenza il 07/03/2017, in Gazzetta Ufficiale n. 8 del 31/01/2017), che è in fase di espletamento;
- pertanto, le assunzioni previste verranno effettuate nel corso dell'anno 2017, riservandosi di modificare i suddetti numeri nel caso in cui sopraggiungano ulteriori indicazioni normative o di prassi;

esposti negli allegati da 9a) al 9e) i quali potranno essere annualmente rivisti in sede di predisposizione dei Piani Occupazionali 2017 e 2018;

9. di dare atto che il limite massimo complessivo del 50% delle risorse finanziarie disponibili, utilizzabili per le procedure di reclutamento ex art. 35 del D. Lgs 165/2001 co. 3-bis ed ex art. 4 co. 6 D.L. 101/2013, finalizzate alle operazioni di riduzione del precariato nel rispetto del reclutamento dall'esterno, è documentato per ciascuna Area Vasta nel prospetto di cui all'allegato 10; ...".

¹¹¹ Si veda la determina n. 198/DGEN del 23/05/2017 avente ad oggetto: "Presidi INRCA marchigiani - Casatenovo e Cosenza - Approvazione Piano occupazionale annuale 2017 fabbisogno triennale 2017-2018-2019 e modifica dotazione organica", pag. 9.

¹¹² Si veda la d.g.r. n. 247/2016, avente ad oggetto: "Art. 3 comma 2 lett. a) L.R. n. 13/2003 "Linee d'indirizzo alle aziende ed enti del SSR per l'applicazione del DPCM 6 marzo 2015 relativo alla disciplina delle procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario del comparto sanità".

- le risorse finanziarie disponibili necessarie per le procedure di riduzione del precariato sono pari a 64.220 euro (compresi gli oneri a carico dell'Istituto, tredicesima ed incremento dei fondi contrattuali);
- alla luce di quanto sopra esposto, si allega di seguito la tabella riepilogativa delle unità di personale, distinte per profilo, inserite nel Piano di stabilizzazione aziendale, corredate dei relativi costi (come meglio specificato nell'Allegato D della relativa determina n. 198/DGEN/2017) ed inserite nel Piano occupazionale per l'anno 2017.

Tabella 29 - Piano di stabilizzazione e riduzione del lavoro flessibile ai sensi del D.P.C.M. 06/03/2015 e della d.g.r.m. n. 247 del 25/03/2016

	Assunzioni previste nel 2016	Assunzioni previste nel 2017	Costi di stabilizzazione
Operatore socio sanitario	2	2	64.220

Fonte: Determina n. 198/DGEN del 23/05/2017

A seguito di specifica richiesta istruttoria in merito agli sviluppi delle procedure di stabilizzazione sopra esposte¹¹³, l'Istituto, con nota prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020, ha spiegato che *“le assunzioni per stabilizzazione degli OSS che erano state previste per il 2016 e 2017 sono slittate al 2018 e 2019 e l'Istituto ha assunto soltanto n. 3 OSS poiché il quarto OSS è stato assunto con l'utilizzo di una graduatoria di un concorso pubblico, come si evince dal file allegato che contiene tutte le figure stabilizzate dal 2016 al 2019 (si veda allegato n. 2 alla presente nota)”*.

L'Allegato 2 espone la seguente situazione:

Tabella 30 - Dipendenti stabilizzati dal 01/01/2016 al 31/12/2019

Descrizione Tipo Assunzione	Data Assunzione"	Qualifica
POR di Fermo	01/01/2019	n. 1 Collaboratore Prof.le Sanitario Fisioterapista
PO di Osimo	01/05/2019	n. 1 Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere
POR di Ancona	01/11/2018	n. 1 Operatore Socio Sanitario
POR di Ancona	01/01/2019	n.1 Operatore Socio Sanitario
POR di Ancona	01/01/2019	n. 1 Operatore Socio Sanitario
POR di Casatenovo	03/09/2019	n. 1 Operatore Tecnico

Fonte: Nota dell'INRCA prot. n. prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020 - All.2

Elaborazione: Sezione regionale di controllo per le Marche

¹¹³ Ns. nota prot. n. 985 del 23/04/2020.

2.15 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 2003/88¹¹⁴, sembra orientata a garantire la tutela di un diritto fondamentale, come quello ad usufruire delle ferie, l'ARAN¹¹⁵ sostiene la piena efficacia della nuova disciplina nei confronti di tutte le pubbliche amministrazioni. La Funzione Pubblica¹¹⁶ ed il Ministero dell'economia e

¹¹⁴ 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.

¹¹⁵ 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.

¹¹⁶ 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 finanze¹¹⁷ 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 2013¹¹⁸, che dal TAR della Regione Campania¹¹⁹.

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 n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 135/2012"*¹²⁰.

Con riferimento all'INRCA, l'andamento di tale dato contabile, rispetto all'anno precedente, è riportato nel prospetto che segue:

¹¹⁷ 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.

¹¹⁸ 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.

¹¹⁹ 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.

¹²⁰ Si veda la d.g.r. 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).

Tabella 31 - Prospetto delle ferie non godute INRCA anno 2017

Anno	n. giorni di ferie	Importo ferie valore economico	IRAP +Cassa pensione + INAIL	Totale costo
2017	10.034	1.157.254,12	390.154,71	1.547.408,83
2016	9.722	1.140.984,86	383.843,24	1.524.828,20

Fonte: Bilancio d'esercizio INRCA 2017 - Allegati alla determina n. 206/DGEN del 29/06/2018

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

Al 31/12/2017, l'Istituto registra un maggior numero di giornate di ferie non fruita e da usufruire di competenza dell'anno 2017, pari a 312 giorni, con un incremento in termini di valore economico complessivo di 22.581 euro, rispetto al 31/12/2016.

Come già riscontrato nei bilanci precedenti, anche per il bilancio d'esercizio 2017, i CC.NN.LL. del Personale del Comparto del S.S.N., dell'Area Dirigenza Medica e Veterinaria del S.S.N. e dell'Area Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa del Comparto Sanità stabiliscono quanto segue:

1. Le ferie sono un diritto irrinunciabile e non sono monetizzabili;
2. In caso di indifferibili esigenze di servizio, che non abbiano reso possibile, il godimento delle ferie nel corso dell'anno, le ferie dovranno essere fruita entro il primo semestre dell'anno successivo.

Trattandosi di ferie non monetizzabili, la non fruizione delle medesime non genera in capo all'Istituto alcuna obbligazione pecuniaria verso i propri dipendenti e, pertanto, neanche l'insorgenza di debiti, ovvero di "obbligazioni a pagare ammontari determinati ad una data prestabilita", come testualmente recita a questo specifico riguardo il PC n° 19.

Ne consegue, come già sopra descritto e in analogia ai precedenti esercizi, anche in forza delle citate disposizioni regionali impartite in proposito, che non si è provveduto, in omaggio al principio di verità, ad evidenziare a Stato patrimoniale e a Conto economico la partita in esame¹²¹.

2.16 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 2017.

¹²¹ Si veda Bilancio d'esercizio INRCA 2017 - Allegati alla determina n. 206/DGEN del 29/06/2018 - pag. 224.

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. 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 2017 per complessivi euro 10.798.542;
- b) i costi della contrattazione integrativa sono compatibili con i vincoli di bilancio nell'anno 2017 e quelli derivanti dall'applicazione delle norme di legge, ai sensi di quanto previsto dall'art. 40-bis, comma 1, del d.lgs. n. 165/2001¹²².
- c) è stato rispettato la corretta costruzione dei fondi secondo quanto previsto per l'esercizio 2017 dall'art. 23, comma 2, del d.lgs. n. 75/2017.

L'Organo di revisione ha verificato che non sono state conteggiate tra le sopravvenienze passive le somme pagate nel 2017 a titolo di arretrato per competenze contrattuali pregresse.

¹²² 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 LO 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 dal Collegio sindacale in sede di compilazione del questionario.

3.1 Il bilancio di esercizio al 31 dicembre 2017

La situazione patrimoniale dell'INRCA al 31/12/2017 è rappresentata dai valori, desumibili dalla determina del Direttore Generale n. 206/DGEN del 29 giugno 2018, con la quale l'Istituto ha adottato il bilancio di esercizio 2017.

La determina sopra citata è stata approvata dalla Regione Marche con d.g.r. n. 1203 del 17 settembre 2018¹²³.

Nel questionario, l'Organo di revisione ha attestato che i dati di bilancio, indicati nel prospetto di Stato patrimoniale al 31/12/2017, concordano con i dati corrispondenti inseriti nel modello S.P. allegato alla N.I., così come previsto dal d.lgs. n. 118/2011¹²⁴.

Nei prospetti che seguono si riportano i dati di sintesi della situazione patrimoniale rappresentata dal Collegio sindacale nella Relazione al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA.

¹²³ Si veda la d.g.r. n. 1203/2018, avente ad oggetto: "Controllo atti. L.R. n. 26/96, art. 28. Determina del Direttore Generale dell'INRCA n. 206 del 29.06.2018 "Adozione bilancio d'esercizio anno 2017". Approvazione parziale, limitata alla parte relativa

alle sedi e ai presidi ubicati nella Regione Marche e alla inerente spesa e programmazione".

¹²⁴ Si veda il punto 1, pag. 16_SP, "Parte Terza – Stato Patrimoniale" questionario al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA.

Tabella 32 - Prospetto di sintesi di Stato patrimoniale - INRCA al 31/12/2016 e 31/12/2017

Stato Patrimoniale	Bilancio di esercizio (2017)	Bilancio d'esercizio (2016)	Differenza	Diff. %
Immobilizzazioni	35.944.578	36.762.345	- 817.767	-2%
Attivo circolante	81.415.735	51.434.708	29.981.027	58%
Ratei e risconti	37.794	1.100.075	- 1.062.281	-97%
Totale attivo	117.398.108	89.297.128	28.100.980	31%
Conti d'ordine	0	0	0	
Patrimonio netto	49.046.006	31.264.221	17.781.785	57%
Fondi	16.331.065	14.165.221	1.715.799	12%
T.F.R.	0,00	0,00	0,00	
Debiti	51.823.517	43.227.506	8.596.011	20%
Ratei e risconti	197.520	190.135	7.385	4%
Totale passivo	117.398.108	89.297.128	28.100.980	31%
Conti d'ordine	0	0	0	

Fonte: Relazione del Collegio Sindacale al bilancio d'esercizio dell'INRCA allegata al verbale di riunione n. 2_2018 Elaborazione: Corte dei conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

La determina di approvazione del bilancio d'esercizio dell'Istituto espone la seguente situazione patrimoniale attiva al 31/12/2017:

Stato Patrimoniale	Bilancio d'esercizio (2017)
Immobilizzazioni	35.944.578,05
Attivo circolante	81.415.735,39
Ratei e risconti	37.794,37
Conti d'ordine	==
Totale Attivo	117.398.107,81

e la seguente situazione patrimoniale passiva al 31/12/2017:

Stato Patrimoniale	Bilancio d'esercizio (2017)
Patrimonio netto	49.046.006,20
Fondi	16.331.065,44
T.F.R.	0,00
Debiti	51.823.516,64
Ratei e risconti	197.519,53
Conti d'ordine	==
Totale Passivo	117.398.107,81

Fonte Determina n. 206 del 29.06.2018 dell'INRCA
Elaborazione: Corte dei conti - Sezione regionale di controllo per le Marche

3.2 Le immobilizzazioni

Con riferimento alle immobilizzazioni, il questionario pone l'attenzione sulle modalità con le quali le stesse sono state acquistate dall'INRCA.

Il Collegio sindacale ha attestato che l'Istituto ha acquisito immobilizzazioni 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)¹²⁵.

In sede istruttoria, è stato chiesto, con riferimento alle immobilizzazioni acquistate con contributi in conto capitale da Regione o con forme di finanziamento degli investimenti ad essi assimilate dal d. lgs. n. 118/2011, di riferire a quali modalità di acquisizione è stato fatto ricorso precisando altresì per quali tipologie di cespiti nonché il relativo importo.

A seguito di specifica richiesta istruttoria al riguardo¹²⁶, l'Istituto, con nota prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020, ha fatto rinvio a quanto riportato nell'Allegato 1 della medesima nota, come sposto nella tabella che segue.

Anno Competenza	Tipologia di cespiti	Modalità di acquisizione	Importo
2017	Altri beni	Affidamento diretto ai sensi dell'art. 36 comma 2 lettera a) del Dlgs n. 50/2016 e smi	1.360,04
2017	Altri beni	Procedura aperta ai sensi dell'art. 60 del Dlgs n. 50/2016 e smi	36.775,79
2017	Altri beni	Procedura negoziata ai sensi dell'art. 63 comma 2 lettera b) punto 2 del Dlgs n. 50/2016 e smi	9.028,00
2017	Altri beni	Procedura sottosoglia ai sensi dell'art. 36 comma 2 lettera b) del Dlgs n. 50/2016 e smi	24.673,55
2017	Altri impianti e macchinari	Affidamento diretto ai sensi dell'art. 36 comma 2 lettera a) del Dlgs n. 50/2016 e smi	1.659,20
2017	Altri impianti e macchinari	Procedura aperta ai sensi dell'art. 60 del Dlgs n. 50/2016 e smi	49.776,06
2017	Altri impianti e macchinari	Procedura negoziata ai sensi dell'art. 63 comma 2 lettera b) punto 2 del Dlgs n. 50/2016 e smi	8.967,00
2017	Arredi sanitari	Affidamento diretto ai sensi dell'art. 36 comma 2 lettera a) del Dlgs n. 50/2016 e smi	23.472,80
2017	Arredi sanitari	Procedura sottosoglia ai sensi dell'art. 36 comma 2 lettera b) del Dlgs n. 50/2016 e smi	17.985,36
2017	Mobili ed arredi generici	Procedura sottosoglia ai sensi dell'art. 36 comma 2 lettera b) del Dlgs n. 50/2016 e smi	54.494,65

¹²⁵ Si veda la domanda di cui al punto 2 pag. 16_SP del questionario al bilancio di esercizio 2017 dell'INRCA.

¹²⁶ Ns. nota prot. n. 985 del 23/04/2020.

2017	Attrezzature sanitarie	Affidamento diretto ai sensi dell'art. 36 comma 2 lettera a) del Dlgs n. 50/2016 e smi	902,80
2017	Attrezzature sanitarie	Procedura aperta ai sensi dell'art. 60 del Dlgs n. 50/2016 e smi	282.842,36
2017	Attrezzature sanitarie	Procedura negoziata ai sensi dell'art. 63 comma 2 lettera b) punto 2 del Dlgs n. 50/2016 e smi	1.357.585,56
2017	Attrezzature sanitarie	Procedura sottosoglia ai sensi dell'art. 36 comma 2 lettera b) del Dlgs n. 50/2016 e smi	224.301,22
2017	Automezzi	Adesione convenzione Consip	37.890,44
2017	Brevetti	Affidamento diretto ai sensi dell'art. 36 comma 2 lettera a) del Dlgs n. 50/2016 e smi	610,00
2017	Concessioni diritti, licenze	Affidamento diretto ai sensi dell'art. 36 comma 2 lettera a) del Dlgs n. 50/2016 e smi	7.435,08
2017	Concessioni diritti, licenze	Procedura negoziata ai sensi dell'art. 63 comma 2 lettera b) punto 2 del Dlgs n. 50/2016 e smi	73.200,00
2017	Concessioni diritti, licenze	Adesione convenzione Consip	54.049,97
2017	Concessioni diritti, licenze	Procedura aperta ai sensi dell'art. 60 del Dlgs n. 50/2016 e smi	287.220,88
2017	Concessioni diritti, licenze	Procedura sottosoglia ai sensi dell'art. 36 comma 2 lettera b) del Dlgs n. 50/2016 e smi	64.245,65
	Totale		2.618.476,41

Fonte: Nota dell'INRCA prot. n. prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020 – All. 1

Elaborazione: Sezione regionale di controllo per le Marche

L'ammortamento dei tali beni è stato sterilizzato tramite lo storno a Conto economico delle quote di tali contributi, commisurate all'ammortamento dei cespiti cui si riferiscono¹²⁷.

In sede istruttoria, è stato chiesto¹²⁸, con riferimento alle domande del questionario al bilancio d'esercizio 2017 (punti n. 2.1, 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3., 2.2.4, 3.1 e 4)¹²⁹ che risultano non compilate, le ragioni di tale scelta.

L'Istituto, con nota prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020, ha risposto 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 2017 e in considerazione del fatto che il questionario

¹²⁷ Si veda la domanda di cui al punto 2.1 pag. 16_SP del questionario al bilancio di esercizio 2017 dell'INRCA.

¹²⁸ Ns. nota prot. n. 985 del 23/04/2020.

¹²⁹ Le domande sono le seguenti: "2.2 Nel caso di cessione di beni acquisiti tramite contributi in conto capitale da Regione o con forme di finanziamento degli investimenti ad esse assimilate:

2.2.1 Laddove si sia prodotta una minusvalenza, la minusvalenza è stata sterilizzata stornando a provento una quota del contributo commisurata alla minusvalenza stessa?

2.2.2 Laddove si sia prodotta una plusvalenza, la plusvalenza è stata è stata direttamente iscritta in una riserva del Patrimonio netto, senza influenzare il risultato economico dell'esercizio?

2.2.3 I proventi derivanti dalle dismissioni sono stati destinati a nuovi investimenti?

2.2.4 È stata rispettata la regola contabile per la quale il nuovo acquisto può essere effettuato solo successivamente all'incasso dei proventi della dismissione (D.M. 17 settembre 2012 "I Bilanci delle aziende", Documento I, Sterilizzazione degli ammortamenti, cap. 5, pag. 9).

3.1 Il Collegio sindacale ha verificato che non siano stati sterilizzati gli ammortamenti delle immobilizzazioni acquisite con mutuo.

4. Per i beni la cui acquisizione sia stata finanziata con l'utile d'esercizio, il Collegio ha verificato che gli ammortamenti non siano stati sterilizzati".

imponendo 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 2017 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”.

Nell'anno 2017, l'Istituto non ha acquistato cespiti tramite la stipulazione di **mutui**¹³⁰.

Il sistema informativo aziendale associa a ciascun cespite la relativa fonte di finanziamento, quale base per l'identificazione degli ammortamenti da sterilizzare¹³¹.

Le immobilizzazioni, eccezion fatta per quelle acquistate nell'esercizio 2017, utilizzando **contributi in conto esercizio**, sono state ammortizzate sulla base dei coefficienti previsti dall'allegato 3, d. lgs. n. 118/2011¹³².

I cespiti acquistati dall'INRCA nel 2017, con contributi in conto esercizio, sono stati ammortizzati sulla base dei coefficienti previsti dall'allegato 3, d. lgs. n. 118/2011, provvedendo nel contempo a stornare dal conto esercizio al conto capitale la quota di contributo utilizzato¹³³.

3.2.1 Gli ammortamenti - Disciplina generale ex art. 29, comma 1, lett. b), del d.lgs. n. 118/2011

Con riferimento alla normativa relativa agli ammortamenti, il sopra citato allegato 3 del d. lgs. n. 118/2011, al punto 4.18, prevede quanto segue: “Come possibile riferimento per la definizione del piano di ammortamento, si applicano i coefficienti di ammortamento previsti nei “Principi e regole contabili del sistema di contabilità economica delle amministrazioni pubbliche”, predisposto dal Ministero dell'economia e delle finanze-Ragioneria Generale dello Stato, e successivi aggiornamenti, di seguito riportati per le principali tipologie di beni:

¹³⁰ Si veda la domanda di cui al punto 3 pag. 16_SP del questionario al bilancio di esercizio 2017 dell'INRCA.

¹³¹ Si veda la domanda di cui al punto 5 pag. 16_SP del questionario al bilancio di esercizio 2017 dell'INRCA.

¹³² Si veda la domanda di cui al punto 6 pag. 16_SP del questionario al bilancio di esercizio 2017 dell'INRCA.

¹³³ Si veda la domanda di cui al punto 7.b pag. 16_SP del questionario al Bilancio di esercizio 2017 dell'INRCA.

Tabella 33 - Aliquote di ammortamento ai sensi dell'Allegato 4/3, d. lgs. n. 118/2011

<i>Tipologia di beni</i>	<i>Coefficiente annuo</i>	<i>Tipologia di beni</i>	<i>Coefficiente annuo</i>
<i>Mezzi di trasporto stradali leggeri</i>	20%	<i>Equipaggiamento e vestiario</i>	20%
<i>Mezzi di trasporto stradali pesanti</i>	10%		
<i>Automezzi ad uso specifico</i>	10%	<i>Materiale bibliografico</i>	5%
<i>Mezzi di trasporto aerei</i>	5%	<i>Mobili e arredi per ufficio</i>	10%
<i>Mezzi di trasporto marittimi</i>	5%	<i>Mobili e arredi per alloggi e pertinenze</i>	10%
<i>Macchinari per ufficio</i>	20%	<i>Mobili e arredi per locali ad uso specifico</i>	10%
<i>Impianti ed attrezzature</i>	5%	<i>Strumenti musicali</i>	20%
<i>Hardware</i>	25%	<i>Opere dell'ingegno - Software prodotto</i>	20%
<i>Fabbricati civili ed uso abitativo commerciale istituzionale</i>	2%		

Fonte: Allegato n. 4/3 al d. lgs. n. 118/2011 applicato per il 2018 "Principio contabile applicato concernente la contabilità economico-patrimoniale degli enti in contabilità finanziaria" - punto 4.18: "Quote di ammortamento dell'esercizio".

Gli enti hanno la facoltà di applicare percentuali di ammortamento maggiori di quelle sopra indicate, in considerazione della vita utile dei singoli beni. La tabella sopra riportata non prevede né i beni demaniali né le immobilizzazioni immateriali. Ai fabbricati demaniali si applica il coefficiente del 2 per cento, mentre a tutti gli altri beni demaniali si applica il coefficiente del 3 per cento, comprese le infrastrutture demaniali. Alle infrastrutture non demaniali si applica il coefficiente del 3%, mentre ai beni immateriali si applica il coefficiente del 20 per cento.

Fermo restando il principio generale in base al quale l'ammortamento va commisurato alla residua possibilità di utilizzazione del bene, come regola pratica per la determinazione del coefficiente d'ammortamento per il primo anno di utilizzo del bene, si può applicare una quota del coefficiente pari a tanti dodicesimi quanto sono i mesi di utilizzo del bene, a decorrere dalla data in cui il bene risulta essere pronto per l'uso".

Con riguardo all'INRCA, il Collegio Sindacale ha attestato che le immobilizzazioni, eccezion fatta per quelle acquisite nell'esercizio 2017, utilizzando i contributi in conto esercizio, sono state ammortizzate applicando i coefficienti previsti dall'allegato 3 del d.lgs. n. 118/2011¹³⁴, mentre non risulta se, tra le stesse vi siano cespiti ammortizzati sia per il 100 per cento del loro valore, ai sensi dell'art. 29, c. 1, lett. b), d. lgs. n. 118/2011¹³⁵.

¹³⁴ Si veda domanda di cui al punto 7.a pag. 16 del questionario al bilancio di esercizio 2017 dell'INRCA.

¹³⁵ 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):

a) il costo delle rimanenze di beni fungibili è calcolato con il metodo della media ponderata;

I costi per ammortamenti, come contabilizzati al 31/12/2017, hanno registrato una lieve flessione rispetto all'anno precedente, come di seguito illustrato¹³⁶:

Tabella 34 - Andamento costo per ammortamenti nel periodo 2016-2017

Costi della produzione	2016	2017	Differenza 2017/2016	Var.% 2017/2016
Ammortamenti	3.464.455	3.581.656	-117.201	-3.27%

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA

Elaborazione: Corte dei conti - Sezione regionale di controllo Marche

Le aliquote di ammortamento sopra indicate sono ritenute rappresentative dell'obsolescenza e del deperimento dei beni. L'ammortamento è stato calcolato sui beni rientranti nel "Patrimonio indisponibile" dell'azienda al 31/12/2017; non è stato invece calcolato alcun ammortamento sui beni catalogati come "disponibili" al 31/12/2017.

Pur essendo gli ammortamenti stati effettuati in base alle aliquote indicate dal d.lgs. n. 118/2011 (tabella allegato n. 3), dalle quali l'Istituto non si è discostato, rappresenta un'eccezione l'immobile di Casatenovo¹³⁷, per il quale di seguito si riepilogano le aliquote applicate: Edifici: 3 per cento (eccetto per Casatenovo - Lombardia 6,5 per cento); impianti e macchinari: 12,5 per cento; attrezzature sanitarie: 20 per cento; mobili e arredi: 12,5 per cento; automezzi: 25 per cento; altri beni materiali: 20 per cento.

Di seguito si riporta lo schema di raffronto delle differenti aliquote:

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".

¹³⁶ Si veda quanto riportato alla pag. 18 del verbale di riunione n. 2_2018 del Collegio sindacale dell'INRCA, contenente la Relazione al bilancio di esercizio chiuso al 31/12/2017.

¹³⁷ Si veda la Relazione del Collegio Sindacale al bilancio d'esercizio dell'INRCA allegata al verbale di riunione n. 2_2018, pag. 18.

Tabella 35 - Aliquote di ammortamento INRCA 2017

Immobilizzazioni materiali	Aliquota indicata nel D. Lgs. 118/2011	Aliquota utilizzata dall'azienda
Edifici	3%	3% - (6,5% solo Regione Lombardia)
Impianti e macchinari	12,5%	12,5%
Attrezzature sanitarie	20%	20%
Mobili e arredi	12,5%	12,5%
Automezzi	25%	25%
Altri beni materiali	20%	20%

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA

Elaborazione: Corte dei conti - Sezione regionale di controllo Marche

Per i cespiti acquistati nell'anno, ci si è avvalsi della facoltà di dimezzare forfettariamente l'aliquota normale di ammortamento nel primo esercizio.

Per i cespiti di valore inferiore a 516,46 euro, non ci si è avvalsi della facoltà di ammortizzare integralmente il bene nell'esercizio in cui il bene è divenuto disponibile e pronto per l'uso¹³⁸.

In ossequio alla Circolare n. 531549 del 18/09/2009 della Regione Marche, nella quale si dispone di non procedere alla sterilizzazione degli ammortamenti per i "beni indisponibili", seppur in presenza di rilevazione costante degli stessi, l'INRCA anche nel 2017, non ha proceduto alla sterilizzazione degli ammortamenti relativi all'immobile sede del Por di Ancona, per la quota parte riferita al relativo valore al momento della sua collocazione tra i beni indisponibili (anno 2009) (seppur lo stesso venga impiegato per lo svolgimento dell'attività istituzionale sanitaria), lasciando il costo di tali ammortamenti a carico del bilancio aziendale. Alla stregua di quanto sopra esposto, il valore di detti ammortamenti "netti", ovvero non derivabili anche dal valore delle aree sottostanti, per l'anno 2017 risulta quantificato nell'importo di 240.393 euro. Tale calcolo è stato reso possibile in quanto, in sede di bilancio d'esercizio 2016, si è proceduto allo scorporo del terreno sottostante l'immobile sede del presidio di Ancona ricorrendo, per la sua valutazione, al metodo "forfettario", secondo quanto prevede l'art. 36, comma 7, del d.l. 4 luglio 2006, n. 223 che si riporta: "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 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

¹³⁸ Si veda la Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 (pag. 45) dell'INRCA.

per cento del costo complessivo stesso. Per fabbricati industriali si intendono quelli destinati alla produzione o trasformazione di beni”.

In merito invece al valore degli altri fabbricati strumentali iscritti a bilancio, si evidenzia che non si è ritenuto di procedere a scorpori, al fine dell’individuazione delle quote di ammortamento nette, in quanto gli ammortamenti calcolati su tali fabbricati vengono sterilizzati ai cosiddetti “costi capitalizzati”, in base alle disposizioni vigenti, producendo, pertanto una posta nel “valore della produzione” dell’Istituto che “neutralizza” il costo degli ammortamenti stessi. In quanto tali, non incidono tra le quote di deducibilità in sede fiscale¹³⁹.

3.3 I contributi in conto esercizio

I contributi in conto esercizio all’INRCA sono stati assegnati dalla Regione Marche con Decreto n. 638/2018 e dalla Regione Calabria con Decreto n. 60/2018, come successivamente modificato, con riferimento alla tabella M allegata, con e-mail del 02/07/2018 della Regione medesima. Non sono presenti contributi in conto esercizio da parte della Regione Lombardia.

Tabella 36 - Contributi in conto esercizio dell’INRCA - anno 2017

Contributi in c/esercizio	Quota capitaria	Funzioni	Altro
Contributi da Regione o P.A. per quota F.S. indistinto - REGIONE MARCHE		1.853.073	25.261.859
Contributi da Regione o P.A. per quota F.S. indistinto - REGIONE CALABRIA			2.076.855
Contributi da Regione o P.A. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA			
Contributi da Regione o P.A. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA			

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d’esercizio 2017 (punto 17, tabella 50, pag. 107) dell’INRCA

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

I contributi assegnati in conto esercizio all’INRCA ammontano complessivamente a 33.811.650 euro¹⁴⁰, quindi di importo superiore a quanto sopra esposto, in quanto tale somma comprende, oltre ai contributi in conto esercizio regionali in senso stretto, anche:

- i contributi per lo svolgimento dell’attività di ricerca corrente, erogati dal Ministero della salute per complessivi 1.395.922 euro, valore in leggera diminuzione rispetto all’anno precedente. Tale dato conferma la tendenza consolidata in questi ultimi anni di riduzione

¹³⁹ Si veda la Nota Integrativa al bilancio d’esercizio 2017 (pag. 45) dell’INRCA.

¹⁴⁰ Si veda la Nota Integrativa al bilancio d’esercizio 2017 (pagg. 108-109, tabella 51) dell’INRCA.

dei finanziamenti della ricerca corrente a favore di un sempre maggiore orientamento verso quella finalizzata;

- i contributi per lo svolgimento di progetti di ricerca finalizzati erogati per l'importo di 1.338.087 euro dal Ministero della salute, per 29.990 euro, da altri soggetti pubblici e per 1.092.834 euro, da soggetti privati.

Per i contributi legati a progetti finalizzati, in applicazione del d.lgs. n. 118/11, si provvede a registrare nell'anno di assegnazione, l'intero valore di ricavo attestato negli atti aziendali di accettazione degli stessi e parimenti ad accantonare la quota non utilizzata (residuale rispetto a quella utilizzata a copertura dei costi sostenuti nell'anno) nello specifico Fondo individuato dal decreto citato. Per quanto riguarda l'anno 2017, si sono avviati n. 13 progetti di ricerca per un totale di ricavi pari a 1.361.022,52 euro e sono state accantonate quote non utilizzate per 1.311.446,10 euro.

Il valore delle rettifiche dei contributi in conto esercizio, per quanto destinato agli investimenti, risulta d'importo a 5.649.657 euro¹⁴¹, per i seguenti presidi:

- Por Marche per l'importo di 5.630.446 euro, autorizzato dalla Regione Marche con il Decreto n. 638/2018 di cui: 3.897.522 euro, con specifico riferimento alla d.g.r. n. 1250/2017 e la differenza, per l'importo di 1.732.924 euro, con specifico riferimento alla quota del riparto del Fondo Sanitario Indistinto (riportato alla Tab. 1 del decreto n. 638/2018) non ancora utilizzata nell'esercizio, da destinare ad investimenti 2018;
- Por Calabria per l'importo di 19.211 euro.

Tabella 37 - Dettaglio rettifica contributi in conto esercizio per destinazione ad investimenti - anno 2017

Dettaglio rettifica contributi in conto 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	27.114.932	5.630.446	20,77
Contributi in c/esercizio da Regione o P.A. per quota F.S. regionale - REGIONE MARCHE	2.076.855	19.211	0,92
Contributi in c/esercizio da Regione o P.A. extra fondo	0	0	0
Contributi in c/esercizio da Regione o P.A. da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	3.639	0	0
Contributi in c/esercizio da Regione o P.A. per ricerca	0	0	0
Contributi in c/esercizio da privati	0	0	0
Totale	29.195.425	5.649.657	19,35

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 (punto 17, tabella 52, pag. 110) dell'INRCA

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

¹⁴¹ Si veda la Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 (pagg. 110, tabella 52) dell'INRCA.

Con particolare riguardo ai contributi in conto esercizio per ricerca finalizzata:

nell'esercizio si sono verificate variazioni significative, per i conti relativi ai contributi per la ricerca in particolare in corrispondenza delle voci di ricavo "Contributi da Ministero della salute per ricerca finalizzata (-55 per cento)" e "Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati" (-74 per cento). Come già ribadito, in applicazione del d.lgs. n. 118/11 per le commesse post 2011 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 citato. Per le commesse precedenti il 2011, i costi ed i ricavi vengono imputati nell'anno di conclusione del progetto. Le variazioni rispetto all'anno precedente dipendono dalle dinamiche di acquisizione di nuove commesse e dalla chiusura delle commesse antecedenti al 2012.

Con riferimento ai contributi in conto esercizio per ricerca corrente, si è registrato un valore pari a 1.395.922 euro, in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente del 4 per cento circa.

Con riguardo ai Contributi in conto esercizio da Regione Fondo Sanitario indistinto, si rileva una variazione che deriva dalle seguenti dinamiche regionali:

- per la Regione Marche, a livello residuale dopo aver assegnato il valore dei ricavi della produzione (ricovero, prestazioni sanitarie) e verificato il rispetto del Budget assegnato in termini di costo sulla base dei dati consuntivati;
- 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 2,076 mln di euro, è stato più basso rispetto al 2016. 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 ambulatoriali) e conseguentemente, in via residuale, alla voce "Contributi"¹⁴².

¹⁴² Si veda la Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 (pag. 111) dell'INRCA.

3.4 Altre informazioni relative alle immobilizzazioni materiali e immateriali

Le immobilizzazioni materiali ed immateriali sono state iscritte al costo di acquisto o di produzione, inclusi i costi accessori e l’IVA in quanto non detraibile. Sono esposte in bilancio al netto degli ammortamenti effettuati nel corso degli esercizi.

Con riferimento alle **immobilizzazioni immateriali**¹⁴³, non risultano iscritti i costi di impianto e di ampliamento, di ricerca e sviluppo.

Tra le “Acquisizioni” risulta registrato il sistema della cartella clinica informatizzata da parte di NBS srl per un importo di 287.220,88 euro.

Gli ammortamenti, come per gli esercizi precedenti, hanno riguardato concessioni, licenze, marchi e diritti simili e pertanto si è applicato un coefficiente pari alla durata legale del diritto o, in assenza, del 20 per cento.

La colonna “Dismissioni” evidenzia un minor valore netto contabile pari a 1.030.386,77 euro, costituito dalla registrazione dalle operazioni contabili di chiusura della “Casa Intelligente” che ha generato un’insussistenza dell’attivo di pari importo che non è stata oggetto di sterilizzazione.

Con riferimento alle **immobilizzazioni materiali**, le variazioni più rilevanti nella consistenza hanno riguardato¹⁴⁴:

- “Riclassificazioni” per il trasferimento ad “Immobilizzazioni in corso” di investimenti riguardanti la ricostruzione del presidio di Appignano, che nell’anno precedente erano stati erroneamente collocati tra i fabbricati indisponibili;
- tra le “Acquisizioni”, il cui totale ammonta a 3.191.478,00 euro, le componenti più rilevanti, in termini di valore, riguardano le attrezzature sanitarie per un importo di 1.360.722,13 euro¹⁴⁵;
- la colonna relativa alle “Dismissioni” evidenzia un minor valore netto contabile di 555,17 euro, costituito dalla registrazione dei seguenti eventi contabili (Consulenza fabbricati

¹⁴³ I movimenti delle immobilizzazioni immateriali sono illustrati alla tab.1, pag. 34, della Nota Integrativa al bilancio d’esercizio 2017 dell’INRCA.

¹⁴⁴ I movimenti delle immobilizzazioni materiali sono illustrati alla tab. 5, pag. 35, della Nota Integrativa al bilancio d’esercizio 2017 dell’INRCA.

¹⁴⁵ Si veda l’elenco dettagliato a pag. 36, della Nota Integrativa al bilancio d’esercizio 2017 dell’INRCA.

Appignano-Treia per 464 euro, Consulenza fabbricati Appignano per 51,17 euro) che hanno generato un'insussistenza dell'attivo di pari importo.

In bilancio sono esposti i valori aggiornati dei cespiti appartenenti al patrimonio disponibile dell'Ente¹⁴⁶.

I terreni presentano un valore contabile al 31/12/2017 pari a 2.258.064,06 euro, che resta invariato rispetto all'anno precedente, mentre i fabbricati disponibili subiscono una leggera variazione in aumento pari a 9.972,00 euro, passando dall'importo di 4.767.142,91 euro al 31/12/2016, a 4.757.170,91 euro al 31/12/2017, a seguito della capitalizzazione di una manutenzione straordinaria relativa al cespite denominato "Appartamento Falconara".

Nel corso dell'esercizio non sono state effettuate svalutazioni né rivalutazioni di immobilizzazioni materiali e/o immateriali, né sono state effettuate capitalizzazioni di costi (la voce CE "Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni" risulta pari a zero) né sono stati capitalizzati oneri finanziari.

Sulle immobilizzazioni dell'Istituto non risultano sono gravami quali ipoteche, privilegi, pegni, pignoramenti.

Inoltre, sulle immobilizzazioni iscritte in bilancio non risultano in corso contenziosi con altre aziende sanitarie, con altri enti pubblici o con soggetti privati.

Non sono presenti immobilizzazioni non iscritte nello stato patrimoniale in quanto non riconosciute come proprietà dell'azienda in seguito a contenziosi in corso con altre aziende sanitarie, con altri enti pubblici o con soggetti privati.

Non risultano invece in essere impegni significativi, assunti con fornitori per l'acquisizione di immobilizzazioni materiali, ma non ancora tradottisi in debiti¹⁴⁷.

Al 31/12/2017, risultano invece immobilizzazioni destinate alla vendita con apposito atto deliberativo aziendale ¹⁴⁸.

In particolare, le immobilizzazioni 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:

¹⁴⁶ Si veda l'elenco dettagliato a pag. 37, della Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA

¹⁴⁷ Si veda la Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 (pag. 45) dell'INRCA.

¹⁴⁸ Si veda la Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 (pag. 46) dell'INRCA.

- Determina n. 81/DGEN del 05/03/2013 (Alienazione tramite asta pubblica dell'immobile del POR INRCA di Roma, Via Cassia 1187);
- Determina 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 1187).

L'asta, al prezzo base dell'importo di 15.348.760,00 euro, è andata deserta, come risulta da verbale del 20/05/2013.

- 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 successiva determina n. 406/DGEN del 12/12/2013 è stato approvato un nuovo bando, con mandato a procedere a una nuova asta che, riproposta in data 19/03/2014, è andata deserta, come risulta da verbale di pari data.

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

Le precedenti gare, sempre al prezzo base pari a 5.291.783,89 euro, andate anch'esse deserte, erano state autorizzate con gli atti di seguito elencati:

- Determina n. 141/DGEN del 10/04/2013 (Autorizzazione all'alienazione tramite asta pubblica dell'immobile P.O.R. INRCA di Cagliari - Loc. Pirri - Via delle Cicale, 11);
- Determina n. 407/DGEN del 12/12/2013 (Riproposizione asta pubblica per l'alienazione dell'immobile P.O. INRCA di Cagliari - Loc. Pirri - Via delle Cicale, 11).

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; in particolare:

- che la vendita appare altamente probabile alla luce delle iniziative intraprese, del prezzo previsto e delle condizioni di mercato;
- che le operazioni di vendita dovrebbero 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; tuttavia anche per questo immobile non ricorrono i requisiti utili alla riclassificazione di cui detto in precedenza¹⁴⁹.

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.

3.5 Il patrimonio netto

Il Patrimonio Netto presenta, nel biennio 2016-2017, un andamento in aumento, le cui determinanti sono espone nella tabella che segue:

¹⁴⁹ Si veda la Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 (pag. 47) dell'INRCA.

Tabella 38 - Consistenza, movimentazioni e utilizzazioni delle poste del Patrimonio Netto - esercizio 2017

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	21.164.336		29.456	388.796			20.804.996
FINANZIAMENTI PER INVESTIMENTI	18.740.683		13.144.880	2.556.788	-261.455		29.067.321
RISERVE DA DONAZIONI E LASCITI VINCOLATI AD INVESTIMENTI	1.131.491		242.527	91.920			1.282.099
ALTRE RISERVE	444.964			48.886			396.078
CONTRIBUTI PER RIPIANO PERDITE	8.713.514		13.866.204		-4.976.206		17.603.512
UTILE (PERDITA) PORTATI A NUOVO	-17.968.504		-962.263				-18.930.767
UTILE (PERDITA) D'ESERCIZIO	-962.263				962.263	-1.177.232	-1.177.232
TOTALE PATRIMONIO NETTO	31.264.221		26.320.804	3.086.390	-4.275.398	-1.177.232	49.046.006

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA - tabella 32

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

Dall'esame dei dati sopra esposti, si rileva un incremento nella consistenza del Patrimonio netto, rispetto al 2016, pari a 17.781.785 euro (57 per cento), confermato altresì dalle risultanze della Relazione al bilancio del Collegio sindacale¹⁵⁰, determinato dalle componenti di seguito elencate¹⁵¹.

Nella Nota integrativa al bilancio d'esercizio 2017, sono evidenziate le principali variazioni intervenute nel Patrimonio Netto come rappresentate (tab. 32) e descritte analiticamente di seguito¹⁵².

Giroconti e riclassificazioni

Tale colonna della tabella sopra riportata, evidenzia variazioni compensative che non incidono sulla consistenza del patrimonio, e precisamente:

- 1) alla voce "Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio" si rileva il giroconto dell'importo di 9.892 euro, alle voci "Riserve da Stato (per 5.394 euro) e da Regione (per 4.498 euro) a riserva /esercizio per la quota parte cofinanziata relativa al cespite "Ricostruzione Appignano";

¹⁵⁰ Si veda la Relazione del Collegio sindacale al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA - verbale n. 2_2018 - pag. 15.

¹⁵¹ Si veda la Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 (Tab. 32 - pag. 71) dell'INRCA.

¹⁵² Si veda la Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 (pagg. 74-79) dell'INRCA.

2) alla voce "Contributi da reinvestire" risulta l'importo di 74.833 euro, da contributi da reinvestire a riserve diverse per la quota degli investimenti 2017 del Por di Casatenovo.

La riserva "Contributi da reinvestire" 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. La quota degli investimenti dell'anno viene girata alla riserva "Riserve diverse (finanziamenti per investimenti)".

In sede istruttoria, sono stati chiesti chiarimenti in merito alla riclassificazione della perdita d'esercizio 2016, pari a 962.263 euro, riportata invece alla colonna "Assegnazioni nel corso dell'esercizio", anziché alla colonna "Giroconti e Riclassificazioni" della Tabella n. 32 della Nota integrativa.

A seguito di specifica richiesta istruttoria al riguardo¹⁵³, l'Istituto, con nota prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020, ha risposto che *"trattandosi di una riclassificazione della perdita dell'anno precedente il valore andava riportato nella colonna "Giroconti e Riclassificazione", mentre per mero errore è stato inserito nella colonna "Assegnazioni nel corso dell'esercizio"*.

Con riferimento invece al giroconto di € 9.892, dalla voce contabile "Riserve da Stato e da Regione" a quella denominata "Riserva c/esercizio" per la quota parte cofinanziata relativa al cespite "Ricostruzione Appignano", l'Istituto ha spiegato che "di fatto il giroconto è stato effettuato al contrario e cioè dalla riserva in finanziamenti c/esercizio Marche (- 9.892 €) a Finanziamenti da Regione per contributo in c/capitale (+ per € 5.394) ed a Finanziamenti da Stato per contributo in c/capitale (+ per € 4.498) al fine di costituire le giuste riserve una volta che l'immobile sarà interamente ricostruito e gli ammortamenti dovranno essere correttamente sterilizzati ai rispettivi conti di riserva in relazione agli investimenti ottenuti". A tal proposito, è stata trasmessa la tabella illustrativa di tali investimenti che, nel caso specifico, sono:

¹⁵³ Ns. nota prot. n. 985 del 23/04/2020.

Fonte di Finanziamento	Importo	% rispetto al totale	Quote Cespiti 2017
Quota a carico dello Stato per contributo di cui al D.M. 11/07/2003 e successive rimodulazioni	3.596.996,67	53%	5.394
Quota a carico della Regione Marche di cui al Decreto Regione Marche n. 187 del 04/08/2017	3.000.000,00	44,21%	4.498
Cofinanziamento (riserva c esercizio)	189.315,61	2,79%	284
Totale	6.596.996 67	100%	10.176

Fonte: Nota dell'INRCA prot. n. prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020

L'Istituto ha precisato inoltre che *“a partire dal 2017 è stato svolto un ingente lavoro sulla ricognizione delle fonti di finanziamento degli investimenti anche in applicazione di quanto disposto dal Pac Area Patrimonio Netto che tra suoi obiettivi prevedeva l'implementazione della fonte di finanziamento in modo da individuare separatamente i cespiti in base alla tipologia di contributo utilizzata, tenendo conto anche degli ammortamenti e delle sterilizzazioni che ne discendono”*.

Assegnazioni nel corso dell'esercizio

Tale colonna evidenzia le variazioni si seguito elencate:

- 1) Alla voce “Fondo di dotazione” risulta l'importo di 29.456 euro, a titolo di ripristino del fondo, a seguito della ricostituzione della riserva per il valore dei cespiti acquistati con i fondi di una commessa chiusa nel 2017 ed i cui ammortamenti sono stati sterilizzati utilizzando appunto il fondo di dotazione;
- 2) Alla voce “Finanziamenti da Stato per investimenti”, risulta assegnata la somma di 1.846.757 euro, costituita dalle seguenti componenti:
 - 307.933,45 euro, per finanziamenti dal Ministero della salute (det. n. 279/DGEN/2013) relativi all'acquisto di attrezzature informatiche;
 - 162.737,63 euro, per finanziamenti dal Ministero della salute (det. n. 219/02) relativi all'acquisto di attrezzature informatiche;
 - 420.119,91 euro, per finanziamenti dal Ministero della salute (det. n. 251/DGEN/2012) riguardanti l'acquisto di attrezzature sanitarie per il Por di Ancona;

- 337.500 euro, per finanziamenti dal Ministero dell'ambiente per programma" INTERV. CONSUMO ENERGETICO ZERO" (det. n. 279/DGEN/2013) relativo al Por di Casatenovo relativo all'ultimo Sal del progetto;
- 79.678,73 euro, per finanziamenti dal Ministero della salute di cui all' art. 20 l. 67/88, d.m. 16/05/06 (det. n. 254/DGEN/13) relativi a lavori presso il Por di Fermo;
- 399.500 euro, per finanziamenti dal Ministero della salute di cui all'art. 20 l. 67/88, d.m. 16/05/06 (det. n. 15/BESE/15), relativi all'acquisto di attrezzature sanitarie scientifiche;
- 139.247,51 euro, relative alla ricostituzione delle riserve per la parte destinata agli investimenti delle commesse dell'area della ricerca finalizzata concluse nel 2017.

Con riferimento alla voce "Finanziamenti da Stato per investimenti", l'Istituto ha chiarito che *"la corretta rappresentazione dei valori dei "Finanziamenti da Stato per Investimenti", la cui somma pari ad € 1.846.767 corrisponde a quanto riportato in Nota integrativa Tab. 32 e non € 1.846.757 che era un refuso"*.

Al riguardo, è stata trasmessa la relativa tabella illustrativa, di seguito riportata:

307.933	COM 130049 per finanziamenti dal Ministero della Salute (Det. 279/DGEN/2013) per acquisto di attrezzature informatiche
162.738	COM 030018 per finanziamenti dal Ministero della Salute (Det. n. 219/02) per acquisto di attrezzature informatiche;
420.120	COM 130048 per finanziamenti dal Ministero della Salute (Det. 251/DGEN/2012) per acquisto di attrezzature sanitarie per il Por di Ancona;
337.500	COM 130079 (Det. 279/DGEN/2013) per finanziamenti dal Ministero dell'Ambiente per programma" INTERV. CONSUMO ENERGETICO ZERO" relativo al Por di Casatenovo relativo all'ultimo Sal del progetto;
79.679	COM 170054 Det. 254/DGEN/13 per finanziamenti dal Ministero della Salute di cui all' art. 20 L.67/88 DM 16/05/06 per lavori presso il Por di Fermo;
399.550	€ COM 150047 Det. n. 15/BESE/15 per finanziamenti dal Ministero della Salute di cui all' art. 20 L.67/88 DM 16/05/06 per acquisto di attrezzature sanitarie-scientifiche;
139.248	relative alla ricostituzione delle riserve per la parte destinata agli investimenti delle commesse dell'area della ricerca finalizzata concluse nel 2017
1.846.767	TOTALE

Fonte: Nota dell'INRCA prot. n. prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020

A tal proposito, l'Istituto ha aggiunto che *"la differenza dei 40 € in realtà non esiste perché c'era anche un refuso riguardo l'importo evidenziato in giallo che è pari ad € 399.550 anziché come erroneamente riportato in N.I. ad € 399.500"*.

3) Alla voce "Finanziamenti da Regione per investimenti", risulta l'importo di 5.647.316 euro, costituito come di seguito esposto:

- 2.500.000 euro, per finanziamento dalla Regione Marche (Decreto n. 55/2017 "Attuazione DGR n. 820/2017_ Finanziamento agli Enti del SSR per gli investimenti corrispondente all'autorizzato di cui alla DGR n. 1640/2016 pari ad € 47.400.000");
- 3.000.000 euro, per finanziamento dalla Regione Marche (Decreto Regione Marche n. 187 del 04/08/2017) destinato alla ricostruzione della RSR di Appignano;
- 146.958,17 euro, relativo alla ricostituzione delle riserve per la parte destinata agli investimenti della commessa denominata "Casa Intelligente", conclusa nel 2017 finanziata dalla Regione Marche;
- 357.700 euro, per la ricostituzione delle riserve per la parte destinata agli investimenti (commessa dell'area della ricerca finalizzata).

Con riferimento alla voce "Finanziamenti da Regione per investimenti" il cui importo, pari a 5.647.316 euro, risulta non corrispondente alla somma delle componenti sopra elencate, pari invece a 5.857.700 euro con una differenza di 210.384 euro, l'Istituto ha riportato "*la corretta rappresentazione dei valori dei "Finanziamenti da Regione per Investimenti", la cui somma pari a € 5.647.316 corrisponde a quanto riportato in N. I. Tab. 32. La somma delle componenti elencate in N.I. pari ad € 5.857.700 è in realtà errata in quanto c'era un refuso sull'importo evidenziato in giallo che corretto è pari ad € 357,7 anziché € 357.700*".

L'Istituto ha trasmesso la seguente tabella illustrativa.

146.958,17	relativo alla ricostituzione delle riserve per la parte destinata agli investimenti della commessa 110053 "Casa Intelligente" conclusa nel 2017 finanziata dalla Regione Marche;
2.500.000	per finanziamento da Regione Marche di cui al Decreto n. 55/2017 "Attuazione DGR n. 820/2017_ Finanziamento agli Enti del SSR per gli investimenti corrispondente all'autorizzato di cui alla DGR n. 1640/2016 pari ad € 47.400.000";
3.000.000	per finanziamento da Regione Marche Decreto Regione Marche n. 187 del 04/08/2017 destinato alla ricostruzione della RSR di Appignano
357,70	relativo alla ricostituzione delle riserve per la parte destinata agli investimenti della commessa 170024 dell'area della ricerca finalizzata
5.647.316	TOTALE

Fonte: Nota dell'INRCA prot. n. prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020 – All.2

Elaborazione: Sezione regionale di controllo per le Marche

- 4) Alla voce “Finanziamenti da altri soggetti pubblici per investimenti”, si rileva l’importo di 1.141 euro, relativo alla ricostituzione delle riserve per la parte destinata agli investimenti destinati alle commesse dell’area della ricerca finalizzata concluse nel 2017.
- 5) Alla voce “Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio”, risultano 5.649.657 euro, costituiti da:
- 1.732.924 euro relativi alla quota del riparto del Fondo Sanitario Indistinto (di cui alla Tabella 1 della d.g.r. Marche n. 638/2018), non utilizzata nell’esercizio 2017 e da destinare agli investimenti per l’anno 2018;
 - 19.211 euro, relativi al Por Calabria, pari al 100 per cento degli investimenti in c/esercizio sostenuti nel 2017 più la quota dei cofinanziamenti;
 - 3.897.522 euro per finanziamento da Regione Marche (Decreto n. 1/HTA del 19/12/2017: “Attuazione DGR 1250/17_Finanziamento agli Enti del SSR per € 39.047.522 per il programma regionale per il rinnovamento, potenziamento e innovazione del parco delle tecnologie biomediche”).
- 6) Alla voce “Finanziamenti da Regione per contributi ripiani perdite” risulta l’importo di 13.866.204 euro, costituito da:
- 11.998.267,22 euro per contributi ripiani perdite di cui al decreto R.M. n. 820/2017 con il quale la Regione Marche dà definitiva attuazione alle d.g.r. n. 456 e n. 531 del 2013, assegnando l’ultima tranche di risorse, pari a 16.009.000 euro. Le succitate d.g.r. prevedevano un accantonamento di 29.009.000 euro, di quota parte dell’utile GSA 2012 da destinare alla copertura delle perdite di bilancio maturate fino al 2012, relative ai sezionali delle Regioni con le quali l’INRCA aveva in corso dei contenziosi per il recupero delle perdite pregresse e/o la conclusione di accordi transattivi (Calabria e Sardegna). Dei suddetti 29.009.000 euro, una parte, pari a 13.000.000 euro, era stata conferita con decreto n. 41/SAN/2015 e contabilizzata nel bilancio d’esercizio 2015, mentre la somma complessiva di 11.998.267.220 euro, registrata come contributo ripiano perdite, è da riferirsi al ripiano delle perdite dei seguenti sezionali:
- a) 3.402.993.430 euro del POR di Cosenza, escluse quelle degli anni 2013-2014-2015, relative alla gestione ordinaria, coperte dai rispettivi decreti della Regione Calabria, con eccezione della quota pari a 991.069,99 euro, ancora da ricoprire;

- b) 8.595.273.790 euro per il POR di Cagliari di cui: 4.802.667.480 euro riferiti alle perdite residuali della gestione ordinaria fino all'anno 2012 (che con questa operazione risultano tutte coperte) e 3.792.607.230 euro, che rappresentano quota parte delle perdite della gestione liquidatoria, di cui rimangono ancora da ricoprire 858.742,24 euro;
- c) 1.867.935 euro, di cui al decreto Regione Calabria n. 174/2017 relativo all'annualità 2015.
- 7) Alla voce "Donazioni e lasciti" risulta la somma di 242.527 euro, costituita da:
- 23.903,48 euro, per la ricostituzione delle riserve, per la parte destinata agli investimenti delle commesse dell'area della ricerca finalizzata concluse nel 2017;
 - 218.624 euro, per la quota finanziata dalla Fondazione di Cariverona destinata all'informatizzazione della cartella clinica.
- 8) Alla voce "Utili (perdite) portati a nuovo" pari a 18.930.761 euro, è stata inserita nel corso del 2017 la perdita d'esercizio registrata nel 2016, pari a 962.263 euro.

Utilizzi per sterilizzazioni nel corso dell'esercizio

L'importo complessivo di tale voce, pari a 3.086.390 euro, si riferisce alla sterilizzazione delle quote di ammortamento 2017 relative ai cespiti acquistati mediante l'utilizzo di:

- Fondo di dotazione, per 388.796 euro;
- Contributi in c/capitale da Stato per 881.093 euro;
- Contributi in c/capitale da Regione per 658.611 euro;
- Contributi in c/capitale da altri soggetti pubblici per 3.485 euro;
- Contributi c/esercizio da Regione per 1.013.599 euro;
- Donazioni e lasciti vincolati ad investimenti per 91.920 euro;
- Riserve diverse per 48.886 euro.

Altre variazioni

L'importo complessivo di tale voce, pari a 4.725.398 euro, si riferisce alle variazioni di seguito elencate:

- 1) "Finanziamenti da Regione per investimenti" per l'importo di 261.455 euro relativo alla chiusura di crediti in c/capitale da parte della Regione (come da decreto n. 638/2018);

2) “Finanziamenti da Regione per contributi ripiani perdite” pari a 4.976.206 euro, in contropartita della chiusura dei Crediti verso la Regione Calabria, assegnati con gli atti di seguito elencati.

Tabella 39 - Contributi dalla Regione Calabria per ripiano perdite INRCA

Contributi x ripiani perdite 2009 (decr.39/10)	86.158,49
Contributi x ripiani perdite 2009 (decr.23/12)	124.123,81
Contributi x ripiani perdite 2010 (decr.78/12)	659.205,12
Contributi x ripiani perdite 2011 (decr.186/12)	821.347,40
Contributi x ripiani perdite 2011 (decr.146/13)	590.636,60
Contributi x ripiani perdite 2008 -10 Decreto 16472/14	314.863,58
Contributi x ripiani perdite 2012 D.g.r. n. 82/2014 16472/14	2.145.705,00
Contributi x ripiani perdite ex gestione liquidatoria	234.166,00
TOTALE	4.976.206,00

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA

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

Tale operazione di bilancio si è resa necessaria in quanto i suddetti ripiani si sono sovrapposti a quelli già effettuati dalla Regione Marche in attuazione di quanto disposto dalle dd.gg.rr. n. 456, 531 e 644 del 2013.

Con le sopra citate delibere, la Regione Marche aveva previsto nel 2013 l'accantonamento di propri fondi nel Bilancio regionale al fine di garantire l'equilibrio di bilancio dell'INRCA con particolare riferimento alle posizioni creditorie, che l'Ente vantava nei confronti delle Regioni Lazio, Calabria e Sardegna, riferite sia a crediti iscritti in bilancio che al ripiano delle perdite pregresse. Tutto ciò nelle more dell'attuazione dell'allora accordo sottoscritto con la Regione Lazio in data 20/12/2012, del perfezionamento di eventuali accordi transattivi con le Regioni Calabria e Sardegna e/o dell'avvio di azioni necessarie a garantire l'integrale recupero dei crediti vantati dall'INRCA nei confronti delle Regioni di cui sopra.

Dette manovre sono state approvate dal MEF nell'incontro del 07/05/2013.

Negli anni 2013-2014-2015, la Regione Marche ha conferito all'Ente la somma complessiva di 60,849 mln di euro con specifici decreti di attuazione delle dd.gg.rr. sopra citate, di cui si allega tabella riepilogativa dei conferimenti erogati ed il dettaglio delle perdite che sono state coperte,

affendenti sia alla gestione ordinaria che alla ex gestione liquidatoria¹⁵⁴ dei vari Por INRCA, come di seguito esposto.

Tabella 40 - Contributi complessivi per ripiano perdite INRCA (2013/2015)

Bilancio consuntivo 2013	GO	SEDE CONTABILE	GL	SEDE CONTABILE
Contributi rip. perdite da DGR 644/13 (183/SAN)	8.000.000	Lazio	2.997.313	Marche
Contributi rip. perdite da DGR 644/13 (20/SAN/14)	3.746.629	Calabria	12.109.502	Calabria
Contributi rip. perdite da DGR 644/13 (20/SAN/14)	1.303.371	Lazio	9.343.185	Lazio
Totale 2013	13.050.000		24.450.000	
Bilancio consuntivo 2014	GO	SEDE CONTABILE	GL	SEDE CONTABILE
Contributi rip. perdite da DGR 644/13 (92/SAN/14)	3.514.714,78	Sardegna		
Contributi rip. perdite da DGR 644/13 (92/SAN/14)	89.617,76	Calabria	6.744.741,10	Calabria
Totale 2014	3.604.332,54		6.744.741,10	
Bilancio consuntivo 2015	GO+GL	SEDE CONTABILE		
Contributi rip. perdite da DGR 644/13 (41/SAN/15)	49.821,24	Polo scientifico		
Contributi rip. perdite da DGR 644/13 (41/SAN/15)	12.861.924,58	Sardegna (ex GL)		
Contributi rip. perdite da DGR 644/13 (41/SAN/15)	268.254,18	Lazio (ex GL)		
Totale 2015	13.000.000			
TOTALE GENERALE	29.654.332,54		31.194.741,10	60.849.073,64

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA

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

Con l'esercizio 2017, è stata conferita l'ultima tranche degli accantonamenti disposti dalla Regione Marche a favore di INRCA, per l'importo di 16,009 mln di euro, di cui 11,998 mln di euro sono stati destinati alla copertura delle perdite residue e 4,010 mln di euro alla chiusura di crediti inesigibili (per l'importo di 1,934 mln di euro, alla Regione Calabria e per 2,076 mln

¹⁵⁴ Si ricorda altresì che la gestione liquidatoria era stata avviata con L. R. n. 21/2006 di riorganizzazione dell'INRCA che, all'art. 13, c. 9, prevedeva la figura del Commissario della gestione liquidatoria istituita al fine di garantire la non interferenza della precedente gestione economico-finanziaria con la nuova derivante dal processo di riordino. Detta gestione liquidatoria era finalizzata alla ricognizione dei debiti e dei crediti a tutto il 31 dicembre 2006 e alla predisposizione del relativo piano di liquidazione. Con L.R. n. 33/2014, ne è stata disposta la chiusura, a far data 31/12/2014, non sussistendo più ragioni di convenienza economica tali da giustificare il mantenimento delle due gestioni e le posizioni debitorie e creditorie della Liquidatoria sono confluite nella gestione ordinaria a far data dal 01/01/2015.

di euro, alla Regione Sardegna), ricompresi anch'essi negli accantonamenti previste nelle sopra citate dd.gg.rr. nn. 456, 531 e 644 del 2013.

Nei sopra citati atti, la Regione ha precisato altresì che, una volta perfezionati gli accordi transattivi con le Regioni Calabria e Sardegna, nonché tutti gli adempimenti attuativi dell'Accordo con la Regione Lazio e/o dell'avvio di ulteriori azioni necessarie a garantire il recupero delle posizioni creditorie vantate dall'INRCA, avrebbe provveduto all'integrale recupero degli importi stanziati e conferiti.

È stato inoltre concluso tra la Regione Marche, la Regione Calabria e l'Istituto l'accordo transattivo con il quale si prevede il riconoscimento a favore di INRCA di una somma pari a 16,5 mln di euro, a fronte della rinuncia del contenzioso pendente nei confronti della Regione Calabria per il riconoscimento delle perdite pregresse. Tale somma, come sancito dall'art. 3, c. 1, è stata corrisposta secondo le modalità di seguito esposte:

- la somma di 13,65 mln euro, entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'accordo;
- la rimanente somma di 2,85 mila euro, in 5 rate annuali dell'importo di 0,57 mln euro, ciascuna da corrispondersi a partire dall'esercizio 2019, entro il 30 giugno.

Sempre entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'accordo, la Regione Calabria si impegna a liquidare l'importo di 5.605.243 euro per le perdite già maturate, certificate e coperte con DCA n. 86/2015, n. 53/2016, n. 103/2016 e n. 174/2017 relative agli anni 2013, 2014 e 2015.

Benché concluso in data antecedente alla chiusura del bilancio d'esercizio 2017, l'accordo è stato recepito nell'esercizio 2017, con particolare riguardo a quanto previsto dalla prima parte del comma 1, dell'art. 3, dell'accordo medesimo.

Perciò, si è proceduto a:

- estinguere i crediti nei confronti della Regione Calabria per contributi ripiano perdite pari a 4.976.206 euro, di cui alla Tab. 1 perché in eccedenza dal momento che le perdite oggetto di ripiano erano già state coperte dalle operazioni straordinarie effettuate dalla Regione Marche;
- inscrivere a favore della Regione Calabria un credito per 13,650 mln di euro che sarà girocontato come debito verso la Regione Marche, nel bilancio d'esercizio 2018, in virtù di quanto disposto dalle dd.gg.rr. nn. 456, 531 e 644 del 2013 che prevedevano la restituzione alla Regione Marche delle somme introitate a seguito del perfezionamento degli accordi in itinere.

Risultato d'esercizio

Il risultato di gestione dell'esercizio è rappresentato dalla perdita d'esercizio, pari a 1.177.232 euro, imputabile al solo Por di Cosenza, che troverà copertura con apposite operazioni di copertura ripiani da parte della Regione Calabria mediante l'emanazione di decreti commissariali, come sancito nell'accordo di cui al DCA Regione Calabria del 24/05/2018 n. 118¹⁵⁵.

La tabella 33 rileva il dettaglio dei Finanziamenti (da Stato, da Regione e per contributi in c/esercizio) come effettuati negli ultimi tre esercizi (periodo 2015-2017). La consistenza finale delle singole voci è pari a quella indicata nella tabella 32.

Le tabelle 34 e 35 indicano, rispettivamente, il dettaglio delle plusvalenze da reinvestire e quello dei contributi da reinvestire.

Fondo di dotazione

Il Fondo di dotazione ha subito variazioni in diminuzione rispetto all'esercizio precedente per effetto dell'utilizzo per la sterilizzazione degli ammortamenti per l'importo di 388.796 euro.

Il Collegio sindacale ha confermato la corrispondenza dei dati patrimoniali sopra esposti nel prospetto¹⁵⁶ che segue:

Tabella 41 - Variazioni patrimonio netto INRCA 2016/2017

Patrimonio netto	anno 2017	anno 2016	Variazioni
Fondo di dotazione	20.804.996	21.164.336	-359.341
Finanziamenti per investimenti	29.067.321	18.740.683	10.326.638
Donazioni e lasciti vincolati ad investimenti	1.282.099	1.131.491	150.608
Contributi per ripiani perdite	17.603.512	8.713.514	8.889.998
Altre riserve	396.078	444.964	-48.886
Utile (perdite) portate a nuovo	-18.930.767	-17.968.504	-962.263
Utile (perdita) d'esercizio	-1.177.232	-962.263	-214.969
Totale Patrimonio netto	49.046.006	31.264.221	17.781.785

Relazione del sindacale al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA verbale n. 2/2018

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

¹⁵⁵ Si veda la Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 (pag. 79) dell'INRCA: "La tabella 33 rileva il dettaglio dei Finanziamenti (da Stato, da Regione e per contributi in c/esercizio) come effettuati negli ultimi tre esercizi (periodo 2015-2017). La consistenza finale delle singole voci è pari a quella indicata nella tabella 32."

¹⁵⁶ Si veda la Relazione del Collegio sindacale al Bilancio d'esercizio INRCA 2017, come da verbale n. 2/2018 del 26/07/2018, pag. 15.

3.6 Le rimanenze

L'INRCA utilizza il metodo della media ponderata per calcolare sia il costo delle rimanenze di beni fungibili (ai sensi dell'art. 29, c. 1, lett. a), del d.lgs. n. 118/2011)¹⁵⁷, sia il valore delle restanti rimanenze di magazzino¹⁵⁸.

Il Collegio sindacale ha attestato che, nella valutazione delle rimanenze, si è tenuto conto delle eventuali scorte di reparto e di quelle di proprietà dell'azienda, ma fisicamente ubicate presso terzi (come, per esempio, nella distribuzione in nome e per conto)¹⁵⁹. Le rimanenze relative alle scorte di reparto sono state desunte dal sistema contabile sulla base dei dati immessi dai Responsabili individuati e tracciati dal sistema.

La Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 (alla Tabella 15) conferma l'impostazione prevista dal d.m. 20/03/2013¹⁶⁰, prevedendo la distinta indicazione sia delle scorte di reparto, 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.

A tal proposito, per la prima volta sono state rilevate le scorte di reparto di tutte le UU.OO. sanitarie e non dei vari Por per un totale di 995.639 euro (di cui 972.757 euro, relativi a beni sanitari e 22.882 euro relativi a beni non sanitari). Tale registrazione contabile ha avuto un significativo effetto sul valore dei consumi dell'anno; ma tale vantaggio contabile non sarà ripetibile nel 2018.

Dall'esame della Nota Integrativa¹⁶¹, si rileva inoltre che, al 31/12/2017, 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.

¹⁵⁷ Si veda la domanda di cui al punto B) 12 pag. 17_SP del questionario al bilancio di esercizio 2017 dell'INRCA.

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."

¹⁵⁸ Si veda pag. 28 della Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA.

¹⁵⁹ Si veda la domanda di cui al punto B) 11 pag. 17_SP del questionario al Bilancio di esercizio dell'INRCA.

¹⁶⁰ 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".

¹⁶¹ Si veda pag. 51 della Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA.

La determinazione della consistenza finale delle rimanenze sanitarie e non, è stata effettuata sulla base delle stampe degli inventari di magazzino centrali e di reparto al 31/12/2017 debitamente sottoscritte e trasmesse all'UO Amministrazione e Finanza.

Il Collegio sindacale ha provveduto a verificare che l'Istituto proceda alla regolare tenuta degli inventari dei beni mobili, nonché al loro costante aggiornamento¹⁶².

In particolare, con determina n. 11/BESE del 24.04.2018, il Servizio di inventariazione è stato affidato alla ditta "Elettronica Biomedicale" che inizierà ad operare a partire dal mese di ottobre 2018¹⁶³.

A seguito di specifica richiesta istruttoria, in merito all'affidamento del sopra citato servizio di inventariazione¹⁶⁴, l'Istituto, con nota prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020, ha rappresentato che *"con determina n. 387/DGEN del 21/11/2017 è stata autorizzata 1a spesa per l'affidamento in appalto del servizio di ricognizione fisica ed etichettatura dei beni mobili dell'INRCA ed è stato dato mandato all'U.O.C. Acquisizione beni e servizi/Logistica di attivare la procedura di gara per l'affidamento del suddetto servizio.*

Con determina n. 34/BESE del 30/11/2017 e con determina n. 6/BESE del 01/02/2018 è stata autorizzata 1a procedura negoziata, da espletarsi tramite piattaforma MEPA, per l'affidamento del servizio di cui al punto precedente.

Con determina n. II/BESE del 24/04/2018 è stata aggiudicata 1a gara a procedura negoziata, espletata tramite piattaforma MEPA, per l'affidamento del servizio di ricognizione e inventariazione fisica dei beni mobili, all'impresa Elettronica Bio Medica S.p.A., via Bettini 13 - Foligno (PG), P. IVA n. 00527500540, poi acquisita dalla Althea Italia S.p.A., viale Alexandre Gustave Eiffel 13 - Roma, P. IVA n. 01244670335, per un importo complessivo di € 115.973,20 compresa IVA.

L'impresa Althea Italia S.p.A., aggiudicataria del servizio di inventario, ha iniziato lo svolgimento del servizio nel 2019 cominciando dal P.O. di Osimo per avere quanto prima un quadro aggiornato dei beni mobili durevoli in esso presenti, al fine di completare il passaggio di detto stabilimento dall'ASUR AV2 all'INRCA, come disposto dalla L.R. Marche n. 34/2017 e che tale attività si è conclusa in data 10/02/2019.

¹⁶² Si veda la domanda di cui al punto 9 pag. 16_SP del questionario al bilancio di esercizio dell'INRCA.

¹⁶³ Si veda la domanda di cui al punto 9.1 pag. 16_SP del questionario al bilancio di esercizio dell'INRCA.

¹⁶⁴ Ns. nota prot. n. 985 del 23/04/2020.

L'impresa Althea Italia S.p.A. ha poi proseguito l'attività di inventariazione occupandosi man mano delle sedi e presidi di proprietà dell'Istituto presenti nelle Regioni Marche, Lombardia, Calabria e delle strutture previste nel capitolato.

L'impresa appaltatrice ha concluso l'attività come da Relazione Tecnica sottoscritta in data 29/04/2020 ed inviata alla scrivente unità operativa dal DEC.

Con determina n. 6/GESLA DEL 26/05/2020, avente ad oggetto: "PATRIMONIO INRCA. PRESA D'ATTO DELL'INVENTARIO DEI BENI MOBILI DUREVOLI ESEGUITO PRESSO LE SEDI DI PROPRIETA' INRCA ED ADEMPIMENTI CONSEGUENTI" è stato preso atto degli esiti e dei riscontri relativi all'attività di inventario dei beni mobili durevoli eseguita dall'impresa Althea Italia S.p.A. presso le sedi di proprietà INRCA ad eccezione del presidio di Osimo dove l'inventario era già stato effettuato nel 2018. Detti esiti sono riepilogati negli allegati 1 e 2 della citata determina. Con il bilancio d'esercizio 2018 sono state effettuate le scritture contabili relative alla ricognizione inventariale eseguita nel presidio di Osimo, con il bilancio d'esercizio 2019 a seguito della conclusione dell'inventario di tutti presidi e strutture Inrca è stato fatto l'allineamento del libro cespiti aggiornato a seguito di inventario con i saldi di contabilità generale dell'intero istituto e dei singoli sezionali. Tale adempimento rientrava in uno dei vari obiettivi del PAC Immobilizzazioni che richiedeva di procedere alla realizzazione dell'inventario di tutti i beni mobili delle Aziende del SSR entro il 30/12/2019 e l'allineamento con i saldi contabili in sede di adozione bilancio d'esercizio 2019".

3.7 I beni fuori uso

Il Collegio Sindacale ha attestato che, nell'esercizio 2017, l'INRCA ha dichiarato "fuori uso ed eliminati", e conseguentemente eliminato dalle immobilizzazioni, beni per l'importo complessivo di 555.000 euro¹⁶⁵, provvedendo altresì ad accertare almeno a campione l'esistenza fisica dei principali beni materiali¹⁶⁶.

3.8 Il Risultato di esercizio 2017

Nella Relazione al bilancio d'esercizio 2017, l'Organo di revisione ha attestato che il bilancio di esercizio dell'INRCA presenta una perdita d'esercizio pari a -1.177.232 euro¹⁶⁷, con riferimento

¹⁶⁵ Si veda la domanda di cui al punto 8 pag. 16_SP del questionario al bilancio di esercizio dell'INRCA.

¹⁶⁶ Si veda la domanda di cui al punto 9.2 pag. 16_SP del questionario al bilancio di esercizio dell'INRCA.

¹⁶⁷ Si veda la Relazione del Collegio sindacale al Bilancio d'esercizio INRCA 2017, come da verbale n. 2/2018 del 26/07/2018, pag. 20.

all'Istituto nel suo complesso, da destinarsi ai sensi dell'art. 30, d. lgs n. 118/2011¹⁶⁸.

Il bilancio dell'INRCA, benché giuridicamente si configuri come un'azienda unica, ha carattere multiregionale per la presenza di presidi nelle Regioni Lombardia, Marche e Calabria, con la conseguenza che la perdita, pari a - 1.177.231,8 euro, risulta determinata come segue¹⁶⁹:

Por Cosenza - 1.177.231,80 euro

Por Marche zero

Por Casatenovo zero

Il risultato d'esercizio in questione presenta un andamento in peggioramento di 214.969 euro (pari al 22,34 per cento) della perdita dell'anno precedente, che ammontava a 962.263 euro¹⁷⁰.

Tabella 42 - Andamento dell'utile d'esercizio INRCA nel biennio 2016 - 2017

Risultato d'esercizio 2016	Risultato d'esercizio 2017	Var. importo 2016/2017	Var.% 2016/2017
-962.263	-1.177.231,80	-214.969	-22,34 %

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA

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

Dal questionario del Collegio sindacale risulta inoltre quanto di seguito esposto¹⁷¹:

¹⁶⁸ L'art. 30 del d. lgs n. 118/2011 "Destinazione del risultato d'esercizio degli enti del SSN" dispone che "c.1. L'eventuale risultato positivo di esercizio degli enti di cui alle lettere b), punto i), c) e d) del comma 2 dell'articolo 19 è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti. L'eventuale eccedenza è accantonata a riserva ovvero, limitatamente agli enti di cui alle lettere b) punto i), e c) del comma 2 dell'articolo 19, è reso disponibile per il ripiano delle perdite del servizio sanitario regionale. Resta fermo quanto stabilito dall'articolo 1, comma 6, dell'Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2013, sancita nella riunione della conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009".

¹⁶⁹ Si veda la Relazione del Collegio sindacale al Bilancio d'esercizio INRCA 2017, come da verbale n. 2/2018 del 26/07/2018, pag. 3.

¹⁷⁰ Si veda quanto riportato a pag. 5 del verbale di riunione n. 2 del 26/07/2018 del Collegio sindacale dell'INRCA, contenente la Relazione al bilancio di esercizio chiuso al 31/12/2017.

¹⁷¹ Si veda la domanda di cui al punto 15 pag. 19_SP del questionario al Bilancio di esercizio dell'INRCA 2017.

Tabella 43 - Utile d'esercizio INRCA iscritto in bilancio al 31/12/2017

Anno	Perdita d'esercizio	Eventuali somme assegnate per ripiano perdite	Quota incassata delle somme assegnate per ripiano perdite	Modalità di copertura (in caso di intervento della Regione, indicare anche gli estremi del provvedimento)	Utile o perdita corrispondente al ricalcolo degli ammortamenti	Utili portati a nuovo o perdita non ancora coperta al 31/12/2017
2017	-1.177.232	13.866.204	4.976.206	Decreto Regione Marche n. 820/2017 e Decreto Regione Calabria n. 174/2017		7.712.766
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; Decreto Regione Calabria n. 86 del 30/02/2015 per € 1.925.000		13.058.298
2014	-2.480.988	6.299.067	3.604.332	DGR Regione Calabria n. 82/2014 per € 2.145.705; Decreto n. 16472/20114 Regione Calabria per euro 314.864; Decreto n. 90/SAN del 15/09/2014 della Regione Marche per euro 3.604.333; DGR Regione Calabria n. 82/2012 per 234.166		3.818.079
2013 e prec.	-59.932.563	31.988.888	29.707.417			-27.943.675
Totale perdite non ancora coperte al 31/12/2017 (l'importo deve corrispondere alla somma delle voci A.V), A.VI) e A.VII) dello Stato patrimoniale)						2.504.487

Dati in euro

Fonte: Dati relativi al questionario al bilancio di esercizio 2017 compilato dal Collegio Sindacale dell'INRCA

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

L'andamento del risultato d'esercizio dell'Azienda è illustrato altresì apposita tabella della Nota Integrativa, di seguito riportata in sintesi¹⁷²:

Tabella 44 - Variazione consistenza risultato d'esercizio nel biennio 2016 - 2017

	Consistenza iniziale	MOVIMENTI DELL'ESERCIZIO 2017					Consistenza finale
		Giroconti e Riclassificazioni	Assegnazioni nel corso dell'esercizio	Utilizzi per sterilizzazioni nel corso	Variazioni (+/-)	Risultato di esercizio	
UTILE D'ESERCIZIO	-962.263	-	-	-	-962.263	1.177.232	1.177.232

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA - Tab. 32

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

Il Collegio sindacale ha provveduto ad accertare che i contributi per ripiano perdite corrispondano o meno alle deliberazioni regionali¹⁷³.

3.9 I crediti

In sede di controllo, questa Sezione ha provveduto a confrontare i dati relativi ai crediti,

¹⁷² Si veda la "Tabella n. 32 - Consistenza, movimentazioni e utilizzazioni delle poste di patrimonio netto", pag. 71, della Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA.

¹⁷³ Si veda la domanda di cui al punto 15.1 pag. 19_SP del questionario al bilancio di esercizio 2017 dell'INRCA.

contenuti nel questionario, con quelli riportati nei documenti di bilancio (Nota Integrativa, Relazione al bilancio d'esercizio, Prospetti ministeriali SP e CE), nonché con la Relazione al bilancio d'esercizio del Collegio Sindacale.

Dall'esame effettuato, è stata riscontrata la coerenza tra i dati sopra citati nella rappresentazione della situazione patrimoniale dell'INRCA.

Il Collegio sindacale attesta che i crediti per contributi in conto capitale dallo Stato, della Regione e da altri enti pubblici sono supportati da apposito provvedimento di assegnazione¹⁷⁴.

I crediti ammontano complessivamente a 64.650.674,87 euro, al 31/12/2017, in aumento del 75,62 per cento (27.838.130 euro) rispetto al 2016 (crediti pari a 36.812.544 euro al 31/12/2016) e sono esposti al presumibile valore di realizzo.

Tali crediti presentano scadenza entro l'anno per l'importo di 46.774.862 euro, mentre hanno scadenza oltre l'anno per la restante parte 17.875.813 euro.

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 inesigibilità¹⁷⁵.

3.9.1 I crediti verso la Regione

I Crediti verso la Regione ammontano complessivamente a 44.659.488 euro.

L'incremento complessivo, rispetto all'anno precedente, per 27.609.441 euro (162 per cento) è dovuto al saldo algebrico delle variazioni dei crediti relativi alle sotto specificate Regioni:

1) Crediti verso la Regione Marche in aumento per 21.097.443,61 euro; all'interno della suddetta variazione gli importi più significativi sono rappresentati:

- dal sorgere del credito di 16.009.000 euro, per contributi ripiano perdite come disposto con d.g.r. n. 820/2017 in attuazione dell'ultima tranche delle dd.gg.rr. nn. 456 e 531 del 2013;
- dal sorgere del credito in c/capitale per la concessione del contributo di 3.000.000 euro, come disposto con d.g.r. n. 820/2017 in attuazione della d.g.r. n. 1635/2017, che prevedeva l'assegnazione all'Ente del citato contributo per la ricostruzione della RsR di Appignano subordinatamente all'estinzione del mutuo che era stato acceso c/o Banca Marche;

¹⁷⁴ Si veda punto 13 - pag. 18_SP del questionario al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA.

¹⁷⁵ Si veda la Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA, pag. 28.

- la parte residuale per 2.088.443 euro, è il frutto di operazioni algebriche di segno opposto tra i crediti estinti e sorti nell'anno.
- 2) Crediti verso la Regione Calabria, in aumento per l'importo di 8.607.522 euro, la cui variazione è il frutto di movimenti di segno opposto, tra cui i più significativi riguardano:
- Incremento di 13.650.000 euro, in virtù di quanto sancito dall'art. 3, c. 1, dell'Accordo concluso con la Regione Calabria, e dalla stessa recepito con DCA n. 118 del 24/05/2018, da Regione Marche con d.g.r. n. 731 del 05/06/2018 e da INRCA con det. n. 175/DGEN del 12/06/2018;
 - Incremento per 1.867.934,59 euro, di cui al DCA Regione Calabria n. 174/2017, con il quale è stata ripianata la perdita di bilancio relativa all'esercizio 2015;
 - Decremento di 6.910.412 euro, a seguito della chiusura di crediti per spesa corrente considerati inesigibili, pari a 1.934.206,08 euro (gestione ordinaria più ex gestione liquidatoria) e di crediti per contributi ripiani perdite per 4.976.206,00 euro, riferiti alla copertura delle perdite ante 2012 e già oggetto di ripiano dagli stanziamenti assegnati dalla Regione Marche.
- 3) Crediti verso la Regione Sardegna in diminuzione per 2.076.527,00 euro; anche tale credito, iscritto per ricavi relativi al valore della produzione residuale, rispetto al finanziato degli anni che vanno dal 1997 al 2010 e considerato inesigibile, è stato chiuso a seguito dell'attuazione dell'ultima tranche delle sopra citate dd.gg.rr. Marche nn. 456 e 531 del 2013. Con riferimento alla classificazione di bilancio, si distinguono le componenti di seguito esposte.

I crediti verso la Regione per spesa corrente

Nell'anno 2017, l'INRCA presenta crediti nei confronti della Regione di parte corrente, complessivamente pari a 19.974.290 euro, relativi a crediti dalla Regione destinati interamente a spesa corrente¹⁷⁶.

La consistenza di tali crediti risulta in aumento del 149,55 per cento (11.970.167 euro) rispetto al 2016 (crediti pari a 8.004.123 euro al 31/12/2016).

¹⁷⁶ Si veda Allegato B - Modelli Conto economico e Stato patrimoniale - Schemi ministeriali - al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA.

I crediti relativi al 2017 rappresentano la parte più consistente dell'aggregato (17.040.854 euro, pari al 85,31 per cento), considerando l'anno di formazione.

Di seguito, si riportano i crediti regionali dell'INRCA per spesa corrente, suddivisi per anno di competenza¹⁷⁷:

Tabella 45 - Crediti verso la Regione per spesa corrente - anno 2017

Anno	Importo (migliaia di euro)	Fondo svalutazione crediti
Totale al 31/12/2017	19.974.290	0
<i>di cui relativi all'anno:</i>		
2013 e precedenti	1.072.408	
2014	514.826	
2015	1.038.715	
2016	307.487	
2017	17.040.854	

Fonte: Questionario enti del SSN – Sezione Autonomie – Bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA.

I crediti verso la Regione per incrementi a patrimonio netto

Al 31/12/2017, i crediti dell'INRCA nei confronti della Regione per versamenti a patrimonio netto ammontano a 24.685.198 euro, in aumento del 172,89 per cento (15.639.274 euro) rispetto al 2016 (crediti pari a 9.045.924 euro al 31/12/2016)¹⁷⁸.

Non risultano in essere crediti relativi ad esercizi pregressi (anni 2013 e precedenti).

I crediti relativi al 2017 rappresentano la componente più consistente di tale aggregato, pari a 20.876.935 euro (ovvero il 84,57 per cento).

Tali crediti riguardano interamente somme dovute dalla Regione per il finanziamento di investimenti.

Tabella 46 - Crediti verso la Regione per versamenti a patrimonio netto - anno 2017

Anno	Importo (migliaia di euro)	Fondo svalutazione crediti
Totale al 31/12/2017	24.685.198	0
<i>di cui relativi all'anno:</i>		
2013 e precedenti	0.00	
2014	70.955	
2015	1.925.000	
2016	1.812.308	
2017	20.876.935	

Fonte: Questionario enti del SSN – Sezione Autonomie – Bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA

¹⁷⁷ Si veda punto 14.1 – pag. 18_SP del questionario al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA.

¹⁷⁸ Si veda punto 14.2 – pag. 18_SP del questionario al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA.

La consistenza finale di tali crediti risulta pari a 26.070.388 euro, mentre la parte di crediti iscritti nell'anno 2017, a fronte di nuove assegnazioni per complessivi 22.105.226 euro, riguarda¹⁷⁹:

- incrementi dei Crediti Vs Stato per investimenti, per 1.228.291 euro;
- incremento vs Regione Marche per investimenti, per 3.000.000 euro;
- incremento vs Regione Marche per ripiano perdite, per 16.009.000 euro;
- incremento vs Regione Calabria per ripiano perdite, 1.867.935 euro.

3.9.2 I crediti verso Aziende sanitarie pubbliche

I crediti dell'INRCA verso le aziende sanitarie pubbliche, al 31/12/2017, ammontano a complessivi 9.727.212 euro, in diminuzione del 3,73 per cento (-377.285 euro) rispetto al 2016 (crediti pari a 10.104.497 euro al 31.12.2016)¹⁸⁰, deriva principalmente dalla diminuzione del Credito vs le aziende del SSR Regione Lombardia per l'importo di 76.832 euro e del Credito vs le aziende del SSR della Regione Marche per 278.607 euro, la restante diminuzione riguarda aziende ubicate al di fuori delle Regioni dove sono presenti i presidi dell'Istituto. Le risultanze dei suddetti crediti sono il frutto di un'attività di riconciliazione tra le aziende "intercompany" di ogni Regione¹⁸¹.

La componente relativa agli esercizi pregressi (anni 2013 o anteriori), che costituisce la parte più consistente dell'aggregato, ammonta a 6.291.881 euro (pari all'64,68 per cento del totale), mentre buona parte dei restanti crediti si riferisce all'anno in corso (1,879,813, pari al 19,32 per cento del totale).

Considerando la composizione dell'aggregato, tali crediti riguardano esclusivamente somme dovute da Aziende sanitarie regionali per altre prestazioni.

Quanto sopra esposto trova rappresentazione nella tabella che segue:

¹⁷⁹ Si veda la Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA, pag. 65, tab. 25.

¹⁸⁰ Si veda punto 14.3 - pag. 18_SP del questionario al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA.

¹⁸¹ Si vedano le tabelle di cui alla Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA, pagg. 55-56.

Tabella 47 - Crediti verso aziende sanitarie pubbliche - anno 2017

Anno	Importo (migliaia di euro)	Fondo svalutazione crediti
Totale al 31/12/2017	9.727.212	0
<i>di cui relativi all'anno:</i>		
2013 e precedenti	6.291.881	0
2014	369.573	
2015	317.351	
2016	868.594	
2017	1.879.813	

Fonte: Questionario enti del SSN – Sezione Autonomie – Bilancio d’esercizio 2017 dell’INRCA

Con le aziende del SSR Marche, il saldo riconciliato è pari a 1.726.889,60 euro, incluse le fatture e le note di credito “da emettere”, mentre non sono considerate le note di credito da ricevere¹⁸². L’unica Regione con la quale non è avvenuta una vera e propria riconciliazione con le aziende infragruppo è la Calabria, il cui saldo al 31/12/2017 è pari a 6.921.610 euro.

A seguito di specifica richiesta istruttoria in merito alla mancata rappresentazione in Nota Integrativa del prospetto relativo al Dettaglio crediti intraregionali per mobilità (in compensazione e non) e per altre prestazioni¹⁸³, relativo alla situazione dei rapporti di credito per singola azienda¹⁸⁴, l’Istituto, con nota prot. n. 21596/20-DG del 12 giugno 2020, ha spiegato che “il dettaglio dei rapporti di credito, rispetto agli altri enti del SSR, distintamente per singolo ente sanitario è stato inserito all’interno della Tab. 17 anziché nella tab. 24. Dalla redazione del bilancio d’esercizio 2018 si è provveduto alla corretta compilazione anche della tab. 24”.

3.9.3 Altre informazioni relative ai crediti

Ulteriori crediti dell’INRCA riguardano le voci di seguito elencate.

Crediti verso lo Stato

Tali crediti ammontano a 1.855.150 euro; registrano rispetto all’anno precedente un incremento pari a 1.193.039 euro (corrispondente al 180 per cento). L’aggregato complessivo dei Crediti vs Stato è il risultato di varie tipologie di crediti e delle variazioni registrate all’interno delle stesse, tra cui principali risultano i “Crediti verso lo Stato per investimenti”, che ammontano

¹⁸² Si veda la Nota Integrativa al bilancio d’esercizio 2017 dell’INRCA, pag. 55: “La riconciliazione delle partite creditorie intercompany è avvenuta secondo le modalità procedurali ed operative delineate dalla Regione Lombardia, mediante la produzione di appositi files pubblicati sul portale SCRIBA”. Per ulteriori dettagli, si veda tabella pag. 56.

¹⁸³ Si veda la Nota Integrativa al bilancio d’esercizio 2017 dell’INRCA, pag. 64, tab. 24.

¹⁸⁴ Ns. nota prot. n. 985 del 23/04/2020.

complessivamente a 1.503.624 euro. La variazione in aumento, rispetto all'anno precedente, pari a 1.228.291 euro, è legata ai crediti sorti nell'anno per l'importo degli acquisti/lavori effettuati nel 2017 con contributi in c/capitale relativi alle seguenti commesse per i quali sono state inoltrate ai Ministeri di competenza le rendicontazioni, come di seguito esposto¹⁸⁵.

Tabella 48 - Crediti verso lo Stato per investimenti INRCA - anno 2017

Finanz. c/capitale COM0300018 (cespiti 2017)	162.737,63
Finanz. c/capitale COM130048 (cespiti 2017)	420.119,81
Finanz. c/capitale COM140039 (90% costi 2017)	337.500,00
Finanziamento c/capitale acq.attrezz. COM130049	109.000,25
Finanziamento c/capitale acq.attrezz. COM130049	106.079,00
Finanziamento c/capitale acq.attrezz. COM170055	92.854,20
Totale	1.228.290,89

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA - pag. 53

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

I "Crediti verso il Ministero per Ricerca corrente e finalizzata", pari a 351.526 euro, presentano un decremento, rispetto al 2016, di 35.252 euro (9,11 per cento).

Il relativo saldo al 31/12/2017 è costituito, per 125.649 euro, dalla quota che rimane ancora da incassare del finanziamento 2017 per l'attività di ricerca corrente e per 225.876 euro, da crediti legati a progetti di ricerca finalizzata che saranno incassati nel corso del 2018.

Crediti verso l'Erario

Tali crediti sono contabilizzati per l'importo di 16.133 euro, in aumento di 15.341 euro rispetto al 2016 (792 euro al 31/12/2016).

I **Crediti v/altri**, pari ad un totale di 8.392.692 euro, che complessivamente diminuiscono di 602.406 euro (-6,7%), rispetto al 2016, sono costituiti da:

- Crediti v/clienti privati per 6.574.359 euro, che nello Stato Patrimoniale sono rappresentati al netto del Fondo Svalutazione Crediti, per un importo pari a 3.839.093 euro. L'aumento rispetto all'anno precedente, per l'importo di 1.140.886 euro (42,28%), deriva essenzialmente dall'emissione di fatture da emettere vs privati relative ai ricavi per progetti di ricerca finalizzata avviati nel 2017 che pesano per il 98 per cento sull'incremento totale.

A fronte di tale tipologia di crediti, è stata effettuata una svalutazione di complessivi 2.735.447,43 euro come evidenziato nella tabella relativa alle movimentazioni del Fondo Svalutazione Crediti.

¹⁸⁵ Si veda la Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA, pagg. 53.

All'interno del Fondo Svalutazione la posta di credito più rilevante è rappresentata da quella vs la società Compagnia Progetti e Costruzioni per risarcimenti, rivalsa e recupero costi del Tambroni per 2.625.769 euro, che è oggetto di svalutazione per lo stesso importo. Tale svalutazione deriva dal fatto che al termine di ogni esercizio, contestualmente alla rilevazione di un credito per azioni di rivalsa nei confronti della ditta appaltatrice dei lavori del presidio Tambroni pari al valore dei costi sostenuti nell'anno per la gestione del presidio stesso, si reputa opportuno procedere alla svalutazione del suddetto credito per pari importo, essendo con la medesima ditta ormai da tempo pendente un contenzioso.

- Crediti v/altri soggetti pubblici per l'importo di 3.852.551 euro. La diminuzione rispetto all'anno precedente di 1.866.373 euro (32 per cento circa) è principalmente legata all'incasso di quote di finanziamenti di progetti di ricerca finalizzata (progetto SCOPE, progetto STARS, progetto GOOD);
- Altri crediti diversi per l'importo di 701.048 euro, che registra un incremento di 123.082 euro (21 per cento) rispetto all'anno precedente su cui incide principalmente il sorgere di crediti vs clienti esteri legati a finanziamenti di progetti di ricerca finalizzata.

Sui crediti dell'azienda non risultano in essere gravami quali pignoramenti, ecc., né risultano in atto operazioni di cartolarizzazione dei crediti¹⁸⁶.

3.9.4 Il Fondo svalutazione crediti

La valorizzazione del Fondo Svalutazione Crediti al 31/12/2017 è stata effettuata con il metodo della svalutazione analitica e/o generica (a seconda della tipologia di credito), cioè sulla base di percentuali di non realizzo delle partite attive esistenti, distinguendo i crediti che sono oggetto di contenzioso da quelli la cui pratica è stata inoltrata all'Ufficio Legale per il recupero in quanto relativi a debitori morosi¹⁸⁷.

Tale valutazione ha evidenziato una differenza con la disponibilità dei fondi esistenti al 31/12/2017, pari a 45.543 euro. Si è ritenuto, pertanto, prudentiale accantonare tale quota al Fondo Svalutazione come indicato nella tabella allegata:

¹⁸⁶ Si veda la Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA pag. 65.

¹⁸⁷ Si veda la Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA pagg. 56 e seguenti. Le tab. 18 e 19 mettono in evidenza le movimentazioni del Fondo Svalutazioni Crediti.

Tabella 49 - Movimentazione Fondo svalutazione crediti INRCA - anno 2017

Descrizione credito	Credito	Svalutazione	%	Motivazione svalutazione
Crediti vs privati per prestazioni di consulenza	7.500,81	3.750,41	50%	Credito non scaduto - Debitore moroso - pratica Ufficio Legale
Credito vs la Compagnia Progetti e Costruzioni	27.234,26	27.234,26	100%	Credito non scaduto - Contenzioso in corso
Crediti vs privati per rette Residenza Dorica				Credito non scaduto - Debitore moroso - pratica Ufficio Legale
Anno 2014 e precedenti	6.242,75	1.872,83	30%	
Anno 2015 e precedenti	67.353,42	10.103,01	15%	
Crediti vs privati per prestazioni riabilitative Centro Diurno Alzheimer				Credito non scaduto - Debitore moroso - pratica Ufficio Legale
Anno 2015 e precedenti	17.219,00	2.582,85	15%	
	Totale	45.543,35		
Fondo svalutazione crediti al 31/12/2016		2.696.255,35		
Utilizzo del fondo nell'anno 2017		-6.351,27		
Disponibilità del Fondo svalutazione crediti al 31/12/2017		2.689.904,08		
Valorizzazione del fondo aggiornato ai crediti oggetto di svalutazione 2017		2.735.447,43		
Valorizzazione accantonamento del fondo al 31/12/2017		45.543,35		
Fondo svalutazione crediti al 31/12/2017		2.735.447,43		

Fonte: Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA, pag. 57

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

Il Fondo svalutazione, nel corso del 2017 ha subito un utilizzo per l'importo di 6.351,27 euro.

Tra i crediti con più vetusti, figura il credito dell'INRCA verso l'Asp di Cosenza, per l'importo di 3.711.186,06 euro, a fronte di fatture emesse a favore dell'allora ASL 4 di Cosenza (oggi Asp di Cosenza) per prestazioni erogate tra il 2000 e il 2003 e mai liquidate.

Tale posta patrimoniale deriva dall'ex Gestione Liquidatoria, costituita nel 2007 a seguito del processo di riordino dell'Istituto avvenuto con legge R.M. n. 21 del 21/12/2006, con lo scopo di addivenire, per il periodo antecedente il riordino, ad una gestione economico-finanziaria separata da quella riorganizzata, mediante la ricognizione dei debiti e dei crediti a tutto il 31 dicembre 2006 ed alla predisposizione del relativo piano di liquidazione.

Con il bilancio d'esercizio 2014, la Gestione Liquidatoria è stata estinta e, a far data dall'1/01/15, i saldi della stessa sono confluiti nella gestione ordinaria.

Poiché con la Regione Calabria è stato appena concluso un accordo transattivo e tombale riguardante le posizioni creditorie pregresse, potrebbe essere corretto prevedere con il prossimo bilancio d'esercizio lo stralcio anche di quest'ultima posta creditoria che, derivando da una gestione liquidatoria straordinaria, sarebbe più corretto imputare al Patrimonio netto

aziendale, anziché rilevare una perdita netta su crediti che andrebbe ingiustificatamente ad influenzare in termini negativi il risultato d'esercizio della Gestione Ordinaria del presidio di Cosenza.

Il Collegio sindacale¹⁸⁸ ha precisato che è stata definita una percentuale di svalutazione per classi omogenee di crediti rientranti tra i "Crediti vs i Privati", facendo rinvio a tal proposito alle percentuali riportate in Nota integrativa¹⁸⁹.

Sulla base di quanto sopra riscontrato, la Sezione raccomanda di procedere ad un attento monitoraggio dell'attività di recupero dei crediti.

3.10 I debiti

I Debiti dell'Istituto risultano pari a 51.823.517 euro, al 31/12/2017, registrando un aumento di 8.596.011 euro (20 per cento), rispetto al 2016.

tale variazione è riconducibile alle tipologie di debiti i cui movimenti di segno contrapposto hanno inciso sulla variazione globale, come di seguito esposto.

3.10.1 I debiti verso la Regione

Il bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA presenta debiti verso la Regione per complessivi 13.650 euro¹⁹⁰, relativi soltanto all'anno 2017, in notevole riduzione, rispetto al 2016 (1.463.707 euro, al 31/12/2016).

Tabella 50 - Debiti verso Regione - anno 2017

Debiti v/Regione Marche	
Anno	Importo (euro)
Totale al 31.12.2017	13.650
<i>di cui relativi all'anno:</i>	
2013 e precedenti	
2014	
2015	
2016	
2017	13.650

Fonte: Questionario Enti del SSN – Sezione Autonomie – Bilancio di esercizio 2017 dell'INRCA

¹⁸⁸ Si veda punto 14.4 - pag. 18_SP del questionario al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA.

¹⁸⁹ Si veda la Nota Integrativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'INRCA. tabella di cui a pag. 57.

¹⁹⁰ Si veda la domanda di cui al punto 19.1 pag. 20_SP del questionario al bilancio di esercizio 2017 dell'INRCA.

Dall'esame della Nota integrativa, si rileva che tali debiti presentano un importo pari 13.650.000 euro, registrando un incremento pari a 12.186.293 euro (832,56 per cento), sul quale hanno inciso i seguenti movimenti di segno opposto:

- l'estinzione totale di un debito verso la Regione Marche, pari a 1.463.707 euro, sorto alla fine del 2016, in base al decreto n. 421/2017, per effetto della 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 sopra citato;
- il sorgere di un debito verso la Regione Marche per l'importo di 13.650.000 euro, a titolo di restituzione delle somme anticipate dalla stessa per i ripiani delle perdite ante 2012 in attuazione delle dd.gg.rr. n. 456, 531 e 644 del 2013, che verrà chiuso con l'incasso previsto ai sensi dell'art. 3, co. 1, dell'Accordo concluso con la Regione Calabria nel maggio di quest'anno.

3.10.2I debiti verso Aziende sanitarie pubbliche

L'INRCA presenta invece debiti verso Aziende sanitarie pubbliche, per complessivi 13.682.430 euro, in aumento di 1.201.949 euro (pari al 9,63 per cento) del rispetto al 2016 (pari a 12.480.481 euro al 31.12.2016)¹⁹¹.

Dall'esame della composizione, si evince che tali debiti riguardano interamente somme dovute ad aziende sanitarie pubbliche regionali per altre prestazioni.

Con riferimento all'anno di formazione dei debiti, si rileva il permanere di debiti ante 2013 riguarda prevalentemente il debito verso l'Azienda Ospedaliera "Ospedale Riuniti di Torrette (An)"; per tale tipologia di debito sarà previsto un piano di rientro soprattutto in considerazione delle maggiori disponibilità finanziarie di cui l'Ente potrà usufruire con l'incasso da parte di Regione Marche dell'ultima tranche delle erogazioni di cui alle dd.gg.rr. nn. 456 e 531 del 2013¹⁹².

¹⁹¹ Si veda la domanda di cui al punto 19.2 pag. 20_SP del questionario al bilancio di esercizio 2017 dell'INRCA.

¹⁹² Si veda la Nota integrativa al bilancio di esercizio 2017 dell'INRCA, pagg. 99/100.

Tabella 51 - Debiti verso aziende sanitarie pubbliche - anno 2017

Anno	Importo (euro)
Totale al 31.12.2017	13.682.430
<i>di cui relativi all'anno:</i>	
2013 e precedenti	9.136.022
2014	1.540.056
2015	686.019
2016	759.735
2017	1.560.598

Fonte: Questionario Enti del SSN – Sezione Autonomie – Bilancio di esercizio 2017 dell'INRCA

L'incremento di tale aggregato è stato determinato dai debiti verso le aziende del SSR Marche, aumentati di 1.234.347 euro e dai debiti verso le aziende del SSR Calabria in aumento di 22.244 euro, mentre sono diminuiti i debiti vs le aziende del SSR Lombardia per l'importo di 75.977 euro.

Il restante decremento si riferisce ad aziende di Regioni diverse da quelle dove sono presenti altri presidi INRCA ed ha riguardato debiti contratti per l'acquisizione di prestazioni sanitarie in regime di regolazione diretta.

Si riepilogano di seguito le risultanze dei debiti con le Aziende del SSR.

Regione Marche: le partite debitorie "intercompany" sono state oggetto di riconciliazione come da tabella che segue¹⁹³:

Tabella 52 - Debiti dell'INRCA verso il SSR- anno 2017

DEBITI VERSO IL SSR MARCHE AL 31/12/2017	DEBITO	FATT. DA EMETTERE	NOTE DEBITO DA RICEVERE
ASUR			
AV1 - Z.T. 1 PESARO	103,60	-	-
AV2 - Z.T. 2 URBINO	-	-	-
AV2 - Z.T. 3 FANO	126,84	-	-
AV2 - Z.T. 4 SENIGALLIA	9.173,24	-	107,22
AV2 - Z.T. 5 JESI	1.831,77	-	116,88
AV2 - Z.T. 6 FABRIANO	178.364,45	-	-
AV2 - Z.T. 7 ANCONA	40.765,65	6.914,64	-
AV3 - Z.T. 8 CIVITANOVA MARCHE	109.098,02	-	-
AV4 - Z.T. 9 MACERATA	355.835,09	25.096,29	-
AV4 - Z.T. 10 CAMERINO	-	-	-
AV4 - Z.T. 11 FERMO	829.114,40	38.217,70	524,00
AV5 - Z.T. 12 S. BENEDETTO DEL TRONTO	152,89	-	-
AV5 - Z.T. 13 ASCOLI PICENO	24.1+93,22	8.142,00	-
ASUR CENTRALE - ANCONA		18.000	

¹⁹³ Allegati al bilancio di esercizio 2017 - INRCA, pag. 98.

TOTALE ASUR	1.548.759,17	96.370,63	748,10
A.O.S. SALVATORE/OO.RR. MARCHE NORD	22.441,23	27.824,61	-
OSPEDALI RIUNITI ANCONA	11.113.194,92	387.159,46	-
DEBITO	12.684.395,32		
FATT. DA EMETTERE	511.386,70		
TOTALE GENERALE INFRAGRUPPO (REGIONE ESCLUSA)	13.195.782,02		
NOTE DI DEBITO DA EMETTERE	748,10		

Fonte: Allegati al bilancio di esercizio 2017 - INRCA

Regione Lombardia: le partite debitorie “intercompany” sono state oggetto di riconciliazione come da procedura presente nel portale SCRIBA e le cui risultanze sono riportate nella tabella seguente:

Tabella 53 - Debiti dell'INRCA verso il SSR- anno 2017

DEBITI VERSO IL SSR LOMBARDIA AL 31/12/2017	DEBITO	FATT. DA EMETTERE	NOTE DEBITO DA EMETTERE
ASST DI LECCO	23.758,93	45.729,66	-
ASST DI MONZA	1.726,97	2.516,56	-
ASST DI BRIANZA	-	19.382,53	-
TOTALE	25.485,90	67.628,75	-
DEBITO	25.485,90		
FATT. DA EMETTERE	67.628,75		
TOTALE GENERALE INFRAGRUPPO (REGIONE ESCLUSA)	-		
NOTE DI DEBITO DA EMETTERE	93.114,65		

Fonte: Allegati al bilancio di esercizio 2017 - INRCA

Nel saldo non è compreso il debito verso l'Istituto NAZ.NEUROLOGICO CARLO BESTA (MI) in quanto non è stato oggetto di riconciliazione.

Regione Calabria: il saldo verso le aziende della Regione è pari a 304.039,16 euro.

Non sono state effettuate delle procedure di riconciliazione delle posizioni debitorie neanche con le Aziende del SSR Calabrese.

La tabella relativa ai “Debiti intraregionali per mobilità (in compensazione e non) e per altre prestazioni” per l'anno 2017 non è stata compilata in quanto i debiti verso le Aziende sanitarie regionale sono tutti riferibili all'acquisizione di prestazioni sanitarie in regime di regolazione diretta il cui dettaglio è già stato riportato in corrispondenza della tab. 42 “Consistenza e movimentazione dei debiti” degli allegati al bilancio d'esercizio 2017¹⁹⁴.

¹⁹⁴ Allegati al bilancio di esercizio 2017 - INRCA, pagg. 96/97.

3.10.3 Altre informazioni relative ai debiti

Ulteriori voci di debito riguardano le voci di seguito esposte.

Debiti verso lo Stato, per l'importo di 492.600 euro, relativi alla voce residuale "Debiti verso Stato per restituzione finanziamenti - per ricerca".

Tali debiti registrano un decremento pari a 1.175.475 euro (-70,47 per cento), rispetto al 2016 (1.668.057 euro al 31/12/2016, dovuto alla chiusura nel 2017 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.

Mutui passivi, per l'importo di 305.363 euro, in diminuzione pari a 2.705.497 euro, (89,96 per cento) rispetto al 2016 (3.010.849 euro al 31/12/2016).

Tale variazione è relativa al pagamento delle rate semestrali, pari a 47.545,82 euro, relative al mutuo acceso presso ex Banca Marche per l'importo di 500.000 euro (contratto nel 2013 per lavori effettuati presso il Por di Casatenovo) ed all'estinzione del debito residuo di 2.657.950,73 euro, relativo al mutuo di 3.000.000 euro (contratto nel 2015 per il rifacimento della RSR di Appignano sempre presso ex Banca Marche). Tale mutuo è stato estinto nel gennaio 2017 in attuazione della d.g.r.m. n. 1635/2016.

-debiti verso Istituto tesoriere per l'importo di 81 euro, in riduzione rispetto al 2016 (2.296 euro al 31/12/2016);

Debiti tributari per l'importo di 1.578.126 euro, in riduzione di 43.444 euro (2,68 per cento) rispetto al 2016 (1.621.571 euro al 31/12/2016).

Debiti verso istituti previdenziali, assistenziali e sicurezza sociale, per l'importo di 2.457.063 euro, in diminuzione di 29.276 euro (1,18 per cento) rispetto al 2016 (2.486.339 euro al 31/12/2016);

Debiti verso altri, per l'importo complessivo di 10.726.550, in decremento di 82.520 euro (1 per cento) rispetto al 2016 (10.809.070 euro al 31/12/2016) euro, che è dovuto a movimentazioni di segno opposto all'interno delle tipologie di debito di seguito esposte.

- Debiti v/altri finanziatori, pari a complessivi 96.138 euro, che aumentano di 77.199 euro, rispetto al 2016, a seguito dell'imputazione ad acconto di un finanziamento relativo al progetto Com100074 "MADE IN ITALY PROGETTO M101_00148" non ancora concluso;

- Debiti v/dipendenti, per l'importo di 9.528.117 euro, che diminuiscono di 169.246 euro rispetto al 2016. Tale posta debitoria accoglie le competenze relative ai residui fondi

contrattuali maturate ma non ancora pagate al 31/12/2017. Tali importi sono comprensivi degli oneri a carico dell'Ente e dell'Irap e costituiscono parte dell'incremento dell'anno. In questa voce di debito sono inoltre compresi i compensi ed i relativi oneri previdenziali ed assistenziali ed Irap, maturati nell'anno 2017 da erogare al personale, non previsti nei fondi contrattuali di cui sopra (prestazioni aggiuntive ex art. 55 CCNL 08/06/2000).

Altri debiti diversi, per l'importo di 1.100.295 euro, che aumentano di 9.527 euro, rispetto al 2016.

Di tali debiti, la maggior parte riguarda "Rilevazione debiti per realizzazione casa di riposo", per l'importo di 898.119 euro e "Debiti per ritenute a favore di terzi" per 157.463 euro.

Con riferimento al debito di 898.119 euro, si segnala che tale somma è stata contabilizzata nel 2005 nei confronti della Fondazione Falconi, a seguito della stipulazione del contratto di compravendita repertorio n. 38776 per l'acquisto dell'immobile sito nel territorio del Comune di Appignano con il quale all'art. 3) si stabiliva che: *"Il prezzo è convenuto in € 898.118...OMISSIS... che l'Ente acquirente corrisponde mediante la concessione in comodato d'uso gratuito per 99 anni dalla data di ultimazione lavori di realizzazione di locali idonei ad ospitare una Casa di Riposo di almeno 28 posti conformi agli standards previsti dalle vigenti normative statali e regionali in materia, che l'Ente acquirente stesso si impegna a realizzare e mantenere, fino a concorrenza con l'importo suddetto, a sue cure e spese, nel complesso immobiliare oggetto della presente vendita"*.

Per i **Debiti verso i fornitori**, che rappresentano la voce contabile di debiti più consistente, si rinvia al successivo paragrafo.

3.10.4 Debiti verso fornitori

Il fenomeno dei debiti verso i fornitori evidenzia la seguente evoluzione, accertata dal Collegio Sindacale:

Tabella 54 - 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
2017	8.446.007	7.073.970	1.372.037	13
2016	9.685.117	7.519.532	2.165.585	6
2015	9.132.251	7.795.403	1.336.848	8

Fonte: Questionario enti del SSN - Sezione Autonomie - INRCA - anno 2017

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 **- 13 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. 89¹⁹⁵, l'Ente ha allegato al bilancio di esercizio il prospetto attestante i pagamenti, relativi a transazioni commerciali, effettuati oltre il termine di 60 giorni, nonché l'indicatore di tempestività dei pagamenti.

La Sezione ha verificato che l'Ente ha pubblicato sul sito istituzionale l'indicatore di tempestività di pagamento di cui all'art. 33 del d.lgs. 14 marzo 2013 n. 33¹⁹⁶ e art. 9 del d.p.c.m. 22 settembre 2014¹⁹⁷ e che al 31 dicembre 2017 è pari a **-13 giorni**.

¹⁹⁵Art. 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.

¹⁹⁶Art. 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».

¹⁹⁷ Art. 9 del d.p.c.m. 22/09/2014 - Definizione dell'indicatore di tempestività dei pagamenti

1. Le pubbliche amministrazioni elaborano sulla base delle modalità di cui ai commi da 3 a 5 del presente articolo, un indicatore annuale dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture, denominato: «indicatore annuale di tempestività dei pagamenti».
2. A decorrere dall'anno 2015, le pubbliche amministrazioni elaborano, sulla base delle modalità di cui ai commi da 3 a 5 del presente articolo, un indicatore trimestrale dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture, denominato: «indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti».
3. L'indicatore di tempestività dei pagamenti di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento.
4. Ai fini del presente decreto e del calcolo dell'indicatore si intende per:
 - a. "transazione commerciale", i contratti, comunque denominati, tra imprese e pubbliche amministrazioni, che comportano, in via esclusiva o prevalente, la consegna di merci o la prestazione di servizi contro il pagamento di un prezzo;
 - b. "giorni effettivi", tutti i giorni da calendario, compresi i festivi;
 - c. "data di pagamento", la data di trasmissione dell'ordinativo di pagamento in tesoreria;
 - d. "data di scadenza", i termini previsti dall'art. 4 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192;
 - e. "importo dovuto", la somma da pagare entro il termine contrattuale o legale di pagamento, comprese le imposte, i dazi, le tasse o gli oneri applicabili indicati nella fattura o nella richiesta equivalente di pagamento.
5. Sono esclusi dal calcolo i periodi in cui la somma era inesigibile essendo la richiesta di pagamento oggetto di contestazione o contenzioso.
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.

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. 66¹⁹⁸, convertito con modificazioni in legge 23/06/2014 n. 89 è operativo il registro unico delle fatture, quale parte integrante della contabilità aziendale.

L'Organo di revisione ha dettagliato l'importo dei pagamenti effettuati nell'anno 2017 in base all'anno di emissione della fattura:

Tabella 55 - Pagamenti effettuati 2017

Pagamenti (ammontare) effettuati durante il 2017 per anno di emissione di fattura						Importo dei pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22/9/2014
Ante 2014	2014	2015	2016	2017	Totale	
45.232	908	37.968	4.788.477	18.320.775	23.193.360	1.046.454

Fonte: Questionario enti del SSN - Sezione Autonomie - INRCA- anno 2017

In merito al superamento dei termini del pagamento delle fatture, previsti dal DPCM 22/9/2014, l'importo di 1.046.454 euro, è pari al 4,51 per cento, del valore complessivo.

Ha specificato inoltre, i debiti verso i fornitori per anno di emissione della fattura:

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.

¹⁹⁸ 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;
- 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.

Tabella 56 - Debiti verso fornitori 2017

Debiti verso fornitori ancora da pagare al 31/12/2017 per anno di emissione di fattura						Totale debiti verso fornitori al 31/12/2017
Descrizione	Ante 2014	2014	2015	2016	2017	
Debiti verso fornitori	324.589	108.946	38.358	1.031.745	6.942.369	8.446.007
Di cui in contenzioso giudiziale o stragiudiziale	48.984		6.003	179.181	155.972	390.141

Fonte: Questionario enti del SSN - Sezione Autonomie - INRCA - anno 2017

Il Collegio Sindacale ha attestato che gli interessi passivi per ritardato pagamento ai fornitori hanno subito la seguente evoluzione:

Tabella 57 - 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
2017		8.011
2016		2.325
2015		41.060

Fonte: Questionario enti del SSN - Sezione Autonomie - INRCA - anno 2017

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 Fondo per interessi moratori e per oneri di ritardato pagamento, 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.

3.11 Fondi rischi ed oneri

Con verbale n 2 del 26/07/2018 di approvazione del bilancio 2017, 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 del contraddittorio intercorso in forma cartolare, il magistrato incaricato propone al Collegio quanto segue:

- 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 la definizione del percorso intrapreso finalizzato al raggiungimento di 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'Istituto ha svolto un'attività sistematica al fine di monitorare, prevenire e gestire il rischio sanitario ("*risk management*"), ai sensi dell'art. 1, comma 539, legge 28 dicembre 2015, n. 208.

Il Collegio Sindacale, nel questionario sul bilancio 2017, ha precisato che, dal 2009, tale attività è svolta attraverso il Sistema Qualità Rischio Clinico, producendo indicatori di Sistema;

- 6) di prendere atto che è stato attivato da parte dell'Istituto un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, come previsto dall'art. 1, 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, sulla base di quanto dichiarato dal Collegio Sindacale nel questionario sul bilancio 2017, che, dalle verifiche effettuate dall'Istituto, 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'ANAC (ex Autorità di vigilanza sui contratti pubblici), come disposto dall'art. 15, comma 13, lettera b), del d.l. n. 95/2012;
- 8) di prendere atto, altresì, sulla base di quanto dichiarato dal Collegio Sindacale nel questionario sul bilancio 2017, che l'acquisizione di beni e servizi appartenenti alle categorie merceologiche individuate dal d.p.c.m. 24 dicembre 2015 (G.U. n. 32 del 09/02/2016) è avvenuta esclusivamente attraverso la CONSIP o le Centrali regionali di committenza, ai sensi dell'art. 1, commi 548 e 549, legge 28 dicembre 2015, n. 208, e che non si sono verificati casi di proroghe di contratti relativi alle categorie merceologiche individuate dal sopra citato d.p.c.m. oltre la data di attivazione di quelli aggiudicati dalla Centrale di committenza (art. 1, comma 550, l. n. 208/2015);
- 9) di evidenziare che la Regione Marche, con riferimento all'acquisto dei dispositivi medici, non ha rispettato il tetto di spesa, pari al 4,4 per cento del Fondo sanitario regionale, ai sensi dell'art. 1, comma 131, lett. b), legge 24 dicembre 2012, n. 228 (legge di stabilità 2013), conseguendo il risultato del 7,1 per cento, con una spesa complessiva pari a 205.607 mila euro. Lo scostamento è risultato essere del 2,7 per cento e in termini assoluti di 78.312 mila euro. Rispetto all'anno precedente, la spesa risulta incrementata del 6,22 per cento, pari a euro 12.044 mila euro.

Tale tetto, come già specificato dall'Organo di revisione nel questionario sul Rendiconto Generale esercizio 2017 della Regione Marche, fissato esclusivamente per la spesa diretta sostenuta dalle Aziende sanitarie, finisce per favorire quelle regioni con forte presenza di strutture private accreditate (poiché, come nel caso dei farmaci ospedalieri, il costo del dispositivo viene rilevato non autonomamente, ma nella "tariffa-DRG" riconosciuta all'operatore privato). Inoltre, nella categoria dei dispositivi medici sono compresi prodotti altamente differenziati, da articoli molto semplici (cerotti, termometri, etc.) ad apparecchiature ad alto contenuto tecnologico, il cui costo è funzione del livello di innovazione raggiunto negli anni più recenti;

- 10) di rilevare, tuttavia, che la Regione Marche, a seguito di verifica degli adempimenti regionali ai fini dell'accesso all'integrazione ai finanziamenti per l'anno 2017, è stata

dichiarata adempiente dal Tavolo tecnico, con riferimento all'adempimento anno 2017, lettera c.6) - (dispositivi medici), come da verbale della riunione del Comitato Lea 13 dicembre 2018;

- 11) di evidenziare che, la spesa dei dispositivi medici sostenuta dall'Istituto, con riferimento alla voce modello CE "BA0210 B.1.A.3) Dispositivi medici", a consuntivo 2017, risulta pari a 5.291.537 euro, con un incremento di 591 euro rispetto all'anno precedente (+0,01 per cento);
- 12) di rilevare che, la spesa dei dispositivi medici, incluse le variazioni delle rimanenze, è stata pari a 4.582.303 euro, con uno scostamento rispetto al 2016 di -818.060 euro, pari a -15,15 per cento;
- 13) di prendere atto, sulla base di quanto dichiarato dal Direttore Generale, nella Relazione sulla gestione esercizio 2017 (allegato "E"/1 alla determina n. 206/DGEN del 29/06/2018), che gli obiettivi relativi alla riduzione della spesa dei dispositivi medici in relazione al valore della produzione erogata sono stati pienamente raggiunti;
- 14) di rilevare che la Regione Marche, a seguito di verifica degli adempimenti regionali ai fini dell'accesso all'integrazione ai finanziamenti per gli anni 2016 e 2017, è stata dichiarata adempiente dal Tavolo tecnico, con riferimento all'adempimento anno 2016, di cui alla lettera p) - (dispositivi medici), come da verbale della riunione del Comitato Lea del 15 dicembre 2017 (Allegato 4 - 110 Marche) e all'adempimento 2017, lettera c.6) - (dispositivi medici), come da verbale della riunione del Comitato Lea 13 dicembre 2018;
- 15) di rilevare che, dai dati esposti dal Collegio Sindacale, nella Relazione al bilancio 2017, allegata al verbale n. 2/2018 del 26 luglio 2018 (Allegato 2), la spesa relativa ad "Altri costi per acquisti di beni e servizi", al netto delle variazioni delle rimanenze, pari a 27.352.608 euro, risulta decrementata di 250.423 euro, corrispondente a -0,91 per cento, rispetto a quella dell'esercizio 2016, che è stata pari a 27.603.031 euro;
- 16) di rilevare, relativamente agli acquisti di beni e servizi (Modello C.E. ministeriale - voci B.1 e B.2), i cui costi complessivi, anno 2017, incluse le variazioni delle rimanenze (Modello C.E. ministeriale - voce B.15), quanto segue:
 - un decremento di costi per l'acquisto di beni per complessivi 390.025 euro (-4,31 per cento) rispetto all'anno precedente, così determinato:
 - beni sanitari in decremento per 347.358 euro, pari a -3,96 per cento;

- beni non sanitari in decremento per 42.667 euro, pari a -15,14 per cento;
 - un incremento di costi per l'acquisto di servizi per complessivi 358.162 euro (+2,29 per cento) rispetto all'anno precedente, come sotto specificato:
 - servizi sanitari in aumento per 792.659 euro, pari a +14,55 per cento;
 - servizi non sanitari in diminuzione per 434.497 euro, pari a -4,26 per cento;
- 17) di rilevare che, dall'esame delle singole voci del C.E., relativamente agli acquisti di beni, incluse le variazioni delle rimanenze, si evince, rispetto all'esercizio precedente, quanto segue:
- Acquisti di beni - i costi, per complessivi 8.013.540 euro, risultano in decremento di 828.092 euro, pari a -9,37 per cento:
 - Beni sanitari - i costi, per complessivi 7.810.721 euro, risultano in decremento di 744.172 euro, pari a -8,70 per cento, in particolare:
 - Prodotti farmaceutici ed emoderivati: i costi, per complessivi 2.716.305 euro, risultano in incremento di 61.731 euro, pari a +2,33 per cento;
 - Sangue ed emocomponenti: i costi, per complessivi 6.154 euro, risultano in incremento di 6.154 euro, pari a +100 per cento;
 - Dispositivi medici: i costi, per complessivi 4.582.303 euro, risultano in decremento di 818.060 euro, pari a -15,15 per cento;
 - Prodotti dietetici: i costi, per complessivi 381.363 euro, risultano in decremento di 16.903 euro, pari a -4,24 per cento;
 - Materiali per la profilassi (vaccini): i costi, per complessivi 70.293 euro, risultano in decremento di 46 euro, pari -0,07 per cento;
 - Prodotti chimici: i costi, per complessivi 1.559 euro, risultano in decremento di 412 euro, pari a -20,90 per cento;
 - Materiali e prodotti per uso veterinario: i costi, per complessivi 52.744 euro, risultano in incremento di 23.364 euro, pari a +79,52 per cento;
 - Beni non sanitari - i costi, per complessivi 202.819 euro, risultano in decremento di 83.920 euro, pari a -29,27 per cento, in particolare:
 - Prodotti alimentari: i costi, per complessivi 12.215 euro, risultano in incremento di 1.772 euro, pari a +16,97 per cento;

- Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere: i costi, per complessivi 15.348 euro, risultano in decremento di 9.438 euro, pari a -38,08 per cento;
- Combustibili, carburanti e lubrificanti: i costi, per complessivi 19.390 euro, risultano in incremento di 4.404 euro, pari a +29,39 per cento;
- Supporti informatici e cancelleria: i costi, per complessivi 113.663 euro, risultano in decremento di 47.910 euro, pari a -29,65 per cento;
- Materiale per la manutenzione: i costi, per complessivi 17.597 euro, risultano in decremento di 7.561 euro, pari a -30,05 per cento;
- Altri beni e prodotti non sanitari: i costi, per complessivi 24.607 euro, risultano in decremento di 25.187 euro, pari a -50,58 per cento.

Il Direttore Generale, nella Relazione sulla gestione esercizio 2017, ha specificatamente evidenziato che, per quanto riguarda il valore economico, il sostanziale mantenimento dei costi nell'ambito dei beni sanitari è dovuto al fatto che, da una parte, il costo per i farmaci si è mantenuto agli stessi livelli dello scorso anno, mentre, dall'altra parte, è fortemente diminuito il costo dei dispositivi sanitari. In realtà questa consistente diminuzione non deriva da aspetti gestionali, ma dall'effetto contabile della rilevazione delle scorte di reparto, in precedenza effettuate solo per alcuni reparti e dal 2017 realizzate in tutte le unità operative aziendali. Nello specifico, l'effetto contabile positivo nel 2017 delle scorte di reparto è pari a circa 875 mila euro per i beni sanitari, di cui circa 100 mila euro per i farmaci e i restanti 775 mila euro per tutti gli altri beni sanitari. Anche i beni non sanitari, che evidenziano un andamento di riduzione dei costi, in realtà hanno usufruito del vantaggio delle maggiori rimanenze finali per circa 22 mila euro. In definitiva, da un punto di vista gestionale, in assenza del vantaggio contabile delle scorte di reparto, si sarebbe avuto un aumento dei costi di circa 300 mila euro (100 mila euro per farmaci e 200 mila euro per dispositivi medici). Tali incrementi sono legati all'incremento dell'attività chirurgica nell'ambito urologico e alle maggiori giornate di degenza erogate agli utenti; Si rileva, relativamente alle rimanenze, che anche nella Nota integrativa al bilancio 2017, è stato fatto presente che, nell'anno 2017, per la prima volta sono state rilevate le scorte di reparto di tutte le UU.OO. sanitarie e non dei vari POR, per un totale di 995.639 euro. Tale

registrazione contabile ha avuto un significativo effetto sul valore dei consumi dell'anno; tuttavia, tale vantaggio contabile non sarà ripetibile nel 2018;

18) di rilevare, esaminando le risultanze del bilancio 2017, che, con riferimento all'aggregato dei Servizi, i costi, pari a complessivi 15.999.020 euro, risultano, rispetto all'anno precedente, in incremento per complessivi 358.161 euro, pari a +2,29 per cento, in particolare:

- Servizi sanitari - i costi, per complessivi 6.240.486 euro, risultano in incremento di 792.658 euro, pari a +14,55 per cento, nello specifico:
 - Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale: i costi, per complessivi 1.776.903 euro, risultano in decremento di 26.992 euro, pari a -1,50 per cento;
 - Acquisti per trasporto sanitario: i costi, per complessivi 372.584 euro, risultano in decremento di 5.792 euro, pari a -1,53 per cento;
 - Acquisti di prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria: i costi, per complessivi 17.071 euro, risultano in incremento di 17.071 euro, pari a +100 per cento;
 - Compartecipazione del personale per attività libero-professionale (intramoenia): i costi, per complessivi 1.271.880 euro, risultano in decremento di 52.992 euro, pari a -4,00 per cento;
 - Rimborso assegni e contributi sanitari: i costi, per complessivi 34.289 euro, risultano in incremento di 605.837 euro, pari a +39,68 per cento;
 - Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie: i costi, per complessivi 2.747.310 euro, risultano in incremento di 859.982 euro, pari a +45,57 per cento;
 - Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria: i costi, per complessivi 20.450 euro, risultano in decremento di 8.358 euro, pari a -29,01 per cento.

Nella Nota integrativa al bilancio 2017 (Allegato "C" alla determina n. 206/DGEN del 29/06/2018), è stato evidenziato il dettaglio dei principali costi 2017 per i servizi sanitari e specificatamente quelli per:

- complessivi 1.394.842 euro, per l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- complessivi 382.061 euro, per l'assistenza specialistica da "privati": I costi sostenuti sono sostanzialmente in linea con l'anno precedente;

- complessivi 372.584 euro, per i trasporti sanitari in ambulanza, sostanzialmente in linea con l'anno precedente;
- complessivi 1.271.880 euro, per la compartecipazione del personale all'attività di libera professione svolta in regime di intramoenia;
- complessivi 34.289 euro, per i rimborsi e contributi sanitari: è stato registrato rispetto al 2016 un incremento del 40 per cento sostanzialmente per maggior arruolamento n. pazienti per il progetto di ricerca TRIPL A Study;
- complessivi 2.747.310 euro, per le consulenze, collaborazioni ed altre prestazioni di lavoro sanitarie;
- complessivi 621.735 euro (BA1410 - 31000201 e 31000202) costi per personale sanitario non dipendente (CO.CO.CO.);
- complessivi 20.450 euro, per altri servizi sanitari.

Inoltre, relativamente alle consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie, i cui costi, nell'esercizio 2017, sono stati pari a totale di 2.747.310 euro, sono stati riportati i seguenti dettagli per conto:

- Consulenze sanitarie e sociosanitarie da aziende sanitarie pubbliche della Regione. Valore 160.900 euro. Esse si riferiscono a prestazioni sanitarie di diversa natura che l'Istituto ha acquisito, in regime convenzionale, dalle altre aziende sanitarie. Più precisamente:
 - 109.880 euro dall'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona per prestazioni oncologiche, di laboratorio, anatomia patologica, igiene ospedaliera ecc.;
 - 24.392 euro dall'ASST di Lecco per consulenze ORL, farmacia, sorveglianza sanitaria e consulenze varie;
 - 17.936 euro dall'ASST di Monza per convenzioni radiologia;
 - 8.692 euro dall'ASUR Marche per consulenza anestesiologicala e prestazioni dermatologiche;
- Consulenze sanitarie e sociosanitarie da altri soggetti pubblici. Valore 962.051 euro. Esse si riferiscono alle convenzioni che l'Istituto ha stipulato per l'avvio e lo sviluppo di progetti di ricerca. Nel corso del 2017 sono stati avviati nuovi progetti e conseguentemente versate le quote relative alle UU.OO. afferenti, oltre a tranches per progetti già avviati;

- Consulenze sanitarie da privati, art. 55. Valore 7.680 euro. Il valore registrato nel 2017 si riferisce unicamente al lavoro suppletivo svolto da parte del personale delle sedi Marche;
- Collaborazioni coordinate e continuative da privati. Valore 621.735 euro. Esse si riferiscono ai rapporti di collaborazione coordinata e continuativa che l'Istituto ha contratto con professionisti iscritti all'albo nei ruoli sanitario e socio-sanitario, reclutati per avviare e sviluppare progetti di ricerca per circa il 77 per cento e per il restante 23 per cento per esigenze dei Presidi Marche e Casatenovo. Il valore 2017 corrisponde a circa 43 contratti di collaborazione;
- Indennità a personale universitario. Valore 361.570 euro. Esse si riferiscono al costo del personale universitario per la produttività e la retribuzione di risultato anno 2017;
- Altre prestazioni e collaborazioni di lavoro in area sanitaria. Valore 630.386 euro. Esse si riferiscono a retribuzioni per personale distaccato a Residenza Dorica ed alle spese per servizi di supporto; Servizi non sanitari - i costi, pari a complessivi 9.758.534, risultano, rispetto all'anno precedente, in decremento per complessivi 434.497 euro, pari a -4,26 per cento, in particolare:
 - Servizi non sanitari - i costi, pari a complessivi 9.236.850, risultano, rispetto all'anno precedente, in decremento per complessivi 438.327 euro, pari a -4,53 per cento, nello specifico:
 - Lavanderia: i costi, per complessivi 889.084 euro, risultano in decremento di 32.644 euro, pari a -3,54 per cento;
 - Pulizia: i costi, per complessivi 1.250.508 euro, risultano in decremento di 20.965 euro, pari a -1,65 per cento;
 - Mensa: i costi, per complessivi 1.680.176 euro, risultano in decremento di 25.460 euro, pari a -1,49 per cento;
 - Riscaldamento: i costi, per complessivi 1.042.895 euro, risultano in decremento di 59.981 euro, pari a -5,44 per cento;
 - Servizi trasporti (non sanitari): i costi, per complessivi 244.596 euro, risultano in incremento di 3.626 euro, pari a +1,50 per cento;

- Smaltimento rifiuti: i costi, per complessivi 360.287 euro, risultano in decremento di 24.865 euro, pari a -6,46 per cento;
- Utenze telefoniche: i costi, per complessivi 179.992 euro, risultano in incremento di 23.155 euro, pari a +14,76 per cento;
- Utenze elettricità: i costi, per complessivi 1.007.920 euro, risultano in incremento di 60.418 euro, pari a +6,38 per cento;
- Altre utenze: i costi, per complessivi 279.531 euro, risultano in decremento di 13.271 euro, pari a -4,53 per cento;
- Premi di assicurazione: i costi, per complessivi 802.019 euro, risultano in decremento di 59.704 euro, pari a -6,93 per cento;
- Altri servizi non sanitari: i costi, per complessivi 1.499.842 euro, risultano in decremento di 288.636 euro, pari a -16,14 per cento;
- Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro: i costi, per complessivi 478.725 euro, risultano in incremento di 20.342 euro, pari a +4,44 per cento;
- Formazione: i costi, per complessivi 42.959 euro, risultano in decremento di 16.512 euro, pari a -27,76 per cento;
- Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata) - i costi, per complessivi 2.635.257 euro, risultano in incremento di 203.274 euro, pari a +8,36 per cento;
- Godimento di beni di terzi - i costi, per complessivi 704.791 euro, risultano in incremento di 16.234 euro, pari a +2,36 per cento.

Nella Nota integrativa al bilancio 2017 (Allegato "C" alla determina n. 206/DGEN del 29/06/2018), è stato evidenziato il dettaglio per i servizi non sanitari, specificatamente:

- Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie per 478.725 euro, in leggero incremento rispetto al 2016, si riferiscono a:
- Competenze per consulenze non sanitarie da Aziende sanitarie pubbliche della Regione per 13.837 euro (BA1760);
- Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato, ammontano nel 2017 a complessivi 412.653 euro. Esse sono composte da diverse voci che di seguito si descrivono sinteticamente:

- Consulenze non sanitarie da privato, per 12.592 euro (BA1790), riconducibile sostanzialmente a due diverse tipologie di consulenze: Consulenze fiscali, amministrative, legali e tecniche e scientifiche da privati;
- Collaborazioni, interinali e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato, per 400.061 euro (BA1800), suddiviso come segue:
 - 64.945 euro ruolo professionale;
 - 95.427 euro ruolo tecnico;
 - 239.690 euro ruolo amministrativo.

Nel ruolo professionale è compresa l'assistenza religiosa per 22.704 euro erogata ai presidi di Cosenza, Casatenovo e Marche. Dei quasi 378 mila euro rimanenti, il 98 per cento si riferisce a contratti di collaborazione stipulati per progetti di ricerca con statistici, ingegneri, economisti, ecc. ed il 2 per cento per esigenze dei vari presidi.

- Competenze per rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando per 52.236 euro (BA1850).

Per i restanti servizi non sanitari, di seguito elencati, è stato evidenziato, rispetto al 2016, un decremento di 438.327 euro (5 per cento circa) dovuto a variazioni di segno opposto, come sotto indicato:

- per servizio lavanderia (-32.644 euro, -4 per cento circa);
- per servizio pulizia (-20.964 euro, -2 per cento circa);
- per servizio mensa (-25.460 euro, -1 per cento);
- per servizio riscaldamento (-59.981 euro, -5 per cento);
- per servizio trasporti (+3.626 euro, 2 per cento);
- per servizio smaltimento rifiuti (-24.865 euro, -6 per cento);
- per tutte le utenze (+70.302 euro, 5 per cento);
- per premi assicurativi (-59.704 euro, -7 per cento).

Per la Formazione è stata registrata, invece, una diminuzione di costi di 16.512 euro (-28 per cento circa).

Per le Manutenzioni e le riparazioni, per un importo complessivo di 2.635.257 euro, è stato evidenziato che l'aumento per 203.276 euro (8 per cento) è rinvenibile

principalmente all'interno delle manutenzioni dei fabbricati e loro pertinenze e degli impianti e macchinari del sezionale Marche dovute alla vetustà della struttura;

- 19) di rilevare che, la Regione Marche, a seguito di verifica degli adempimenti regionali ai fini dell'accesso all'integrazione al finanziamento per l'anno 2017, è stata dichiarata nell'anno 2017 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;
- 20) di evidenziare che ai fini del rispetto dei vincoli normativi, la Regione Marche ha comunque garantito l'equilibrio del bilancio sanitario anche per l'anno 2017 (art. 9-septies, comma 2, del d.l. n. 78/2015);
- 21) di rilevare che la Regione Marche, avendo raggiunto l'equilibrio economico complessivo anche nell'anno 2017, ai fini della verifica degli adempimenti anno 2017, è stata dichiarata adempiente dal Tavolo tecnico, nonostante l'avvenuto superamento dei limiti della spesa farmaceutica convenzionata e della spesa farmaceutica per acquisti diretti, determinati nella misura stabilita dall'art. 1, commi 399 e 398, della legge 11 dicembre 2016, n. 232 (legge di bilancio 2017) pari, rispettivamente, al 7,96 per cento ed al 6,89 per cento;
- 22) di rilevare, nondimeno, che, il Tavolo tecnico, relativamente alla spesa farmaceutica convenzionata regionale, anno 2017, considerata l'esiguità dello scostamento sia in valore assoluto (0,215 mln di euro) sia in termini percentuali, 7,97 per cento rispetto al tetto del 7,96 per cento; considerato che detraendo i maggiori oneri derivanti dall'esenzione regionale per eventi sismici (pari a 6,587 mln di euro) la spesa farmaceutica convenzionata regionale sarebbe stata pari al 7,78 per cento e quindi inferiore al 7,96 per cento; considerato il carattere eccezionale della misura riferita al codice di esenzione T16, i cui effetti sembrano essersi esauriti a decorrere dal mese di maggio 2017, come risulta dai dati forniti dall'AIFA, ha valutato la Regione Marche, per l'anno 2017, adempiente con l'impegno a ricondurre per il futuro la spesa farmaceutica convenzionata nel limite del tetto del 7,96 per cento;
- 23) di rilevare, altresì, che il Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti regionali sulla spesa sanitaria, ai fini dell'accesso all'integrazione delle quote di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, a seguito della conclusione delle istruttorie, ha valutato la Regione Marche adempiente per l'anno 2017. Pertanto, ai sensi dell'articolo 2, comma 68, lettera c),

della 23 dicembre 2009, n. 191, la Regione ha potuto accedere all'erogazione delle risorse spettanti per l'anno 2017;

- 24) di rilevare, altresì, che, ai sensi dell'art. 5, comma 5, della legge 29 novembre 2007, n. 222, ai fini della verifica degli adempimenti, le regioni sono dichiarate adempienti se hanno registrato un equilibrio economico complessivo. Per la Regione Marche che, anche nel 2017, ha raggiunto l'equilibrio economico, l'adempimento è stato ottemperato;
- 25) di rilevare che il limite di legge per la spesa di personale ex art. 2, c. 71, l. n. 191/2009, per l'esercizio 2017, risulta rispettato a livello di singolo Ente pur non essendo rispettato a livello regionale;
- 26) di rilevare il superamento del limite di spesa del personale con contratto di lavoro flessibile pari al 50 per cento dell'importo registrato nel 2009, con riferimento all'anno 2017; pertanto di evidenziare la necessità di un attento monitoraggio, a livello preventivo, delle autorizzazioni alla stipula di nuovi contratti di lavoro a tempo determinato flessibile, in relazione all'art. 9, comma 28, d.l. n. 78/2010;
- 27) di raccomandare all'Istituto di verificare, per l'anno 2017, 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 comunque 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 2017 in esame, dovrebbe essere scorporato della spesa relativa alle assunzioni nei servizi di emergenza-urgenza e di erogazione dei LEA;

- 28) di raccomandare di procedere ad un attento monitoraggio dell'attività di recupero dei crediti;
- 29) di prendere atto che l'indicatore di tempestività di pagamento dei debiti verso fornitori, ai sensi dell'art. 33 del d.l.gs. 14 marzo 2013 n. 33, ed art. 9 del d.p.c.m. 22 settembre 2014 risulta pari a -13 giorni.

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.....	11
1.6	Gestione attiva del debito	11
1.7	Verifiche sul sistema informativo e struttura dei sistemi di controllo interno	12
1.8	Verifiche sulla circolarizzazione dei crediti e debiti ed influenza sul bilancio	12
1.9	Redazione del bilancio d’esercizio secondo il d.lgs. n. 118/2011	14
2	CONTO ECONOMICO	16
2.1	Verifiche sulla corrispondenza dei dati contabili.....	16
2.2	Analisi del valore della produzione	16
2.3	Verifica del ciclo di programmazione contabile	17
2.4	Verifiche sul sistema dei controlli sull’attività intramoenia	21
2.5	Controllo sulla qualità delle attività e sulle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate	22
2.5.1	Verifica della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate da strutture pubbliche e private accreditate	30
2.6	Acquisto di beni e servizi.....	48
2.6.1	Verifica dei valori dei contratti di acquisto di beni e servizi rispetto ai prezzi di riferimento	54
2.6.2	Verifica acquisto di beni e servizi tramite le centrali di committenza	55
2.6.3	Verifica circa l’attuazione del tetto di spesa per l’acquisto di dispositivi medici	75
2.6.4	Verifica costi per acquisto di beni e servizi.....	82
2.7	Spesa farmaceutica.....	101
2.7.1	Verifica rispetto limite di spesa farmaceutica per acquisti diretti a livello regionale	104
2.7.2	Verifica dei costi complessivi della spesa farmaceutica dell’Istituto	106
2.7.3	Verifica raggiungimento obiettivi regionali in materia di spesa farmaceutica ..	108
		215

2.7.4	Misure di controllo dell'appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero.....	117
2.8	Spesa per il personale	126
2.9	Verifica del rispetto dei vincoli di legge ai sensi dell'art. 2, comma 71, l. n. 191/2009...	126
2.9.1	Altre considerazioni sul Costo del personale	130
2.10	Verifica del rispetto dei limiti di spesa programmati dalla Regione Marche	132
2.10.1	Il Piano occupazionale per l'anno 2017 e la Programmazione triennale del personale 2017-2019.....	134
2.10.2	La dotazione organica	137
2.11	Adempimenti ai sensi dell'art. 2, comma 72, lettere a) e b), della l. n. 191/2009.....	139
2.12	Verifica del rispetto dei vincoli di legge ex art. 9, comma 28, d.l. n. 78/2010.....	140
2.13	Contratti di servizi	144
2.14	La problematica relativa ai costi connessi ai lavoratori precari del SSN	144
2.15	Ferie maturate e non godute.....	148
2.16	Fondi per la retribuzione di risultato e della contrattazione integrativa.....	150
3	LO STATO PATRIMONIALE.....	152
3.1	Il bilancio di esercizio al 31 dicembre 2017	152
3.2	Le immobilizzazioni	154
3.2.1	Gli ammortamenti - Disciplina generale ex art. 29, comma 1, lett. b), del d.lgs. n. 118/2011.....	156
3.3	I contributi in conto esercizio	160
3.4	Altre informazioni relative alle immobilizzazioni materiali e immateriali.....	163
3.5	Il patrimonio netto	166
3.6	Le rimanenze.....	178
3.7	I beni fuori uso.....	180
3.8	Il Risultato di esercizio 2017	180
3.9	I crediti.....	182
3.9.1	I crediti verso la Regione	183
3.9.2	I crediti verso Aziende sanitarie pubbliche	186
3.9.3	Altre informazioni relative ai crediti	187
3.9.4	Il Fondo svalutazione crediti.....	189
3.10	I debiti.....	191
		216

3.10.1	I debiti verso la Regione.....	191
3.10.2	I debiti verso Aziende sanitarie pubbliche	192
3.10.3	Altre informazioni relative ai debiti.....	195
3.10.4	Debiti verso fornitori.....	196
3.11	Fondi rischi ed oneri.....	199
4	CONCLUSIONI	201

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1	- Monitoraggio delle prestazioni ospedaliere, ed in particolare quelle a rischio di non appropriatezza, indicate negli allegati 6A e 6B del d.p.c.m. 12 gennaio 2017	31
Tabella 2	- Indicatori relativi all'assistenza ospedaliera anno 2017.....	32
Tabella 3	- Obiettivo sanitario - Assistenza ospedaliera emergenza-urgenza.....	40
Tabella 4	- Modalità di approvvigionamento dell'UOC Acquisizione Beni e Servizi/Logistica	68
Tabella 5	- Descrizione adesione convenzione Consip anno 2017.....	69
Tabella 6	- Il tetto alla spesa per dispositivi medici nel 2017.....	78
Tabella 7	- Modello Ministeriale Conto Economico.....	79
Tabella 8	- Modello Ministeriale Conto Economico.....	79
Tabella 9	- Obiettivo 2017 riduzione spesa per dispositivi medici	80
Tabella 10	- Costi della produzione al netto delle variazioni delle rimanenze sanitarie e non sanitarie	83
Tabella 11	- Acquisti di beni e servizi - schema di bilancio - decreto interministeriale 20/03/2013	84
Tabella 12	- Aggregato "Acquisti di beni"	86
Tabella 13	- Aggregato "Acquisti di beni" incluse le variazioni delle rimanenze	87
Tabella 14	- Aggregato Acquisti di Servizi sanitari.....	90
Tabella 15	- Aggregato Servizi non sanitari.....	95
Tabella 16	- Spesa farmaceutica acquisti diretti individuata tramite il flusso della tracciabilità del farmaco nel periodo gennaio-dicembre 2017 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 6,89 per cento, per regione in ordine decrescente di incidenza sul FSN	105
Tabella 17	- Acquisti di prodotti farmaceutici ed emoderivati	107
		217

Tabella 18 - Dettaglio acquisti di prodotti farmaceutici ed emoderivati per tipologia di distribuzione.....	108
Tabella 19 - Obiettivi sanitari enti SSR relativi all'assistenza farmaceutica anno 2017	109
Tabella 20 - Obiettivi economici enti SSR anno 2017 relativi alla riduzione della spesa farmaceutica.....	110
Tabella 21 - Rispetto dei limiti di spesa per il personale ai sensi dell'art. 2, c. 71, l. n. 191/2009 - INRCA - anno 2017.....	127
Tabella 22 - Scheda riepilogativa del costo del personale Regione Marche - anno 2017.....	128
Tabella 23 - Tetto della spesa di personale anno 2004*, ex art. 2, c. 71, l. n. 191/2009 - Regione Marche ed enti sanitari.....	129
Tabella 24 - Scheda riepilogativa del costo del personale dell'INRCA - anno 2017	129
Tabella 25 - Andamento costo di personale nel periodo 2016-2017	130
Tabella 26 - Rispetto del limite di spesa per il personale ex art. 9, c. 28, d.l. n. 78/2010 - dell'INRCA - anno 2017.....	140
Tabella 27 - Rispetto del limite di spesa per il personale ex art. 9, c. 28, d.l. n. 78/2010 - dell'INRCA 2017	141
Tabella 28 - Rispetto dei limiti di spesa per il personale ai sensi dell'art. 9, c. 28, d.l. n. 78/2010 - INRCA.....	142
Tabella 29 - Piano di stabilizzazione e riduzione del lavoro flessibile ai sensi del D.P.C.M. 06/03/2015 e della d.g.r.m. n. 247 del 25/03/2016	147
Tabella 30 - Dipendenti stabilizzati dal 01/01/2016 al 31/12/2019	147
Tabella 31 - Prospetto delle ferie non godute INRCA anno 2017	150
Tabella 32 - Prospetto di sintesi di Stato patrimoniale - INRCA al 31/12/2016 e 31/12/2017	153
Tabella 33 - Aliquote di ammortamento ai sensi dell'Allegato 4/3, d. lgs. n. 118/2011	157
Tabella 34 - Andamento costo per ammortamenti nel periodo 2016-2017.....	158
Tabella 35 - Aliquote di ammortamento INRCA 2017	159
Tabella 36 - Contributi in conto esercizio dell'INRCA - anno 2017.....	160
Tabella 37 - Dettaglio rettifica contributi in conto esercizio per destinazione ad investimenti - anno 2017	161

Tabella 38 - Consistenza, movimentazioni e utilizzazioni delle poste del Patrimonio Netto - esercizio 2017	167
Tabella 39 - Contributi dalla Regione Calabria per ripiano perdite INRCA	174
Tabella 40 - Contributi complessivi per ripiano perdite INRCA (2013/2015)	175
Tabella 41 - Variazioni patrimonio netto INRCA 2016/2017	177
Tabella 42 - Andamento dell'utile d'esercizio INRCA nel biennio 2016 - 2017.....	181
Tabella 43 - Utile d'esercizio INRCA iscritto in bilancio al 31/12/2017.....	182
Tabella 44 - Variazione consistenza risultato d'esercizio nel biennio 2016 - 2017	182
Tabella 45 - Crediti verso la Regione per spesa corrente - anno 2017	185
Tabella 46 - Crediti verso la Regione per versamenti a patrimonio netto - anno 2017	185
Tabella 47 - Crediti verso aziende sanitarie pubbliche - anno 2017.....	187
Tabella 48 - Crediti verso lo Stato per investimenti INRCA - anno 2017.....	188
Tabella 49 - Movimentazione Fondo svalutazione crediti INRCA - anno 2017.....	190
Tabella 50 - Debiti verso Regione - anno 2017	191
Tabella 51 - Debiti verso aziende sanitarie pubbliche - anno 2017	193
Tabella 52 - Debiti dell'INRCA verso il SSR- anno 2017	193
Tabella 53 - Debiti dell'INRCA verso il SSR- anno 2017	194
Tabella 54 - Debiti verso fornitori.....	196
Tabella 55 - Pagamenti effettuati 2017	198
Tabella 56 - Debiti verso fornitori 2017.....	199
Tabella 57 - Interessi passivi ed altri oneri per ritardato pagamento.....	199

CORTE DEI CONTI - CENTRO UNICO PER LA FOTORIPRODUZIONE E LA STAMPA - ROMA

