



## CORTE DEI CONTI

### SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER LA TOSCANA

composta dai magistrati:

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

#### **nell'adunanza pubblica del 20 giugno 2019**

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

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

vista la legge 14 gennaio 1994, n. 20;

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

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

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

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

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

vista la relazione sul bilancio di esercizio 2016 dell'Azienda USL Toscana Sud Est trasmessa dal Collegio sindacale;

vista la relazione di deferimento del Magistrato istruttore;  
esaminate le controdeduzioni trasmesse dalla Regione e dall'Azienda;  
udito il relatore, dott. Paolo Bertozzi.

### **PREMESSO IN FATTO**

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

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

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

L'Azienda, con la nota n. 108520 del 6 giugno 2019, ha fatto pervenire una memoria con la quale, nel condividere i contenuti della nota della Regione sopra citata, ha fornito ulteriori precisazioni su alcuni rilievi contestati

Sono intervenuti in adunanza, in rappresentanza dell'Azienda il dott. Antonio D'Urso, Direttore generale e il dott. Francesco Ghelardi, Direttore amministrativo e, in rappresentanza dell'amministrazione regionale, il dott. Moraldo Neri, Dirigente del Settore Contabilità, controllo, e investimenti della Direzione Generale Diritti cittadinanza e coesione sociale.

### **CONSIDERATO IN FATTO E IN DIRITTO**

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

L'art. 1, commi 166 e seguenti, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, ha previsto che le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti, *"ai fini della tutela dell'unità economica della Repubblica e del coordinamento della finanza pubblica"*, svolgano verifiche ed accertamenti sulla gestione finanziaria degli enti locali e degli enti del Servizio sanitario nazionale, esaminando, per il tramite delle relazioni trasmesse dagli organi di revisione economico-finanziaria, i relativi bilanci.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **II) Irregolarità riscontrate.**

### **1. APPROVAZIONE DEL BILANCIO.**

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

**1.1.** Il bilancio di esercizio 2016 dell’Azienda USL Toscana Sud Est è stato adottato con deliberazione del direttore generale n. 304 del 23 marzo 2018 e approvato dalla Regione

con la deliberazione di giunta n. 515 del 17 maggio 2018, intervenute entrambe oltre i termini stabiliti dalla legge.

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

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

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

L'Azienda, nella memoria trasmessa, ha precisato che il ritardo nell'adozione del bilancio di esercizio è stato determinato anche dalla necessità di predisporre un prospetto di riconciliazione degli stati patrimoniali delle aziende preesistenti con le conseguenti operazioni di uniformazione delle poste contabilizzate in maniera difforme e di elisione delle poste di credito e debito reciproche.

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

Il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 prevede che il bilancio di esercizio degli enti del servizio sanitario sia adottato entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento dal direttore generale (art. 31, comma 1) e che la giunta regionale lo approvi entro il successivo 31 maggio (art. 32, comma 7).

La legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 "*Disciplina del servizio sanitario regionale*" stabilisce, allo stesso modo, che entro il 15 aprile di ogni anno, i direttori generali delle

aziende sanitarie adottano il bilancio di esercizio e lo trasmettono, con allegata la relazione del collegio sindacale, entro il 30 aprile, alla Giunta regionale che lo approva entro il 31 maggio (art. 123, comma 3).

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

Il mancato rispetto dei termini di adozione e di approvazione del bilancio, del resto, deve ritenersi imputabile, secondo quanto riferito in sede di controdeduzioni, a problematiche che denunciano evidenti carenze di carattere organizzativo, quali il mancato riallineamento dei sistemi e delle procedure contabili, che avrebbe dovuto costituire una priorità nel processo di accorpamento delle aziende sanitarie, e che, viceversa, non risulta ancora completato a distanza di 3 anni dall'avvio della riforma. Tali disfunzioni si riflettono, del resto, sulla gestione contabile dell'intero Servizio sanitario regionale (SSR), incidendo negativamente, oltre che sui tempi di approvazione dei bilanci dei singoli enti, anche sulla definizione dei rapporti finanziari con la Regione. Si deve considerare infatti che la Regione, con una prassi ormai consolidata nel tempo di cui si dirà oltre, provvede alla ripartizione definitiva del Fondo sanitario regionale (FSR) tra le aziende e gli altri enti del SSR sulla base delle esigenze di finanziamento che emergono dai dati contabili a chiusura dell'esercizio.

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

l'assegnazione della quota del FSR da parte della Regione per poter adottare definitivamente i bilanci.

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

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

## **2. PERDITE DI ESERCIZIO E MISURE DI RIPIANO.**

**Perdita di euro 21.671.349 registrata alla chiusura dell'esercizio 2016.**

**Ritardata assegnazione e erogazione da parte della Regione delle risorse destinate al ripiano della perdita 2016.**

**Perdite pregresse ancora da ripianare.**

**2.1.** L'Azienda ha registrato nel 2016 una perdita di euro 21.671.349 che si aggiunge a quelle dei precedenti esercizi finanziari, riportate alla voce "*utili e perdite portati a nuovo*" dello stato patrimoniale, ammontanti ad euro 75.463.521,14.

La relazione-questionario sul bilancio d'esercizio trasmessa dal Collegio sindacale attesta che per tale perdita ("*preventivamente autorizzata*" per pari importo dalla deliberazione di giunta n. 1033/2017 del 25 settembre 2017) la Regione ha disposto la copertura nel quadro degli interventi diretti al ripiano del disavanzo complessivo registrato del sistema sanitario regionale alla chiusura dell'esercizio 2016.

L'assegnazione delle risorse per il ripiano delle perdite del 2016 alle singole aziende, che è stata solo parziale nell'esercizio 2017, ha trovato definitivo compimento solo in prossimità di chiusura dell'esercizio 2018 quando ne è stata disposta anche l'erogazione.

L'Azienda USL Toscana Sud Est, in particolare, è stata destinataria di un primo contributo per ripiano perdite di euro 7.164.846, disposto con il decreto dirigenziale n. 3773/17, rimodulato dal successivo decreto dirigenziale n. 19437/17 e contabilizzato nella corrispondente voce dello stato patrimoniale del bilancio 2017, cui ha fatto seguito l'ulteriore contributo a copertura della perdita residua del 2016 assegnato con deliberazione di giunta n. 1281 del 19 novembre 2018 di approvazione del bilancio consolidato.

I trasferimenti conseguenti alle predette assegnazioni sono intervenuti rispettivamente con decreto dirigenziale n. 19934 del 6 dicembre 2018 e con decreto dirigenziale n. 19839 del 5 dicembre 2018.

Le perdite pregresse, allo stato degli atti in possesso di questa Sezione, non risultano essere state ancora definitivamente ripianate.

**2.2.** La Regione ha precisato al riguardo che la copertura delle perdite registrate dalle aziende del SSR richiede la preventiva approvazione del bilancio consolidato in modo da definirne l'importo a livello di sistema anche ai fini dei controlli demandati al Tavolo di verifica degli adempimenti costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Il bilancio di esercizio consolidato del SSR è stato dunque approvato con la deliberazione di giunta n. 1281 del 19 novembre 2018 con la quale si è provveduto anche all'assegnazione dei contributi a ripiano parziale delle perdite delle aziende del 2016 e degli esercizi pregressi.

Delle perdite pregresse, ammontanti a 167,51 milioni di euro al 31 dicembre 2017 e a copertura parziale delle quali sono già stati assegnati ulteriori contributi con le recenti deliberazioni di giunta n. 408 del 25 marzo 2019 e n. 544 del 25 marzo 2019, è stato previsto l'integrale ripiano entro il 2037, secondo quanto disposto dall'art. 18 della legge regionale 16 aprile 2019, n. 19.

Risorse aggiuntive da destinare a tale finalità, come riferito dalla Regione, sono attese dalla conclusione del contenzioso relativo al "payback "per la spesa farmaceutica ospedaliera degli esercizi 2013 - 2017, con la possibile riduzione dei tempi del programma di ripiano già approvato.



**2.3.** La Sezione, preso atto di quanto controdedotto, accerta la perdita di esercizio registrata dall'Azienda alla chiusura dell'esercizio 2016 e rileva la tardiva assegnazione ed erogazione delle risorse destinate al ripiano delle stesse.

La vigente disciplina normativa, attraverso leggi nazionali di coordinamento della finanza pubblica, leggi regionali e intese in sede di Conferenza Stato-Regioni, impone agli enti del servizio sanitario di garantire l'economicità e l'efficienza della gestione, perseguendo l'equilibrio tra ricavi e costi di esercizio.

Le regioni, con l'art. 6 della Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, si sono impegnate in tal senso ad assicurare l'equilibrio economico-finanziario sia del servizio sanitario regionale complessivamente considerato, sia dei singoli enti che lo compongono.

La legge regionale del resto, nel perseguire il predetto fine, può imporre alle aziende e agli altri enti l'onere di raggiungere predeterminati obiettivi (di livello dei costi o di rapporto fra ricavi e costi), senza richiederne necessariamente l'equilibrio annuale, a condizione che quest'ultimo sia garantito a livello di sistema. Il che non toglie, tuttavia, che, da un lato, le aziende debbano perseguire gli obiettivi di costo definiti in sede di bilancio di previsione, e, dall'altro, le regioni debbano adottare una efficace programmazione finanziaria diretta a permettere alle stesse aziende, attraverso adeguati e tempestivi trasferimenti di risorse, il conseguimento dell'equilibrio economico (Corte dei conti, Sezione regionale di controllo per la Liguria, deliberazione n. 31/2016/PRSS).

La Regione, viceversa, anziché assegnare precisi obiettivi alle aziende sulla base di una programmazione finanziaria che ne assicuri l'equilibrio a livello di sistema, ne autorizza la perdita "a posteriori" con un provvedimento adottato sulla base dei risultati della gestione registrati dal bilancio di esercizio.

Il difetto di programmazione, nel senso sopra precisato, impedisce quindi una reale valutazione sulla efficacia e sull'efficienza della gestione aziendale che consenta di ripristinarne in prospettiva l'equilibrio economico.

Strettamente consequenziale all'obbligo di garantire l'equilibrio economico degli enti in corso di esercizio è quello di ripianare le perdite che dovessero manifestarsi alla chiusura dello stesso.

L'art. 1, comma 174, della legge 31 dicembre 2004, n. 311 stabilisce al riguardo che le regioni devono fornire copertura ai disavanzi con le risorse aggiuntive derivanti dalle

manovre fiscali deliberate nell'esercizio successivo (ad esempio attraverso la variazione delle aliquote dell'imposta regionale sulle attività produttive e dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito).

Il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 ha fornito i criteri di contabilizzazione dei contributi per ripiano perdite derivanti dalle predette manovre aggiuntive, stabilendo, da un parte, che questi devono essere iscritti nel bilancio regionale nell'esercizio di competenza dei tributi (art. 20, comma 2-bis) e, dall'altra, che devono essere rilevati in un'apposita voce del patrimonio netto delle aziende sulla base del provvedimento di assegnazione, con contestuale iscrizione di un credito verso la regione fino al momento dell'incasso, quando saranno stornati e portati a diretta riduzione della perdita all'interno della voce utili e perdite portati a nuovo (art. 29, comma 1, lett. d).

Si deve peraltro ritenere che la Regione debba provvedere con la necessaria tempestività sia all'assegnazione che al trasferimento dei predetti contributi in modo da ripristinare l'equilibrio economico della gestione, evitando di trattenere sul bilancio regionale risorse già destinate alle aziende o preventivamente accantonate proprio per la suddetta finalità.

La Regione, nel caso di specie, ha disposto l'assegnazione finale delle risorse destinate al ripiano delle perdite del 2016 dell'Azienda solo in sede di approvazione del bilancio consolidato del SSR intervenuta, tra l'altro, a novembre 2018, a distanza di quasi un anno e 6 mesi rispetto al termine stabilito dalla legge.

Tale ripiano, del resto, appare realizzato, non con nuove risorse aggiuntive derivanti da apposite manovre fiscali secondo lo schema previsto dalla legge, ma con risorse già impegnate nel bilancio regionale in esercizi pregressi, corrispondenti, oltre che a somme destinate al ripiano delle perdite sull'apposito capitolo di spesa alimentato da risorse ordinarie, anche a quote di "payback" non assegnate alle aziende negli esercizi di competenza.

La Sezione, infine, prende atto dei provvedimenti adottati per il ripiano delle perdite pregresse, riservandosi di verificare, in sede di referto annuale sulla copertura delle leggi regionali di spesa, le modalità di finanziamento del piano di rientro pluriennale previsto dall'art. 18 della legge regionale 16 aprile 2019, n. 19.

### **3. GESTIONE DEI FLUSSI DI CASSA.**

**Reiterato ricorso all'anticipazione di tesoreria.**

**Mancato rispetto dei termini di legge per il pagamento dei fornitori.**

**Ritardata assegnazione ed erogazione di risorse da parte della Regione.**

**3.1.** L'Azienda, nel corso dell'esercizio 2016, ha usufruito ininterrottamente dell'anticipazione di tesoreria, maturando interessi passivi per euro 977.615.

Il debito verso l'istituto cassiere risultante dallo stato patrimoniale al 31 dicembre 2016 è pari a euro 91.171.692.

Il reiterato ricorso all'anticipazione di tesoreria, sia pure contenuto nei limiti stabiliti dalla legge, costituisce il sintomo di uno squilibrio nella gestione finanziaria dell'ente che non risulta in grado di far fronte alle necessità di spesa con le entrate riscosse.

La persistente crisi di liquidità, tra l'altro, non ha consentito all'Azienda di rispettare i termini di pagamento dei fornitori previsti dalla vigente normativa.

Dall'attestazione di cui all'art. 41 del decreto-legge n. 66/2014 allegata al bilancio di esercizio risulta infatti che l'importo dei pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati dopo la scadenza dei termini ammonta ad euro 426.376.193.

L'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti di cui all'art. 33 del decreto legislativo n. 33/2013 e al DPCM 22 settembre 2014, è pari a 63,62 giorni.

La situazione sopra descritta può essere imputata, oltre che ad un difetto di programmazione dei pagamenti da parte dell'Azienda, anche alla mancata o ritardata assegnazione ed erogazione di risorse da parte della Regione.

Si riporta quanto dichiarato al riguardo dal Collegio sindacale nella relazione al bilancio di esercizio.

*“L'Azienda è in costante anticipazione di tesoreria. Questo, oltre a comportare un costo in termini di oneri finanziari, è sintomo di una situazione di squilibrio derivante, per la maggior parte, dall'ammontare dei crediti vantati nei confronti della Regione, che risultano regolarmente iscritti in bilancio, ma non liquidati. Il saldo fra partite creditorie e debitorie nei confronti della Regione ammonta ad euro 358.606.274. E evidente che una situazione di questo genere, pur garantendo un equilibrio economico al momento dell'iscrizione del ricavo e un equilibrio patrimoniale al momento della conservazione del credito, determina degli squilibri di cassa che non possono essere che colmati se non mediante un massiccio utilizzo dell'anticipazione, seppur sempre nei limiti massimi previsti”.*

**3.2.** La situazione di carenza di liquidità delle aziende che comporta il ricorso all'anticipazione di tesoreria e influenza negativamente i tempi di pagamento per i fornitori, è da tempo oggetto di particolare attenzione da parte della Regione che, come asserito nelle controdeduzioni, ha provveduto all'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al proprio sistema sanitario e all'erogazione per cassa agli enti, entro il 31 dicembre, di almeno il 95 per cento delle risorse incassate dallo Stato per il finanziamento del servizio sanitario e di quelle autonomamente destinate ai medesimi fini, come richiesto dell'art. 3, comma 7, del decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35.

La stessa Regione, nell'evidenziare un miglioramento della situazione rispetto al passato, ha rimarcato il fatto che, come le aziende accumulano crediti verso la Regione, quest'ultima accumula crediti verso lo Stato per quote residue del FSN, con il conseguente rallentamento delle erogazioni alle aziende per il pagamento dei fornitori. Ulteriore elemento che ha inciso negativamente sulla liquidità a disposizione delle aziende è stato quindi indicato nel contenzioso relativo al "payback" per la spesa farmaceutica il cui importo, parzialmente iscritto nel bilancio della Regione dell'esercizio 2015, come consentito dal decreto-legge n. 179/2015, non è stato ancora riscosso.

L'Azienda, in sede di controdeduzioni, ha trasmesso i dati attestanti l'incremento dei trasferimenti regionali nel triennio 2016-2018 che ha comportato il miglioramento dell'indice di tempestività dei pagamenti, passato da 64 giorni nel 2016 a 17 giorni nel 2018 e ha contribuito a ridurre il ricorso all'anticipazione di tesoreria che nell'esercizio 2018 non ha determinato la permanenza di debito con l'istituto tesoriere.

**3.3.** La Sezione, preso atto di quanto dedotto, accerta la persistente crisi di liquidità dell'Azienda che ha comportato il ricorso ininterrotto all'anticipazione di tesoreria e impedito comunque il rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori, come risulta dai dati contabili e dalle attestazioni sopra indicate.

L'art. 2, comma 2-sexies, del decreto legislativo n. 502/1992 prevede che le regioni disciplinino la possibilità per le aziende sanitarie di ricorrere ad anticipazioni, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi iscritti nel bilancio preventivo annuale.

L'anticipazione di tesoreria, come è noto, risponde all'esigenza di sopperire a momentanee deficienze di cassa che si dovessero manifestare in corso d'esercizio in conseguenza della diversa tempistica dei pagamenti e delle riscossioni.

Si tratta pertanto di una forma di finanziamento che, in quanto diretta alle predette finalità, mantiene un carattere eccezionale.

Di contro, il ricorso all'anticipazione reiterato nel tempo e per importi rilevanti, oltre a produrre un aggravio finanziario derivante dagli interessi passivi che maturano sulla somma concessa, viene a trasformarsi in una forma di indebitamento a medio termine che richiede l'osservanza degli obblighi previsti dall'art. 119 della Costituzione (Corte dei conti, Sezione regionale di controllo per la Liguria, deliberazione n. 36/2016/PRSS).

La persistente crisi di liquidità che obbliga all'utilizzo anomalo dell'anticipazione costituisce il sintomo di un evidente squilibrio di cassa che richiede, da parte delle aziende, una scrupolosa programmazione dei pagamenti nel rispetto dei termini stabiliti dalle vigenti disposizioni di legge e, da parte della regione, tempestivi e adeguati trasferimenti di risorse che consentano alle aziende stesse di far fronte senza ritardo alle proprie necessità di spesa.

Sotto quest'ultimo profilo l'obbligo di garantire l'equilibrio economico degli enti del servizio sanitario, cui si è fatto in precedenza cenno, comporta per le regioni la necessità di assicurarne un congruo finanziamento attraverso il trasferimento integrale delle risorse destinate al sistema sanitario.

La Sezione rileva al riguardo la tardiva individuazione da parte della Regione della quota del FSR da assegnare all'Azienda e la non totale erogazione della stessa entro fine esercizio, circostanze che hanno concorso a determinare la sofferenza di cassa sopra illustrata.

Proprio al fine di prevenire e contenere il fenomeno del sottofinanziamento degli enti, a causa di un differente utilizzo del FSN o di altre risorse regionali, l'art. 20 del decreto legislativo n. 118/2011 impone alle regioni di garantire l'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al proprio sistema sanitario, nonché di accertare ed impegnare nel corso dell'esercizio l'intero importo corrispondente al finanziamento sanitario corrente.

L'art. 3, comma 7, del decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35, allo stesso modo, richiede poi alle medesime regioni l'erogazione per cassa agli enti, entro il 31 dicembre di ogni anno,

di almeno il 95 per cento delle risorse incassate dallo Stato per il finanziamento del servizio sanitario e di quelle autonomamente destinate ai medesimi fini.

Il rispetto di tale disposizione dovrebbe impedire il permanere di una ingente mole di crediti delle aziende verso la regione per quote di FSR, al netto di eventuali poste destinate alla compensazione.

La Sezione, sulla base delle informazioni acquisite in sede istruttoria, ha ricostruito i trasferimenti effettuati dalla Regione all'Azienda rispetto alla quota del FSR 2016 ad essa assegnata.

Si deve preliminarmente rilevare, al riguardo, che la Regione ha provveduto alla ripartizione del FSR 2016 tra le aziende del sistema sanitario attraverso una serie di tre successive deliberazioni di giunta, l'ultima delle quali adottata il 25 settembre 2017, oltre il termine di approvazione del bilancio dell'esercizio 2016 e quasi a ridosso della chiusura del successivo esercizio finanziario (DGR n. 1033/2017).

La quota del FSR assegnata alla Azienda USL Toscana Sud Est, al netto dei saldi di mobilità intraregionale ed extraregionale definiti dalla stessa DGR n. 1033, ammonta ad euro 1.225.177.785,41.

INIZIALE FSI	INTERMEDIO FSI	FINALE FSI	FINALE FSV	MOB EXTRA	MOB INFRA
<i>DGR633/16</i>	<i>DGR1426/16 - FSI</i>	<i>DGR 1033/17 - FSI</i>	<i>DGR 1033/17 - FSV</i>	<i>DGR 1033/17</i>	<i>DGR 1033/17</i>
1.293.165.446,61	17.061.794,00	68.347.094,63	24.515.725,21	17.849.556,61	-195.761.831,64

I pagamenti in conto competenza registrati dal rendiconto regionale a valere sul FSR a favore dell'Azienda, anche in dipendenza della ritardata assegnazione definitiva dello stesso, risultano pari a euro 1.006.421.816,91.

Detratti i pagamenti che la Regione ha effettuato direttamente a favore di ESTAR per conto dell'Azienda stessa, ammontanti ad euro 103.413.029,21, la quota di FSR ancora da trasferire al 31 dicembre 2016 risulta pari ad euro 115.342.939,29, destinata ad incrementare, al netto di ulteriori compensazioni, il valore dei crediti verso la Regione.

FSR 2016 Asl (al netto mobilità)	Pagamenti di competenza 2016	Pagamenti a Estar	FSR 2016 da liquidare al 31/12/2016
1.225.177.785,41	1.006.421.816,91	103.413.029,21	115.342.939,29

I crediti dell'Azienda nei confronti della Regione riportati nello stato patrimoniale del bilancio di esercizio sono pari ad euro 629.489.659, di cui 568.775.204 per spesa corrente e 60.714.455 per versamenti a patrimonio netto.

La quasi totalità dei crediti di parte corrente, per un ammontare di euro 430.073.074, sono riferibili all'accumulo di quote del FSR indistinto che la Regione non ha trasferito all'Azienda nel corso degli anni.

I debiti dell'Azienda verso la Regione, di contro, ammontano complessivamente a euro 270.883.385 quasi interamente assorbiti dalla quota di mobilità passiva intra e extra regionale.

La situazione sopra descritta denota la permanenza nel bilancio regionale di risorse che devono essere trasferite all'Azienda e che trovano rappresentazione nei crediti dello stato patrimoniale.

Non si può ritenere, del resto, che la correlata formazione di crediti della Regione verso lo Stato per quote residue del FSN possa incidere in maniera decisiva sul mancato o ritardato trasferimento di risorse alle aziende, come sostenuto in sede di controdeduzioni, posto che alla cassa regionale affluiscono anche le anticipazioni accordate dal Ministero dell'economia e delle finanze a valere sullo stesso FSN e destinate ad essere oggetto di futura regolazione contabile.

L'ammontare complessivo delle anticipazioni incassate dalla Regione nel 2016, pari a euro 1.768.984.962, risulta del resto superiore al valore degli accertamenti non riscossi a fine esercizio sulle entrate di provenienza statale che concorrono a definire il FSR.

Appare pertanto necessaria una pronta definizione dei rapporti finanziari tra la Regione e l'Azienda attraverso l'azzeramento delle reciproche posizioni creditorie e debitorie più risalenti nel tempo in modo da consentire l'afflusso alle casse aziendali delle quote residue FSR ancora trattenute sul bilancio regionale.

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

(Corte dei conti, Sezione di controllo per la Lombardia, deliberazione n. 167/2016/PRSS).

#### **4. INDEBITAMENTO**

**Significativo incremento dell'indebitamento a carico dell'Azienda conseguente all'autorizzazione regionale alla contrazione di nuovi mutui intervenuta nell'esercizio 2016.**

**4.1.** Nel corso dell'esercizio 2016 l'Azienda, secondo quanto riportato nella relazione-questionario trasmessa dal Collegio sindacale, ha sostenuto costi per il rimborso dei contratti di finanziamento in essere (c.d. "servizio del debito") per euro 3.505.095 (di cui 1.416.292 di quota interessi e 2.088.803,00 di quota capitale).

La Regione, con la deliberazione di giunta n. 722 del 19 luglio 2016, ha disposto la revoca dei contributi in conto capitale per il finanziamento di investimenti assegnati alle aziende del servizio sanitario (con conseguente annullamento del relativo credito a valere su risorse provenienti esclusivamente dal bilancio regionale) per sostituirli con l'autorizzazione a stipulare nuovi mutui a tasso fisso di durata massima decennale.

L'Azienda è stata quindi ulteriormente autorizzata alla contrazione di un nuovo mutuo con la con la deliberazione di giunta n. 1152 del 23 ottobre 2017.

In esecuzioni delle predette autorizzazioni, nel corso del 2017, sono stati contratti 2 mutui per complessivi 31.785.000 e, nel corso del 2018, un ulteriore mutuo decennale di euro 68.800.000, che comporteranno un onere aggiuntivo per il servizio del debito dal 2019 di complessivi euro 12.475.359.

L'incremento esponenziale dell'indebitamento sopra descritto impone di richiamare l'attenzione dell'Azienda e della Regione sulla persistente sostenibilità dello stesso e sulla corretta verifica del rispetto dei limiti di legge.

**4.2.** L'Azienda, nella memoria trasmessa, ha confermato che la capacità di indebitamento è stata calcolata applicando le disposizioni di cui alla deliberazione di giunta n. 206 del 16 marzo 2016 e che tutti i mutui prima dell'attivazione delle procedure di contrazione, sono stati preventivamente autorizzati dalla Regione anche in ragione della capacità di indebitamento complessivo del SSR. E' stato precisato inoltre che, con riferimento all'ultimo bilancio approvato, la capacità di indebitamento



presenta ancora dei margini, anche non considerando la mobilità attiva extraregionale nel computo delle entrate proprie.

**4.3.** La Sezione, preso atto quanto riferito, rileva il significativo incremento dell'indebitamento a carico dell'Azienda conseguente all'autorizzazione regionale alla contrazione di nuovi mutui intervenuta nell'esercizio.

L'art. 2, comma 2-sexies, del decreto legislativo n. 502/1992 prevede che le regioni disciplinino la possibilità per le aziende sanitarie di ricorrere alla contrazione di mutui e all'accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino a un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale e interessi, non superiore al quindici per cento delle entrate proprie correnti, a esclusione della quota di fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione.

Le legge statale, dunque, ha ritenuto di fissare il limite massimo di indebitamento a carico delle aziende e degli altri enti del sistema sanitario in un valore percentuale derivante dal rapporto tra il costo del servizio del debito (quota capitale e quota interessi) e le "entrate proprie" dell'esercizio, senza tuttavia dare di queste ultime alcuna definizione.

Quella di "entrate proprie correnti" costituisce, in realtà, una tipica ripartizione delle entrate del bilancio degli enti pubblici territoriali in regime di contabilità finanziaria dove identifica, di regola, le entrate tributarie e extratributarie di parte corrente rispetto alle quali l'ente dispone di poteri di imposizione e regolazione, con conseguente esclusione dei trasferimenti.

L'applicazione di tale nozione ai ricavi di bilancio di enti in contabilità economico patrimoniale, richiedeva pertanto, in assenza di precisi riferimenti normativi, di procedere per analogia.

Questa Sezione, sulla base un consolidato orientamento giurisprudenziale in materia aveva pertanto ritenuto di individuare le "entrate proprie correnti" delle aziende del SSR essenzialmente nei ricavi derivanti "da prestazioni sanitarie intramoenia" e dalla "compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket)", valutando sulla base delle stesse il livello di indebitamento e il rispetto del relativo limite per ogni azienda.

L'art. 30-bis della legge regionale n. 40/2015, dopo aver ribadito, al comma 1, il limite di indebitamento imposto dalla legge statale, stabilisce, al comma 1-bis, che fatto salvo

quanto stabilito da eventuali disposizioni legislative o regolamentari a valenza nazionale, la determinazione delle poste del valore della produzione che compongono le entrate proprie correnti di cui al comma 1 è affidata a deliberazioni della giunta regionale.

In attuazione della predetta legge regionale la deliberazione di giunta n. 206 del 16 marzo 2016 ha provveduto a definire formalmente le entrate proprie correnti agli effetti del rispetto del limite di indebitamento, individuandole nelle seguenti voci del conto economico.

AA0050) A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)  
AA0180) A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca  
AA0230) A.1.D) Contributi c/esercizio da privati  
AA0440) A.4.A.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici  
AA0450) A.4.A.3) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici Extraregione  
AA0610) A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)  
AA0660) A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati  
AA0680) A.4.D.1) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera  
AA0690) A.4.D.2) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica  
AA0700) A.4.D.3) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area sanità pubblica  
AA0710) A.4.D.4) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58)  
AA0730) A.4.D.6) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro  
AA0760) A.5.A) Rimborsi assicurativi  
AA0770) A.5.B) Concorsi, recuperi e rimborsi da Regione  
AA0840) A.5.D) Concorsi, recuperi e rimborsi da altri soggetti pubblici  
AA0880) A.5.E) Concorsi, recuperi e rimborsi da privati  
AA0940) A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)  
AA1060) A.9) Altri ricavi e proventi

La Regione ha ritenuto, pertanto, di includere nel novero delle “entrate proprie correnti” altre voci di ricavo rispetto a quelle individuate nella prassi, ampliando, e, in taluni casi, raddoppiando il limite di indebitamento rilevato fino a quel momento.

Questo ha consentito quindi alle aziende di essere autorizzate alla contrazione di nuovi mutui per sostenere spese di investimento in precedenza finanziate con contributi regionali in conto capitale.

La Sezione, tutto ciò premesso, esprime perplessità sul fatto che taluni dei ricavi indicati dalla citata deliberazione n. 206/2016, possano essere ricondotti alla nozione di “entrate proprie” agli effetti della misurazione della capacità delle aziende di sostenere finanziariamente il debito contratto.

Si fa riferimento, in particolare, a ricavi corrispondenti alle seguenti voci del Conto Economico:

- A.4.A.3) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici extraregione;
- A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti extraregione in compensazione (mobilità attiva).

Si tratta, infatti, di voci di entrata che, quantunque contabilizzate integralmente tra i ricavi dell'esercizio, affluiscono ai bilanci delle aziende solo nella misura dell'eventuale saldo positivo con i corrispondenti costi.

Si evidenzia al riguardo che il saldo della mobilità extraregionale, quantunque per l'Azienda USL Toscana Sud Est registri nel 2016 un dato positivo, presenta, di regola, un valore negativo per tutte le aziende sanitarie concorrendo a decurtarne la quota di FSR assegnata e, ciononostante, ad elevarne il limite di indebitamento.

L'esposizione debitoria dell'Azienda USL Toscana Sud Est, che nel 2016 registra un rapporto tra costo del servizio del debito e entrate proprie correnti (individuate dalla deliberazione n. 206/2016) del 2,17 per cento, deve essere attentamente monitorato, posto che l'incremento degli oneri derivanti dai nuovi mutui autorizzati, sebbene rientrante nei "nuovi" limiti di legge, si innesta in una situazione finanziaria e patrimoniale, caratterizzata, oltre che dalle perdite registrate fino al 2016, dalla crisi di liquidità con ulteriori oneri derivanti dall'ininterrotto ricorso all'anticipazione di tesoreria.

## **5. VERIFICA DEI PROSPETTI SIOPE.**

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

**5.1.** Dall'esame dei dati del bilancio di esercizio 2016 dell'Azienda è emerso che diverse voci del Conto Economico non trovano corrispondenza nei prospetti SIOPE sui flussi di cassa per valori che non appaiono giustificabili in ragione della diversa modalità di rilevazione (economica/finanziaria) dei fenomeni o della diversa aggregazione dei dati. La criticità è stata riscontrata, in particolare, per i "ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia" risultanti dal conto economico, pari ad euro 16.871.929,00, contro un importo del corrispondente codice SIOPE, di euro 14.729.242,25, con uno scostamento pari al 12,7 per cento, di entità tale da escludere che possa trattarsi di divaricazioni temporali tra valori di competenza e di cassa.

Tale discordanza incide inevitabilmente sulla corretta rappresentazione contabile delle voci di ricavo e di costo anche agli effetti della verifica del rispetto dei limiti prescritti dalla legge da parte degli organi di controllo.

**5.2.** La Regione ha riferito al riguardo che le peculiarità della contabilità economico patrimoniale, fondata sulla rilevazione dei fatti e degli atti economici, e la tecnica alla base della stessa, non permettono una perfetta tracciatura delle operazioni gestionali e contabili tramite i codici SIOPE, ispirati ad una logica finanziaria. La differenza non è solo collegabile ad un diverso modo di intendere la “competenza”, vale a dire “economica” per la contabilità delle Aziende Sanitarie e “finanziaria” nel linguaggio dei codici SIOPE, ma anche ad operazioni che vengono non di rado effettuate per conferire una rappresentazione corretta e veritiera al bilancio (per esempio giroconti per riclassificazioni di costi e ricavi effettuati in momenti successivi a quelli nei quali le scritture contabili hanno rilevato alcuni fatti gestionali), che non si traducono in operazioni finanziarie (reversali d’incasso e mandati di pagamento) o non modificano le operazioni finanziarie già effettuate, mancando, di conseguenza, di tracciatura SIOPE.

L’Azienda ha evidenziato che dal 2016, anno dell’accorpamento delle aziende preesistenti, con la migrazione dei dati contabili in un unico sistema gestionale, sono state introdotte linee guida comuni per omogenizzare le modalità di rilevazione dei fatti aziendali da parte dei diversi operatori che hanno consentito di utilizzare gli stessi codici SIOPE così da affinare le differenze con i dati bilancio come evidenziato nella tabella trasmessa relativa alle prestazioni erogate in regime di Intramoenia dal 2016 al 2018.

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

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

La corrispondenza tra i dati SIOPE e le scritture contabili del bilancio, al di là delle differenze riguardanti la classificazione economica dei dati, costituisce un importante indice della corretta rilevazione dei fatti gestionali, presupposto indispensabile per il coordinamento della finanza pubblica, così come previsto dalla legge 31 dicembre 2009, n. 196.

Le discordanze riscontate nel caso di specie incidono inevitabilmente sulla corretta rappresentazione contabile di varie voci di costo soggette a limite di spesa, precludendo la funzione di controllo intestata a questa Corte.

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

## **6. CONTRATTI PER LA FORNITURA DI BENI E SERVIZI.**

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

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

La spesa complessiva sostenuta nel 2016 in dipendenza di contratti di fornitura, nel quadro delle dinamiche gestionali e finanziarie illustrate nella risposta fornita in sede istruttoria, è stata di euro 241.015.918, con un decremento del 4,03 per cento rispetto a quella sostenuta dalle singole aziende nel 2011.

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

Dal raffronto tra la spesa sostenuta nel 2015 (euro 179.515.832) e nel 2016 (euro 174.122.945) la riduzione realizzata si attesta al 3 per cento.

**6.2.** La Regione ha comunicato al riguardo di aver superato le verifiche del Tavolo degli adempimenti regionali costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze per

l'anno 2016 in relazione all'adempimento "Stabilità ed equilibrio di gestione del Servizio Sanitario Regionale" con la conseguenza di essere considerata in equilibrio in forza di tutte le azioni intraprese per il raggiungimento dello stesso.

L'Azienda ha ulteriormente riferito sul punto che oggetto della revisione di spesa sono i contratti in essere al luglio 2012, pertanto la riduzione richiesta dalla legge statale ha riguardato, per l'anno 2015, la durata residua dei contratti precedentemente in essere e non il valore complessivo degli stessi. I contratti venuti in scadenza nei tempi successivi sono stati avvicendati con nuove aggiudicazioni o adesioni a contratti stipulati dalla Centrale di committenza della Regione Toscana per il SSR (ESTAR) o mediante adesioni a Convenzioni CONSIP, come previsto dalla normativa vigente.

ESTAR, in particolare, ha effettuato direttamente, con il supporto delle aziende sanitarie, le azioni di riduzione di spesa previste per le forniture di beni e servizi destinati alle stesse aziende e contabilizzate nel bilancio di queste ultime e di cui è fornita una esemplificazione.

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

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

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

In maniera similare, l'art. 9-ter del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, fermi restando i limiti finanziari prescritti dall'art. 15, comma 13, del decreto legge 95/2012, ha imposto agli enti del SSN, per predeterminate tipologie di beni e servizi, di proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti, con l'obiettivo di ridurre i prezzi unitari e/o i volumi di

acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti (e senza modifica della relativa durata), del 5 per cento su base annua del valore complessivo dei contratti in essere.

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

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

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

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

## **7. ACQUISTO DI DISPOSITIVI MEDICI.**

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

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

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

L'Azienda non ha rispettato il limite di spesa per dispositivi medici stabilito con la deliberazione di giunta n. 208 del 16 marzo 2016, e dal decreto dirigenziale n. 6377 del 20 luglio 2016 e fissato in euro 63.854.120.

La spesa sostenuta nel 2016 è stata di euro 68.786.843.

**7. 2.** La Regione ha riferito al riguardo che il riferimento alla percentuale di FSR a cui dovrebbe essere commisurato l'acquisto dei dispositivi medici, è da considerarsi molto

ambizioso rispetto alle attività svolte ed ai servizi erogati, in generale, dal SSN, soprattutto alla luce del fatto che negli ultimi anni sono stati immessi nel mercato nuovi dispositivi medici, aventi notevole efficacia terapeutica, ma anche costi elevati, tanto è vero che solo un limitatissimo numero di regioni riesce conseguire il rispetto di questo limite.

E' stato altresì evidenziato che il confronto con il limite stabilito dalle norme vigenti, si declina in modo diverso tra i vari servizi sanitari regionali, facendo apparire più virtuosa la situazione delle regioni che ricorrono in misura maggiore ad erogatori privati di servizi sanitari, accreditati e convenzionati la cui utilizzazione di dispositivi medici non è monitorata da AIFA. La Regione Toscana, che ricorre in misura minima ai soggetti privati convenzionati ed eroga la quasi totalità dei servizi sanitari direttamente attraverso le aziende sanitarie pubbliche, viene quindi penalizzata da questa modalità di rilevazione dei consumi.

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

L'Azienda ha precisato sul punto che questo costo è direttamente correlato ai volumi di attività e in particolare a quelli dell'attività chirurgica, per la quale l'obiettivo è quello di ridurre le liste di attesa.

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

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

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



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

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

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

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

## **8. SPESA FARMACEUTICA.**

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

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

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

L'Azienda non ha rispettato l'obiettivo attribuito dalla Regione con l'allegato 6 del decreto n. 6377 del 20 luglio 2016, di integrazione e specificazione di quanto stabilito dalla delibera di giunta n. 208 del 16 marzo 2016 per la distribuzione diretta, fissato in euro 47.956.830.

La spesa farmaceutica per la distribuzione diretta sostenuta nel 2016 è stata di euro 67.553.911.

**8.2.** La Regione ha riferito al riguardo che la spesa farmaceutica ospedaliera (dal 2017 riclassificata all'interno della spesa per acquisti diretti) è oggetto di grande attenzione da parte dell'amministrazione regionale, che ha intrapreso azioni specifiche destinate a

ridurre l'ammontare in misura significativa che hanno iniziato a mostrare effetti positivi soprattutto a partire dall'esercizio 2018.

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

L'Azienda ha precisato che nel periodo di riferimento sono stati introdotti nel mercato ed oggetto di gare (a gestione ESTAR) nuovi farmaci più costosi, ma con livelli di sicurezza ed efficacia più elevati e con conseguenti guadagni in termini di sopravvivenza e qualità della vita.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **9. ACQUISTO DI PRESTAZIONI DA PRIVATI ACCREDITATI**

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

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

La spesa complessiva del 2016 è stata, infatti, pari a euro 89.924.538, a fronte dei 41.081.000 spesi nel 2011 dalle Aziende USL n. 7, 8 e 9.

**9.2.** L'Azienda, in sede istruttoria aveva riferito che al netto degli acquisti di prestazioni da medici SUMAI e da strutture partecipate dalla stessa Azienda non aventi natura di soggetti privati, la mancata riduzione dei costi si riscontra solo per le prestazioni di assistenza ospedaliera in favore di cittadini di altre regioni rispetto alle quali gli atti di programmazione regionale in materia, fino al 2017, non prevedevano limiti di spesa.

L'Azienda quindi, nel ricordare che è la Regione il soggetto istituzionale tenuto a garantire il rispetto dell'obiettivo finanziario fissato dalla disposizione di legge statale di coordinamento della finanza pubblica, dichiara di essersi attenuta, in assenza di diverse direttive da parte dei competenti uffici regionali, a quanto previsto

dall'”accordo relativo al triennio 2012-2014 tra la Regione Toscana e le Associazioni in rappresentanza delle strutture ospedaliere private accreditate”, approvato con deliberazione di giunta n. 1062 del 28 novembre 2015 secondo il quale l'attività per i residenti fuori regioni poteva essere erogata *“oltre il volume economico contrattuale e senza limiti di budget”*.

La Regione, solo con la deliberazione 3 aprile 2017 n. 343 recante *“determinazione dei tetti della mobilità interregionale per l'acquisto di prestazioni da soggetti privati accreditati e approvazione delle azioni di ottimizzazione”*, ha reso operativo il tetto di spesa a livello regionale per le prestazioni di ricovero rese dai privati accreditati a favore dei cittadini non residenti in Toscana, stabilendo di applicare, in assenza di accordi interregionali, *“per il periodo 2016-2019 l'unico criterio normativamente vigente, vale a dire quello previsto dall'articolo 15, comma 14, del decreto-legge n. 95/2012 consistente nel valore già riconosciuto per l'anno 2011 ridotto del 2 per cento, fermo restando la libera mobilità per i DRG classificati ad alta complessità, come definito dalla legge di stabilità 2016 (comma 574), nel rispetto dell'equilibrio economico complessivo del SSR, e fatti salvi altri futuri diversi accordi tra le rispettive regioni”*.

La stessa Azienda, in aggiunta a quanto comunicato in sede istruttoria, ha riferito, nella memoria trasmessa, che mentre l'attività di ricovero di bassa complessità per residenti fuori regione è stata erogata in conformità ai tetti stabiliti dalla Regione Toscana in applicazione della citata deliberazione di giunta, l'attività classificata di alta complessità, di contro, ha registrato anche nell'esercizio 2017 un incremento di spesa.

L'Azienda ha quindi adottato un proprio atto di programmazione per l'anno 2018 con il quale ha posto limiti di produzione a tutta l'attività di ricovero per utenti fuori regione, sia di alta che di bassa complessità, sia erogata in regime di ricovero ospedaliero che a livello ambulatoriale, confermando il livello di produzione registrato nell'anno 2016.

Contro il predetto atto è stato proposto ricorso da parte delle case di cura convenzionate respinto dal TAR Toscana con sentenza n. 1600/2018.

La Regione, nella nota trasmessa per l'adunanza, ha riferito al riguardo di avere adottato, per quanto concerne l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati e convenzionati, gli atti programmatici definiti con le deliberazioni di giunta n. 343 del 3 aprile 2017 e n. 1220 dell'8 novembre 2018, tenendo conto delle

interpretazioni che si sono susseguite nel tempo su alcuni aspetti della normativa di settore, con particolare riferimento alle prestazioni rese in favore dei cittadini residenti in altre Regioni.

La stessa Regione rimane in attesa dell'esito dei ricorsi al Tribunale amministrativo regionale da parte di alcuni privati accreditati per apportare eventuali modificazioni agli atti adottati.

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

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

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

Questa Sezione, con la deliberazione n. 14/2018/PRSS sul bilancio di esercizio 2015 dell'Asl Toscana Sud Est, ha già chiarito che il limite di spesa fissato dalla disposizione sopra riportata non può essere riferito alle sole prestazioni rese nei confronti dei cittadini residenti nella regione, trattandosi, al contrario, di un limite complessivo cui

la Regione aveva l'obbligo di conformarsi, attraverso interventi di programmazione della relativa spesa già dal 2012.

Questa interpretazione è stata confermata anche dal TAR Toscana, che nel respingere i ricorsi presentati dai privati convenzionati avverso il provvedimento adottato dall'Azienda, ha ulteriormente precisato che *“fermi i vincoli di spesa per il convenzionamento di cui al primo periodo dell'art. 15, comma 14, del decreto-legge luglio n.95/2012, i quali comprendono anche le prestazioni di alta specialità rese a vantaggio degli extra regione di cui al secondo periodo, ciò che la norma di spending review prevede è la facoltà di derogare al predetto limite per tale ultima tipologia di prestazioni, purché all'aumento di spesa per l'alta specialità consegua un analogo risparmio per le altre prestazioni, come previsto nel terzo periodo”* (TAR Toscana, sentenza n. 1600 dell'11 dicembre 2018).

La Sezione prende favorevolmente atto del provvedimento adottato dall'Azienda per assicurare il rispetto del limite di spesa richiesto dalla legge, in attesa di una conforme regolamentazione della stessa a livello regionale.

## **10. SPESE DI PERSONALE**

**Mancato rispetto dell'obiettivo di riduzione della spesa di personale previsto dalla legge.**

**10.1.** L'Azienda, secondo quanto risulta dall'esame dei dati contabili acquisiti dalla Sezione, non ha conseguito l'obiettivo di riduzione della spesa di personale in misura pari all'1,4 per cento rispetto al corrispondente ammontare dell'anno 2004 richiesto dall'art. 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.

L'Azienda dichiara di aver superato il limite di spesa del 2004 pari a euro 401.882.930 per euro 4.704.987, sostenendo una spesa del personale, al netto dei rinnovi per contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti dopo il 2004, di 406.587.917.

Si è invece rilevato da CE un costo del personale pari a 489.196.586,00 euro che, al netto dei rinnovi per contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti dopo il 2004, si riduce a 418.197.632 euro, superando di 16.314.701,51 il limite complessivo posto dalla spesa del 2004 delle tre ex Aziende.

Si precisa al riguardo che la Sezione ha adottato un criterio di calcolo uniforme, fondato sulle risultanze del conto economico, non ritenendo di poter condividere i criteri di calcolo utilizzati dall'Azienda, in quanto privi di immediato riscontro con i dati contabili di bilancio.

**10.2.** La Regione ha riferito al riguardo che l'andamento del costo del personale all'interno del comparto regionale, pur non essendo ancora al di sotto del limite totale dei costi sostenuti nel 2004 ridotti dell'1,4 per cento, fa comunque rilevare un trend decrescente tra il 2015 ed il 2016 (art. 1, comma 574, della legge 23 dicembre 2014, n. 190), come risulta dai bilanci d'esercizio e dai dati dei Conti Annuali del personale presentati dalle Aziende e dagli Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Ciò, anche se non è stata ancora formalmente chiusa la verifica su tale punto da parte dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali (con il quale si sta concordando l'esatta perimetrazione delle voci di costo da includere nel computo), pone la Toscana al sicuro rispetto a tale adempimento, previsto per il Servizio Sanitario Regionale, anche in considerazione del fatto che devono essere sicuramente esclusi dal computo i costi di alcune categorie di personale previste dalla circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 9 del 17 febbraio 2006.

L'Azienda ha ulteriormente precisato che tra le voci ivi previste quella che maggiormente ha inciso nel calcolo del limite di spesa è stata l'esclusione dalle basi di calcolo dell'incremento del costo del personale appartenente alle categorie protette, che l'Azienda, per legge, è obbligata ad assumere.

E' stato ribadito, inoltre, che il mancato raggiungimento del limite, risulta fortemente condizionato dal passaggio al rapporto di lavoro dipendente di numerosi medici di medicina generale convenzionati per l'emergenza sanitaria territoriale, passaggio avvenuto negli anni 2008 e 2010 sulla base di precise indicazioni regionali.

Si fa notare infine che il costo del personale si è complessivamente ridotto rispetto al costo dell'anno 2015 risultante dalla sommatoria del costo del personale dei bilanci delle ex aziende.

**10.3.** La Sezione, preso atto di quanto dedotto, rileva il mancato conseguimento da parte dell'Azienda dell'obiettivo di riduzione della spesa di personale come emerge dai dati di bilancio sopra riferiti, in attesa che l'esatta individuazione delle voci di spesa da includere nel computo sia ridefinita a livello normativo.

L'art. 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, i cui contenuti sono stati prorogati dall'art. 17, comma 3, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 fino al 2020, stabilisce che gli Enti del SSN concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, adottando misure necessarie a garantire che la spesa del personale, al lordo

degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'Irap, non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento.

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

Ai fini dell'applicazione di tali disposizioni, le spese indicate sono considerate al netto delle:

- a) spese, per l'anno 2004, per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro;
- b) spese, per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004.

Sono comunque fatte salve, e devono essere escluse sia per l'anno 2004 sia per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati, nonché le spese relative alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa, per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'articolo 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

L'art. 1, comma 574, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, nel prorogare fino al 2020 il vincolo di spesa, ha stabilito che 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.

#### **P.Q.M.**

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



## ACCERTA

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

## INVITA

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

## DISPONE

che copia della presente deliberazione sia trasmessa al Direttore generale dell'Azienda USL Toscana Sud Est, al Collegio sindacale dell'Azienda e al Presidente della Regione Toscana.

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

Così deciso in Firenze nell'adunanza del 20 giugno 2019

Il magistrato relatore

f.to Paolo Bertozzi

Il Presidente

f.to Cristina Zuccheretti

Depositata in Segreteria il 25 luglio 2019

Il funzionario preposto al servizio di supporto

f.to Claudio Felli