



REPUBBLICA ITALIANA

LA CORTE DEI CONTI



SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER LA PUGLIA

Nell'adunanza del 11 dicembre 2014, presenti i magistrati:

Consigliere	Luca Fazio	Presidente f.f.
Consigliere	Stefania Petrucci	
Referendario	Rossana De Corato	
Referendario	Cosmo Sciancalepore	
Referendario	Carmelina Adesso	Relatore

ha assunto la seguente deliberazione:

Vista la legge 14 gennaio 1994, n. 20 recante disposizioni in materia di giurisdizione e controllo della Corte dei conti;

Visto il regolamento n. 14/2000 per l'organizzazione delle funzioni di controllo della Corte dei conti, deliberato dalle Sezioni Riunite della Corte dei conti in data 16 giugno 2000 e successive modificazioni;

Vista la legge 5 giugno 2003, n. 131 recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18.10.2001, n. 3;

Visto l'art. 5 della legge regionale 28 dicembre 2006, n. 39 che ha previsto la riduzione delle Aziende sanitarie locali della Regione ad una per ogni provincia;

Visti i commi 166 e 170 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (finanziaria 2006), e s.m.;

Visti i commi 3 e 7 dell'art. 1 del D.L. 10.10.2012, n. 174 convertito c.m. in legge 7.12.2012, n. 213;

Vista la Deliberazione n. 19/2013/AUT/INPR del 1 agosto 2013 della Sezione per le Autonomie della Corte dei conti con cui sono state approvate, relativamente ai rendiconti dell'esercizio 2012, le linee guida con correlato questionario, da utilizzarsi dai collegi sindacali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere per la redazione della relazione innanzi detta;

Vista la relazione rimessa dal collegio sindacale dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Lecce;

Viste le osservazioni del Magistrato Istruttore, Ref. Carmelina Adesso;

Vista l'ordinanza presidenziale con la quale è stata convocata la Sezione regionale di controllo per la Puglia per la data del 11 dicembre 2014;

Viste la nota istruttoria, prot. n. 1996 del 03/06/2014, e successive integrazioni, e la risposta prot. n. 2407 del 10/07/2014 e successive integrazioni;

Udito il relatore, Ref. Carmelina Adesso;

Uditi il Direttore Generale ed il Direttore Amministrativo;

PREMESSO IN FATTO

In sede di esame del questionario trasmesso dal Collegio sindacale dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Lecce, relativo al bilancio d'esercizio 2012, redatto ai sensi dell'articolo 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, come integrata dall'art. 1, commi 3 e 7, del decreto legge 10 ottobre 2012, n. 174, convertito in legge 7 dicembre 2012 n. 213, sono emerse alcune criticità per le quali è stata avanzata richiesta istruttoria con prot. n.1996 del 03/06/2014 e successive integrazioni.

Con nota prot. n.2407 del 10/07/2014, e successive integrazioni, l'Azienda forniva i chiarimenti richiesti.

Esaminata la documentazione depositata, il Magistrato istruttore rilevava non superate le seguenti criticità: perdita di esercizio, vincoli sulle disponibilità liquide, illegittimo ricorso a proroghe contrattuali e all'affidamento diretto per gli acquisti di beni e servizi, superamento del tetto della spesa farmaceutica, superamento del limite della spesa per missioni, incremento della mobilità passiva extraregionale.

Il Presidente di Sezione f.f. procedeva, quindi, con ordinanza n. 67/2014 a convocare l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Lecce per l'odierna adunanza pubblica ed a disporre la trasmissione delle osservazioni del Magistrato istruttore, relative alle criticità rilevate in sede istruttoria. Con la medesima ordinanza presidenziale veniva fissato il termine del 5 dicembre 2014, ore 12.00, per l'invio di eventuali memorie illustrative o di ulteriore documentazione. Copia dell'ordinanza n. 67/2014 e delle osservazioni del Magistrato istruttore sono state inviate all'Ente il 24 novembre 2014.

Successivamente alla convocazione, pervenivano le memorie sulle osservazioni del Magistrato, con nota acquisita al prot. n.4648 del 11 dicembre 2014.

All'odierna adunanza sono intervenuti, in rappresentanza dell'Azienda, il Direttore Generale ed il Direttore Amministrativo.

CONSIDERATO IN DIRITTO

L'art. 1, commi 166 e seguenti, della legge n. 266/2005, 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.

Alla stregua delle indicazioni fornite dall'art. 1, comma 167, della legge n. 266/2005 le relazioni sindacali devono in ogni caso *"dare conto del rispetto degli obiettivi annuali posti dal patto di stabilità interno, dell'osservanza del vincolo previsto in materia di indebitamento dall'art. 119, ultimo comma della Costituzione, e di ogni grave irregolarità contabile e finanziaria, in ordine alle quali l'amministrazione non abbia adottato le misure correttive segnalate dall'organo di revisione"*. 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 con modificazioni dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213, ha precisato e potenziato l'oggetto del controllo, sancendo che le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti esaminino 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'art. 1, commi 166 e ss., della legge n.266/2005, per la verifica degli obiettivi annuali posti dal patto di stabilità interno, dell'osservanza del vincolo previsto in materia di indebitamento dall'art. 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.

In base al successivo comma 7, l'accertamento, da parte delle Sezioni regionali della Corte di *"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"* fa sorgere 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"*.

In caso di inottemperanza al suddetto obbligo di trasmissione, o nel caso in cui 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"*.

La disposizione appena richiamata prevede, pertanto, anche in relazione agli Enti del Servizio sanitario l'effetto interdittivo sui programmi di spesa dell'esito negativo del controllo, analogamente a quanto sancito per il controllo finanziario degli Enti locali. Tuttavia, il controllo affidato alla Corte dei conti sugli Enti del Servizio Sanitario presenta connotati peculiari, stante

l'inevitabile coinvolgimento del diritto fondamentale alla salute e l'esigenza di contemperare la tutela di predetto diritto con la necessità di razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria. Sull'architettura di siffatto sistema di controllo è intervenuta anche la Corte Costituzionale con la recente sentenza n. 39/2014 dove, in merito alle questioni sollevate proprio con riferimento al sistema di controlli di cui al comma 7 sui bilanci preventivi e i rendiconti consuntivi degli enti del Servizio sanitario nazionale, ha ribadito che *"il controllo finanziario attribuito alla Corte dei conti e, in particolare, quello che questa è chiamata a svolgere sui bilanci preventivi e sui rendiconti consuntivi degli enti locali e degli enti del Servizio sanitario nazionale, va ascritto alla categoria del sindacato di legalità e di regolarità - da intendere come verifica della conformità delle (complessive) gestioni di detti enti alle regole contabili e finanziarie - e ha lo scopo, in una prospettiva non più statica (com'era il tradizionale controllo di legalità-regolarità), ma dinamica, di finalizzare il confronto tra fattispecie e parametro normativo all'adozione di effettive misure correttive, funzionali a garantire l'equilibrio del bilancio e il rispetto delle regole contabili e finanziarie"*.

Con riferimento all'obbligo, sancito dal citato comma 7, di adozione, da parte dell'ente, di provvedimenti di modificazione del bilancio o del rendiconto necessari a rimuovere le irregolarità ed a ripristinare gli equilibri di bilancio ed in relazione alle conseguenze scaturenti dalla violazione del medesimo, la Corte ha osservato che *"Si tratta, dunque, di effetti chiaramente cogenti nei riguardi degli enti del Servizio sanitario nazionale e, nel caso di inosservanza degli obblighi a questi imposti, inibitori, pro parte, dell'efficacia dei bilanci da essi approvati"*; ha, infine, precisato che *"siffatti esiti del controllo sulla legittimità e sulla regolarità dei conti degli enti del Servizio sanitario nazionale sono volti a evitare danni irreparabili agli equilibri di bilancio di tali enti. Essi comportano, in tutta evidenza, una limitazione dell'autonomia degli enti del Servizio sanitario nazionale, che, tuttavia - come questa Corte ha già incidentalmente rilevato nella sentenza n. 60 del 2013 - si giustifica «in forza del diverso interesse alla legalità costituzionale-finanziaria e alla tutela dell'unità economica della Repubblica perseguito [...] in riferimento agli artt. 81, 119 e 120 Cost.», anche in considerazione delle esigenze di rispetto dei vincoli posti dal diritto dell'Unione europea. La ragionevolezza, in funzione della tutela dell'indicato interesse alla legalità costituzionale-finanziaria e dell'unità economica della Repubblica, degli esiti del controllo finanziario della Corte dei conti sui bilanci degli enti del Servizio sanitario nazionale previsti dall'impugnato comma 7 - i quali consentono di garantire il rispetto dei menzionati interessi costituzionali anche quando l'ente controllato non vi provveda spontaneamente - comporta l'infondatezza delle doglianze avanzate dalle ricorrenti in ordine al carattere «coercitivo» e «sanzionatorio e repressivo» degli stessi. Tale conclusione, del resto, è ancor più valida a seguito dell'imposizione a tutte le pubbliche amministrazioni, ad opera della legge cost. n. 1 del 2012, della fondamentale regola dell'equilibrio dei bilanci (art. 97, primo comma, Cost., nel testo modificato dalla citata legge costituzionale), del cui rispetto la copertura e la sostenibilità finanziaria della spesa costituiscono essenziali presidi"*.

L'Istruttoria condotta sul bilancio 2012 dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Lecce ha evidenziato alcune criticità rilevanti ai sensi del combinato disposto dell'art. 1 comma 166 e seguenti della legge n. 266/2005 e dell'art. 1, commi 3 e 7, del decreto legge n. 174/2012.

1. Perdita di esercizio.

Il bilancio chiuso al 31 dicembre 2012 evidenzia una perdita pari ad Euro migliaia 190, in conseguenza della quale il Collegio sindacale ha espresso parere non favorevole al bilancio di esercizio.

L'Azienda ha sottolineato come il risultato del 2012 evidenzi un notevole miglioramento nella gestione rispetto a quello del 2011, in cui la perdita ammontava ad Euro 11.811.000; ha riferito, inoltre, che, nel 2013, la criticità è stata superata con il conseguimento di un utile pari ad Euro 25.775, grazie ad una gestione più oculata delle assegnazioni regionali e della *spending review* in atto che ha determinato un contenimento dei costi ed una contrazione dei debiti verso i fornitori.

Il Collegio prende atto del miglioramento dei risultati della gestione realizzati dall'Azienda, tuttavia, rinvia al principio di equilibrio di bilancio cui deve essere orientata l'azione amministrativa, che per l'esercizio 2012 risulta disatteso.

2. Vincoli sulle disponibilità liquide.

Nel corso dell'Istruttoria è emersa l'esistenza di gravami sulle disponibilità liquide dell'Azienda per un ammontare complessivo di Euro 1.936.072,69, tra cui alcuni pignoramenti risalenti nel tempo (pignoramento del 25/09/2003 per Euro 6.000,00 della Neopharmed S.p.a. e pignoramento del 19/10/2009 per Euro 1.996,27 della ITOP S.p.a. - Istituto ortopedico Preneste S.p.a.), ed altri, temporalmente più recenti, ma di ammontare rilevante (pignoramento del 9/10/2012 per Euro 1.105.505,95 dell'Istituto ortopedico Preneste S.p.a.). In relazione a tale criticità si è chiesto di indicare le iniziative adottate per il superamento.

L'Azienda ha risposto che sono stati ridotti i tempi di pagamento delle fatture, passati da 248 giorni a 150 giorni, e che *"nell'anno 2014 le fatture ricevute dai fornitori con data documento fino al 15.07.2014 sono pari a circa Euro 305.000.000; di queste circa Euro 251.000.000, pari a circa l'82% risultano già pagate alla data del 15 settembre 2014"*.

All'odierna adunanza il Direttore Generale, nel ribadire quanto sopra, ha precisato che i vincoli predetti sono in graduale assorbimento e che attualmente interessano il 20% delle disponibilità liquide che risultavano pignorate nel 2012; ha confermato, infine, che vi è stata una forte contrazione dei tempi medi di pagamento.

Il Collegio, pur prendendo atto del *trend* migliorativo sopra indicato, non può che confermare la criticità per l'esercizio 2012. Si sottolinea, inoltre, che i tempi medi di pagamento sopra indicati (150 giorni), anche se in netto miglioramento rispetto agli esercizi precedenti, sono comunque superiori ai termini di legge e, pertanto, suscettibili di determinare non solo il maturare *ipso iure* di interessi moratori, ma anche l'insorgere di ulteriore contenzioso e di nuovi



vincoli di indisponibilità. Infatti, se non espressamente escluso, i pagamenti ai fornitori devono avvenire nell'ordinario termine di 30 giorni stabilito dal decreto legislativo 9 ottobre 2002 n. 231 (da ultimo modificato dal decreto legislativo del 9 novembre 2012, n. 192, che, peraltro, intervenendo sull'art. 4 del d. lgs. n. 231/2002, prevede, al comma 5, il raddoppio dei termini "per gli enti pubblici che forniscono assistenza sanitaria e che siano stati debitamente riconosciuti a tale fine").

3. Illegittimo ricorso a proroghe contrattuali e ad affidamento diretto per acquisti di beni e servizi.

In sede istruttoria è emerso il frequente ricorso alla proroga dei contratti in essere e all'affidamento diretto per gli acquisti di beni e servizi.

In particolare, in merito al reiterato ricorso all'affidamento diretto, il Collegio sindacale, nella relazione al bilancio, ha osservato che gli interventi di piccola riparazione, attesa la loro frequenza e ripetitività, andrebbero eseguiti sulla base di un contratto di manutenzione che consentirebbe un risparmio di costi e una maggiore trasparenza.

In sede di controdeduzioni, l'Azienda ha osservato che "stante le poche risorse economiche di cui si dispone per le manutenzioni delle strutture si è da sempre preferito intervenire 'a guasto' in luogo di procedere all'affidamento di contratti di manutenzione di natura impiantistica, strutturale o altro poiché il notevole patrimonio immobiliare della ASL e la sua vetustà richiederebbe un programma manutentivo di altra natura e spessore che se, da un lato, limiterebbe sicuramente la frequenza delle riparazioni, da un altro lato, comporterebbe costi superiori dovuti proprio alla natura conservativa di una manutenzione programmata". Sempre dalle controdeduzioni è emerso che i singoli interventi di riparazione (in particolare, quelli liquidati con determina dirigenziale n. 221 del 21/06/2012) sono stati affidati in conformità a quanto previsto dal Regolamento aziendale sugli acquisti in economia, approvato con delibera C.S. n. 993 del 3/07/2007 che, all'articolo 7, stabilisce: "per i lavori di importo pari o inferiore ad Euro 40.000,00 si potrà procedere prescindendo dal confronto di mercato, incaricando direttamente una ditta previa richiesta di preventivo e con emissione di apposito ordine".

Quanto alle proroghe, l'Azienda ha precisato che sta progressivamente eliminando tutte le situazioni di proroga, cui, attualmente, si ricorre soltanto nelle more dell'espletamento delle procedure di gara per garantire i servizi essenziali. Le situazioni di proroga che si trascinano da tempo sono legate ai numerosi contenziosi che si instaurano nelle procedure di selezione, dalla fase di indizione sino a quella di aggiudicazione e che ritardano l'avvio del servizio. L'Azienda ha, inoltre, aderito a diverse convenzioni Consip (convenzione per la fornitura di un sistema integrato di servizi per la gestione e conduzione degli impianti tecnologici per gli immobili adibiti ad ufficio, convenzione per l'affidamento del servizio energia, convenzione per la gestione e conduzione degli impianti di trasporto verticale e orizzontale) ed accordi quadro (in particolare, l'accordo quadro relativo agli interventi manutentivi su tutte le reti telematiche della ASL e l'accordo quadro che ha interessato il P.O. "V. Fazzi" di Lecce).



Il Direttore Generale, in adunanza, ha aggiunto che le proroghe sono state ridotte drasticamente e che, in ogni caso, non si procede mai all'affidamento a una singola ditta, se non in condizioni di estrema urgenza, e, comunque, sempre previa gara informale; ha riferito, inoltre, che uno dei contratti più importanti gestito in proroga è quello del servizio di ristorazione, a causa di un contenzioso avente ad oggetto la c.d. "clausola sociale" per il trasferimento dei lavoratori. Ha osservato, infine, come la sottoscrizione di un contratto di manutenzione avrebbe la finalità di prevenire costi futuri, finalità che l'attuale situazione del sistema sanitario non è in grado di permettersi.

In merito agli acquisti in affidamento diretto, il Collegio non può non evidenziare che, se pure conformi al regolamento interno aziendale adottato con delibera C.S. n. 993 del 3/07/2007, gli stessi si pongono in contrasto con quanto disposto dall'art. 125, commi 8 e 11, del d. lgs. n. 163/2006.

Più precisamente, il citato regolamento, così come riportato in sede di controdeduzioni e come sopra richiamato, all'art.7 prevede espressamente "per i lavori di importo pari o inferiore ad Euro 40.000,00 si potrà procedere prescindendo dal confronto di mercato, incaricando direttamente una ditta previa richiesta di preventivo e con emissione di apposito ordine", mentre l'art. 125 del codice limita l'affidamento diretto ai lavori, servizi e forniture di importo inferiore ai 40.000 euro, richiedendo, per i contratti di importo pari o superiore a siffatta soglia, il ricorso alla procedura di cottimo fiduciario che presuppone un confronto, sia pure informale, con il mercato (cfr. art. 125 comma 8: "l'affidamento mediante cottimo fiduciario avviene nel rispetto dei principi di trasparenza, rotazione, parità di trattamento, previa consultazione di almeno cinque operatori economici, se sussistono in tale numero soggetti idonei, individuati sulla base di indagini di mercato ovvero tramite elenchi di operatori economici predisposti dalla stazione appaltante. Per i lavori di importo inferiore a quarantamila euro è consentito l'affidamento diretto da parte del responsabile del procedimento").

In relazione alle modalità di individuazione delle ditte incaricate, inoltre, l'Azienda ha riferito, a seguito di specifica domanda rivolta dal Collegio, che le stesse sono state scelte, sino all'anno 2012, da un albo interno di ditte di fiducia (aperto a coloro che ne avessero fatto richiesta), mentre, a partire dal 2013, vengono selezionate tra quelle iscritte nell'albo regionale attraverso il portale Empulia. Tuttavia, non è stato chiarito il criterio di scelta tra i nominativi contenuti nell'elenco, in modo da garantire il rispetto del principio di rotazione.

In ultimo, con riferimento alle proroghe contrattuali, si ricorda che, fermo restando il disposto dell'art. 57, comma 7, del d. lgs. n.163/2006 ("è in ogni caso vietato il rinnovo tacito dei contratti aventi ad oggetto forniture, servizi, lavori, e i contratti rinnovati tacitamente sono nulli"), la proroga espressa è consentita esclusivamente per il periodo utile a completare le operazioni di selezione del contraente, a condizione che si dimostri che non è stato possibile bandire precedentemente la procedura selettiva e che il servizio (o la fornitura) è indispensabile e non possa essere interrotto. La proroga deve, pertanto, essere sorretta da congrua motivazione in relazione alla sussistenza di tutti i presupposti sopra richiamati.



Per le ragioni sopra esposte, la criticità non può considerarsi superata.

4. Spesa farmaceutica.

La razionalizzazione della spesa farmaceutica è uno degli obiettivi perseguiti dal legislatore nazionale fin dal 2002. Da allora numerose disposizioni hanno introdotto tetti di spesa, sotto forma di percentuale sul finanziamento complessivo, sia per la spesa farmaceutica territoriale, in tutte le sue forme (convenzionata, diretta e per conto), sia per quella ospedaliera.

L'art. 15 del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 (cd. Spending Review), modificando l'art. 5 comma 5, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, ha fissato le percentuali rispettivamente al 13,1% e al 2,4% per il 2012.

Si osserva che, nel 2012, la Regione Puglia ha superato il tetto programmato della spesa farmaceutica ospedaliera (fonte: Agenzia Italiana del Farmaco AIFA: Rapporto Nazionale Anno 2012).

Considerato che detti limiti di contenimento fissati dal legislatore nazionale debbono essere realizzati a livello regionale, è compito della Regione, al fine di raggiungere l'obiettivo globale assegnatole, individuare per le singole Aziende specifici obiettivi per l'assistenza farmaceutica.

Premesso quanto sopra, in nota istruttoria si chiedeva *"l'ammontare della spesa farmaceutica – territoriale ed ospedaliera- sostenuta nell'esercizio, quantificando l'eventuale scostamento rispetto al limite stabilito dalla Regione"*. La domanda mirava a conoscere se, da un lato, la Regione avesse fissato specifici obiettivi e se, dall' altro lato, siffatti obiettivi fossero stati raggiunti dall'Azienda, concorrendo, per la propria quota, all'osservanza del tetto a livello regionale.

L'ASL della Provincia di Lecce, nella risposta istruttoria, ha precisato che la spesa farmaceutica territoriale si attesta intorno al 13,96% e che la spesa farmaceutica ospedaliera ha registrato una contrazione rispetto all'esercizio 2011, passando da Euro migliaia 37.409 ad Euro migliaia 35.770 rappresentando circa il 4,66% del fondo sanitario assegnato (lo scostamento rispetto al parametro del 2,4% è legato principalmente all'utilizzo di farmaci ad alto costo, quali i farmaci biologici).

Il Direttore Generale ha confermato la mancata osservanza dei tetti fissati dal legislatore sottolineando che i risultati sono in miglioramento nell'anno 2013, ma che il controllo della spesa è un obiettivo difficile da attuare.

Sul punto, occorre precisare che dall'istruttoria non è emerso con chiarezza quali obiettivi abbia fissato la Regione all'Azienda in materia di spesa farmaceutica.

Parimenti, dall'analisi del D.I.E.F. 2010-2012 (D.G.R. n. 2866 del 20 dicembre 2010, paragrafo 4.6 punto 7, razionalizzazione della spesa farmaceutica) emerge l'indicazione di interventi programmatici di razionalizzazione (es. individuazione di principi attivi rispetto ai quali emanare indirizzi sulle modalità prescrittive, indirizzi regionali per l'incremento dell'utilizzo farmaci generici all'interno della medesima categoria farmaceutica, rimodulazione del sistema di esenzione ticket per fascia di reddito ecc.), ma nulla è precisato in merito ad obiettivi



specifici attraverso cui le singole Aziende del servizio sanitario regionale devono concorrere all'osservanza del tetto della spesa farmaceutica fissato dal legislatore nazionale. In particolare, le indicazioni contenute nel D.I.E.F. si risolvono in obiettivi generici e, quindi, di fatto non assegnati, in assenza della contestuale individuazione di precisi indici di misurazione. Siffatta incertezza è certamente ostativa alla realizzazione delle finalità di efficienza nell'uso delle risorse destinate al settore sanitario e di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie cui si ispira la riduzione della spesa mediante fissazione dei tetti.

Per le ragioni sopra esposte e dovendo considerare, quale unico parametro di riferimento certo, quello fissato dalla normativa nazionale (art. 5 del d.l. n. 159/2007), ovvero il rapporto tra la spesa farmaceutica e le risorse assegnate, non si può non rilevare che risultano superati i tetti fissati dal legislatore per la spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera.

Si tratta di una criticità già emersa, con riferimento alla spesa farmaceutica ospedaliera, in sede di esame del bilancio relativo all'esercizio 2011 (deliberazione n. 185/PRSS/2013).

5. Mancata osservanza del limite della spesa per missioni.

L'art. 6, comma 12, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 stabilisce che le amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato della pubblica Amministrazione non possono effettuare spese per missioni, anche all'estero, per un ammontare superiore al 50 per cento della spesa sostenuta nell'anno 2009.

Il D.I.E.F. 2010-2012 (paragrafo 4.6, punto 13) conferma il limite anche in capo ai singoli enti che compongono il Servizio sanitario regionale, disponendo che *"tra le azioni previste e vincolanti anche per le Aziende Sanitarie e gli Istituti pubblici del SSR, devono essere ricomprese anche quelle relative alle missioni, anche all'estero, che - in ciascuna Azienda e Istituto - non possono essere di importo superiore al 50% di quelle sostenute nel 2009. Tale limite di spesa può essere superato in casi eccezionali, previa adozione di un motivato provvedimento del Direttore Generale"*.

Lo stesso documento di indirizzo economico e finanziario precisa, inoltre, che l'impiego dei mezzi aziendali deve essere razionalizzato mediante appositi regolamenti da adottarsi in ciascuna Azienda ed Istituto del SSR entro il 31/01/2011.

Nel corso dell'istruttoria è emerso che l'Asl della Provincia di Lecce non ha osservato il limite in esame, atteso che le spese sostenute per le suddette finalità nell'anno 2012 sono pari ad Euro migliaia 220 e superano il limite del 50% della spesa del 2009 (pari ad Euro migliaia 342).

Nelle memorie trasmesse in vista dell'odierna adunanza, l'Azienda ha sottolineato che *"la spesa per missioni è stata sostenuta nella maggior misura per attività ispettiva, di vigilanza e domiciliare (ADI, prestazioni riabilitative domiciliare, ecc.) e per attività di dialisi ambulatoriale (in particolare, presso le sedi estive attivate nel periodo di afflusso turistico). Trattasi, comunque di verifiche afferenti la prosecuzione dell'esercizio del pubblico servizio sanitario"*.

Sotto quest'ultimo profilo, si osserva che le voci di spesa da escludere dall'aggregato sono espressamente indicate dal legislatore (art. 6 comma 12 del d.l. n. 78/2010: *"Il presente*

comma non si applica alla spesa effettuata per lo svolgimento di compiti ispettivi, a quella effettuata dal Ministero del beni e delle attività culturali e del turismo per lo svolgimento delle attività indispensabili di tutela e di valorizzazione del patrimonio culturale e a quella effettuata dalle università e dagli enti di ricerca con risorse derivanti da finanziamenti dell'Unione europea ovvero di soggetti privati nonché da finanziamenti di soggetti pubblici destinati ad attività di ricerca") e che la deroga al limite è consentita solo in casi eccezionali, previa adozione di un motivato provvedimento adottato dall'organo di vertice dell'amministrazione, da comunicare preventivamente agli organi di controllo ed agli organi di revisione dell'ente.

Nel corso dell'istruttoria non sono emersi elementi atti a giustificare la deroga al limite di spesa, sicché la criticità non può ritenersi superata.

In ultimo, si ricorda che la violazione del limite costituisce illecito disciplinare e determina responsabilità per danno erariale.

6. Incremento della mobilità passiva extraregionale.

Il D.I.E.F. 2010-2012 (DGR 20 dicembre 2010 n. 2866 paragrafo 4.6 punto 2) in tema di contenimento della mobilità sanitaria, dispone che *"è obiettivo dei Direttori Generali quello di porre in essere tutte le azioni previste dalla programmazione regionale per concorrere al contenimento della mobilità passiva extraregionale nonché di porre in essere ulteriori azioni ritenute coerenti al fine di conseguire un abbattimento dei livelli di mobilità passiva su base aziendale"*.

L'Azienda, in risposta all'istruttoria, ha confermato l'incremento, rispetto ai dati 2011, della mobilità passiva, ponendo, peraltro, in evidenza come detto incremento riguardi principalmente la mobilità passiva extraregionale (passata da Euro 46.926.866 nel 2011 ad Euro 53.210.837 nel 2012). Nelle memorie trasmesse in vista dell'odierna adunanza, si è sottolineato che *"l'incremento della mobilità passiva extraregionale è connesso, a seguito del blocco del turn-over, alle difficoltà dell'Azienda di reperire professionalità di elevata esperienza per la copertura di posti di Direttore della Struttura Complessa in settori di rilevanza strategica presso i PP.OO. dell'Azienda (Oncologia, Ortopedia, Neurochirurgia, ecc.)"*.

Il Collegio, pur prendendo atto di quanto sopra, non può che confermare il mancato raggiungimento dell'obiettivo di contenimento previsto dal DIEF, evidenziando che la medesima criticità è già stata rilevata con deliberazione n. 185/PRSS/2013 in sede di esame del bilancio 2011.

In ultimo, si ricorda che, come ribadito più volte da questa Corte, solo attraverso la riorganizzazione delle strutture, in termini di efficienza e qualità dei servizi, è possibile di aumentare la capacità attrattiva e, conseguentemente, ridurre i costi per mobilità passiva.

P.Q.M.

ACCERTA

sulla base dell'esame del questionario compilato dal Collegio Sindacale in riferimento al Bilancio dell'esercizio 2012 dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Lecce:

- perdita di esercizio;
- pignoramenti sulle disponibilità liquide;
- Illegittimo ricorso a proroghe contrattuali e ad affidamenti diretti per gli acquisti di beni e servizi;
- superamento del tetto della spesa farmaceutica;
- superamento del limite della spesa per missioni;
- incremento della mobilità passiva extraregionale.

INVITA

ai sensi dell'art. 1, comma 7, del decreto legge n. 174/2012 convertito dalla legge n. 213/2012, l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Lecce e la Regione Puglia, nell'ambito delle rispettive competenze e potestà decisionali, ad adottare, entro sessanta giorni dalla comunicazione del deposito della seguente pronuncia di accertamento, i provvedimenti idonei a rimuovere le irregolarità riscontrate.

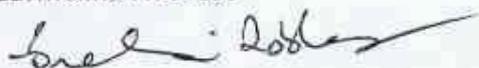
Dispone che copia della presente deliberazione venga trasmessa, per il tramite del Direttore del Servizio di Supporto, ai suddetti Organi Regionali, nonché al Direttore Generale dell'Ente ed al Presidente del Collegio Sindacale.

Si rammenta quanto disposto dall'art. 31 del decreto legislativo n. 33/2013.

Così deciso in Bari, il giorno 11 dicembre 2014.

IL RELATORE

Carmelina Addesso



IL PRESIDENTE F. F.

Luca Fazio



depositata in Segreteria

il **13 GEN. 2015**.....

Il Direttore della Segreteria
(dott.ssa Mariatice SCIANNAMEO)

