

Deliberazione n. 216/2021/PRSS



Corte dei Conti

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER L'EMILIA-ROMAGNA

composta dai magistrati *:

dott. Marco Pieroni	presidente
dott. Tiziano Tessaro	consigliere (relatore)
dott.ssa Gerarda Maria Pantalone	consigliere
dott. Marco Scognamiglio	referendario
dott. Khelena Nikifarava	referendario
dott.ssa Elisa Borelli	referendario (relatore)
dott.ssa Ilaria Pais Greco	referendario

* riuniti mediante collegamento telematico

Adunanza del 19 ottobre 2021

Azienda USL di Imola

Bilancio di esercizio 2019

VISTI gli artt. 81, 97, 100, 117 e 119 della Costituzione;

VISTO il Testo Unico delle leggi sulla Corte dei conti, approvato con il regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214, e successive modificazioni;

VISTA la legge 14 gennaio 1994, n. 20;

VISTO il Regolamento per l'organizzazione delle funzioni di controllo della Corte dei conti con il quale è stata istituita in ogni Regione ad autonomia ordinaria una Sezione Regionale di Controllo, deliberato dalle Sezioni Riunite in data 16 giugno 2000, modificato con le deliberazioni delle Sezioni Riunite n. 2 del 3 luglio 2003 e n. 1 del 17 dicembre 2004, e, da ultimo, con deliberazione del Consiglio di Presidenza n. 229, del 19 giugno 2008;

VISTO l'art. 1, commi 166 e seguenti, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, che fa obbligo agli organi di revisione degli enti del servizio sanitario regionale di inviare alle sezioni regionali di controllo della Corte dei conti apposite relazioni in ordine ai rendiconti degli enti medesimi;

VISTA la legge 31 dicembre 2009, n.196;

VISTO il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118;

VISTO l'art. 1, commi 3 e 4, del decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213;

VISTO, in particolare, l'art. 1, comma 7, del citato decreto-legge n. 174/2012 che prevede, nell'ambito della verifica di cui ai commi 3 e 4, l'accertamento, da parte delle competenti sezioni regionali di controllo della Corte dei conti, di squilibri economico-finanziari, della mancata copertura di spese, della violazione di norme finalizzate a garantire la regolarità della gestione finanziaria o del mancato rispetto degli obiettivi posti con il patto di stabilità interno comporta per le amministrazioni interessate l'obbligo 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;

VISTA la legge 27 dicembre 2017, n. 205;

VISTE le Linee-guida per la redazione delle relazioni inerenti al bilancio di esercizio 2019, approvate dalla Sezione delle autonomie con deliberazione n. 6/SEZAUT/2020/INPR;

CONSIDERATO che dette Linee-guida ed i relativi questionari sono stati portati a conoscenza degli Enti del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna con lettera di questa Sezione regionale di controllo prot. n. 3860 del 16 ottobre 2020;

VISTA la deliberazione n. 121/2020/INPR del 9 dicembre 2020 con la quale la Sezione ha approvato il programma di lavoro per l'anno 2021;

ESAMINATA la relazione sul rendiconto per l'esercizio 2019 redatta dall'Organo di Revisione dell'Azienda USL di Imola (BO);

VISTA la nota prot. Cdc n. 4247 del 21 aprile 2021, con la quale i magistrati istruttori hanno chiesto notizie e chiarimenti alla suindicata Azienda e alla Regione Emilia-Romagna;

VISTE le deduzioni fatte pervenire dall'Azienda con nota prot. Cdc n. 4755 del 7 maggio 2021 e nota prot. Cdc n. 4852 dell'11 maggio 2021 e dalla Regione con nota del Capo di Gabinetto prot. Cdc n. 4546 del 3 maggio 2021;

UDITI, durante il contraddittorio con i magistrati istruttori avvenuto il giorno 22 settembre 2021 alle ore 10:00, il Direttore amministrativo dell'Azienda, il Direttore amministrativo dell'Unità Operativa di Contabilità e Finanza, per l'Azienda USL di Imola, il Dirigente del Servizio gestione amministrativa della

Direzione generale cura della persona e *welfare*, per la Regione Emilia-Romagna.

VISTA l'ordinanza presidenziale n. 114/2021 con la quale la Sezione è stata convocata, tramite piattaforma Teams, per la camera di consiglio del 19/10/2021;

UDITI i relatori;

FATTO

1. La Sezione, nell'ambito delle attività di controllo per l'anno 2021, ha esaminato la documentazione relativa al bilancio di esercizio 2019 dell'Azienda USL di Imola, ed in particolare:

- il questionario sul bilancio di esercizio 2019, di cui alle Linee-guida per la redazione delle relazioni inerenti al rendiconto dell'esercizio 2019, approvate dalla Sezione delle autonomie con deliberazione n. 6/SEZAUT/2020/INPR;
- la relazione del Collegio sindacale sul bilancio di esercizio chiuso al 31 dicembre 2019;
- gli schemi di bilancio presenti nella Banca dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP).

1.1. Dall'esame della predetta documentazione emerge la situazione contabile e finanziaria di seguito illustrata:

EQUILIBRI DI BILANCIO

La Regione Emilia-Romagna con:

- deliberazione della Giunta regionale n. **1309** del 29/07/2019 ha approvato la delibera del Direttore Generale dell'Azienda USL di Imola **n. 138 del 26/06/2019, relativa all'adozione del bilancio economico di previsione 2019;**
- deliberazione della Giunta regionale n. **726** del 25/06/2020 ha approvato la delibera del Direttore generale dell'Azienda Usl di Imola **n. 101 del 29/05/2020, relativa all'adozione del bilancio d'esercizio 2019.**

Dal bilancio di esercizio si evince che l'Azienda ha chiuso l'esercizio 2019 evidenziando **un risultato positivo pari a euro 6.230.**

Il **risultato operativo** della gestione caratteristica nell'esercizio 2019 (valore della produzione CE A - costi della produzione CE B) presenta un saldo positivo pari a **euro 3.684.056.**

La Regione Emilia-Romagna con:

- **deliberazione della Giunta regionale n. 977 del 18 giugno 2019** recante "*Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2019*" ha previsto lo stanziamento di **euro 20 milioni**, in continuità con gli anni precedenti, a copertura delle perdite pregresse, a fronte degli ammortamenti non sterilizzati ante 2011;
- **deliberazione della Giunta regionale n. 1801 del 28 ottobre 2019**, ha ripartito la somma complessiva di euro 20.000.000, quale copertura per l'anno 2019 degli ammortamenti netti non sterilizzati anni 2001 -2011, a favore di alcune Aziende sanitarie, con assunzione dell'impegno n. 8100 sul capitolo 51642 "*Misure di sostegno dell'equilibrio finanziario di aziende ed enti servizio sanitario regionale per ammortamenti non sterilizzati - anni 2001-2011*", assegnando all'Azienda USL di Imola la somma di **euro 908.550**;
- **determina dirigenziale n. 19597 del 29 ottobre 2019**, ha liquidato alle Aziende sanitarie le quote per l'anno 2019 degli ammortamenti netti non sterilizzati anni 2001 -2011.

Dalla relazione-questionario (quesito n. 15 di pag. 19) risulta che, per l'Azienda USL di Imola, il totale perdite non ancora coperte al 31/12/2019 (riferita agli anni 2015 e precedenti) è pari a euro **-14.138.371 al netto dell'utilizzo dell'avanzo 2019 pari a euro 6.230.**

Risulta, altresì, un **risultato della gestione straordinaria** pari a euro **2.425.842** ottenuto dalla differenza tra i "proventi straordinari" (pari a euro 3.864.918,00 per l'esercizio 2019) e gli "oneri straordinari" (pari a euro 1.439.076,00 per l'esercizio 2019).

Negli oneri straordinari confluiscono minusvalenze (euro 528), che derivano, come indicato a pag.105 della nota integrativa, dalla messa in fuori uso di cespiti non più utilizzabili e non acquistati con contributi in conto capitale, e altri oneri straordinari (euro 1.438.548) di cui sopravvenienze passive v/terzi (euro 699.329) e insussistenze passive v/terzi (euro 668.274).

Nei proventi straordinari confluiscono donazioni/liberalità (euro 122.739), sopravvenienze attive per la parte più consistente (euro 2.639.965) e insussistenze attive (euro 1.102.215).

Per quanto riguarda le sopravvenienze attive, il Collegio sindacale a pag. 13 della relazione al bilancio d'esercizio specifica che l'importo di 2.639.965 è così formato:

- rimborsi INAIL, euro 55.323;

- incasso ticket, euro 9.723;
- mobilità attiva internazionale, euro 368.069;
- finanziamento regionale ticket, pronto soccorso e rinnovi contrattuali, euro 1.459.648;
- altri ricavi non contabilizzati in esercizi precedenti, 747.201.

Mentre le insussistenze attive di euro 1.102.215 sono così formate:

- ricognizione debiti esercizi precedenti, euro 476.315;
- adeguamento fondi per rischi e oneri al 31/12/2017, euro 296.378;
- note di credito da fornitori non previste, euro 294.032;
- mobilità, euro 35.490.

CAPACITÀ DI RISCOSSIONE

Dallo stato patrimoniale risulta che:

- i **crediti** sono pari a euro 25.268.133;
- i **debiti** sono pari a euro 83.760.161.

In merito alle **posizioni creditorie** vantate dall'Azienda, dal questionario (quesiti nn. 14, 14.1, 14.2 e 14.3 di pag. 18) è emersa la presenza di un ammontare di crediti verso la Regione e le altre Aziende sanitarie pubbliche risalenti ad esercizi anteriori al 2016. In particolare:

- verso **Regione per spesa corrente**, euro 4.237.706 (anni 2015 e precedenti);
- verso **Regione per versamenti a patrimonio netto**, euro 3.674.960 (anni 2015 e precedenti);
- verso **Aziende sanitarie pubbliche**, euro 2.868.999 (anni 2015 e precedenti), di cui, come rappresentato nella tab.21, pag. 32 della Nota Integrativa euro 2.831.054, per crediti verso Aziende sanitarie pubbliche della Regione ed euro 37.944 per crediti verso Aziende sanitarie pubbliche fuori Regione.

Si evidenzia, altresì, la presenza di ulteriori crediti risalenti nel tempo (anni 2015 e precedenti). In particolare:

- Crediti verso lo Stato (parte corrente), euro 149.389;
- Crediti verso prefetture, euro 6.232;
- Crediti verso Comuni, euro 493;
- Crediti verso clienti privati, euro 562.151;
- Crediti verso altri soggetti pubblici, euro 33.818;

Per quanto riguarda le posizioni debitorie dell'Azienda, la nota integrativa (tabella n. 43, pagg. 60-61) ha messo in evidenza la presenza di un ammontare di debiti vetusti (anni 2015 e precedenti) così ripartiti:

- **verso Aziende sanitarie pubbliche**, euro 124.377, di cui euro 124.044 per debiti verso Aziende sanitarie pubbliche della Regione ed euro 332 per debiti verso Aziende sanitarie fuori Regione;
- **verso società partecipate** euro 15.930;
- **verso fornitori**, euro 592.386 (di cui verso erogatori privati accreditati e convenzionati di prestazioni sanitarie, **euro 335.040**).

SITUAZIONE DI CASSA

Anticipazione di tesoreria	0
Tempestività dei pagamenti	6

Nel corso dell'esercizio 2019, l'Azienda non ha fatto ricorso ad **anticipazioni di tesoreria**.

Si ricorda, a tale proposito, che l'art. 2, comma 2-sexies, lett. g), punto 1), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*" dispone che, fermo restando il generale divieto di indebitamento, la regione disciplina la possibilità per le unità sanitarie locali di ricorrere ad anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi, inclusi i trasferimenti, iscritti nel bilancio preventivo annuale.

Per quanto riguarda i **debiti verso i fornitori**, emerge quanto segue:

- il Collegio sindacale nel questionario per l'anno 2019 (quesito n. 20 di pag. 21) ha riportato un importo dei debiti verso fornitori di euro **21.566.018**; tale dato corrisponde alla voce D.VII) DEBITI V/FORNITORI dello Stato Patrimoniale;
- sul sito dell'Ente era stato pubblicato erroneamente un importo di debiti commerciali 2019 di euro 30.562.203, successivamente corretto nell'importo di euro **14.473.068** (riferito a n.793 imprese creditrici);
- I **debiti verso fornitori scaduti al 31/12/2019** sono pari a **euro 3.794.132** (quesito n.20 di pag 21 del questionario);
- **l'indicatore di tempestività dei pagamenti** per l'anno 2019 è pari a **6** ed è stato indicato dal Collegio sindacale nel questionario (quesito n. 20 di pag. 21) e pubblicato sul sito dell'Azienda USL di Imola.

- **gli interessi passivi per ritardato pagamento ai fornitori** ammontano a euro 60.088 (voce CA0140 Altri interessi passivi), registrando un incremento di euro + 31.088 rispetto al 2018 (pari a euro 29.000). Tale aumento di costo, come si evince dalla relazione sulla gestione a pag.75, è dovuto alle *"maggiori richieste ricevute nei primi mesi dell'anno 2019 da parte delle società di factoring"*. Si precisa, inoltre, che con riferimento al quesito n.21 di pag 21 del questionario, il Collegio sindacale indica ulteriori interessi passivi per ritardato pagamento ai fornitori, che sono iscritti nel conto economico 2019 a vario titolo: - accantonamenti per interessi di mora (voce BA2751 pari a euro 46.426 e sopravvenienze passive v/terzi per interessi (voce EA0450 pari a euro 17.047) per un totale complessivo di euro 123.561.

Con riferimento ai ritardi nei pagamenti, il Collegio sindacale ha riferito in merito alle misure adottate dall'Azienda. In particolare al quesito n. 20.2.1 di pag. 21 del questionario dichiara quanto segue:

"Al fine di evitare ritardi dei pagamenti dovuti a percorsi organizzativi inefficienti o a inadempienze nelle fasi della registrazione, liquidazione o pagamento delle fatture questa Azienda ha stabilito tempi tassativi per le seguenti fasi del ciclo passivo come segue:

- *Registrazione nel programma gestionale di contabilità delle fatture entro 10 giorni effettivi dall'arrivo;*
- *Liquidazione o contestazione della fornitura e invio informatico dei documenti all'U.O. Contabilità e Finanza per il pagamento entro 45 giorni dall'arrivo;*
- *Liquidazione almeno 5 giorni prima della scadenza per le fatture che hanno scadenza inferiore a 60 giorni;*
- *Pagamento entro la scadenza delle singole fatture o della media delle scadenze delle fatture del singolo fornitore;*
- *Stampa periodica di un report per la verifica dei tempi di liquidazione delle fatture"*.

ACCANTONAMENTI

Fondo rischi e oneri

A pag 7 della nota integrativa, l'Azienda ha precisato che *"I fondi rischi ed oneri sono costituiti da accantonamenti effettuati allo scopo di coprire perdite o debiti di natura determinata e di esistenza certa o probabile, che alla data di chiusura dell'esercizio sono però indeterminati nell'ammontare e/o nella data di*

sopravvenienza, secondo quanto previsto dall'art. 29, comma 1, lett. g) del D.Lgs. 118/2011 e s.m.i., nonché dai successivi decreti ministeriali di attuazione. Per la determinazione dei fondi sono state applicate le procedure interaziendali adottate dalle aziende sanitarie metropolitane."

Dalla nota integrativa (tab.36 pag.49) risulta che, nell'esercizio 2019, la consistenza iniziale è pari a euro **9.631.256**, mentre la consistenza al 31/12/2018 riportata nella relazione allegata alla deliberazione di questa Sezione n.50/2020/PRSS è stata pari a euro **10.258.256**.

Per l'anno 2019, la consistenza finale al 31/12/2019 è pari a euro **10.413.564**, con una differenza rispetto al dato del 1 gennaio 2019 di euro **782.308**.

A pag 56 della nota integrativa, alla domanda se esistono **rischi** (né generici, né remoti) a fronte dei quali non è stato costituito un apposito fondo perché solo **possibili, anziché probabili** e se da tali rischi potrebbero scaturire perdite significative, l'Ente risponde affermativamente, spiegando che si tratta di **n. 95 richieste di indennizzo** nell'ambito **dell'autoassicurazione RCT**, dai quali, comunque, l'AUSL ritiene che non possano scaturire perdite significative.

Fondo rischi per interessi moratori

A pag. 21 della relazione-questionario, quesito 22 e 23 il Collegio dichiara che la situazione del fondo per interessi moratori è la seguente:

- consistenza iniziale del fondo: euro 28.100;
- accantonamento nell'esercizio: 46.426;
- utilizzi nell'esercizio: 24.971;
- consistenza del fondo al 31/12/2019: 99.487

(Stato Patrimoniale codice PBA052 *Fondo rischi per interessi di mora*)
Precisa, inoltre, che, *"il fondo interessi moratori è stato rideterminato sulla base della percentuale decrescente applicata agli interessi maturati negli ultimi cinque anni, come previsto dalla procedura interaziendale, sulla base della valutazione del rischi effettuata dal responsabile dell'ufficio finanziario"*.

Fondo svalutazione crediti

Come emerge dalla relazione al bilancio d'esercizio 2019 del Collegio sindacale (pag. 6) e dalla nota integrativa (pagg. 6 e 7) i fondi svalutazione crediti sono determinati sulla base della procedura interaziendale adottata dalle

aziende sanitarie metropolitane, la quale prevede le seguenti percentuali di svalutazione.

Anzianità del credito	Crediti verso clienti pubblici	Crediti verso clienti privati
Superiore a 12 mesi e inferiore a 24		10%
Superiore a 24 mesi e inferiore a 36	20%	30%
Superiore a 36 mesi e inferiore a 48	40%	50%
Superiore a 48 mesi inferiore a 60	60%	80%
oltre 60 mesi	80%	100%

Il Collegio sindacale ha, inoltre, precisato che i crediti nei confronti dei clienti per i quali è stato dichiarato il fallimento sono stati svalutati al 100%; mentre i crediti verso la Regione e verso le Aziende sanitarie della Regione, ad eccezione del credito per prestazioni effettuate a favore di stranieri irregolari, il cui ammontare è pari a euro 313.075, sono stati riconciliati in seguito alla procedura di circolarizzazione crediti/debiti al 31/12/2019 effettuata mediante la piattaforma regionale.

Nel **2019** l'applicazione di detti criteri ha comportato i seguenti accantonamenti al fondo svalutazione crediti:

- **crediti verso Aziende sanitarie fuori Regione** (ABA600) per un valore di euro 60.718 (fondo al 31/12/2019 pari a euro 88.841);
- **crediti verso altri soggetti pubblici** (ABA690) per un valore di 18.036 (fondo al 31/12/2019 pari a euro 50.760).

Dalle tabelle nn. 18, 19, 20 e 21 della nota integrativa si ricavano informazioni dettagliate sui crediti aziendali, al lordo delle svalutazioni, con riferimento alla natura del debitore e all'anzianità del credito. In particolare, le tipologie di credito sono quelle riportate di seguito:

crediti v/Stato per spesa corrente e acconti (anni 2015 e precedenti per euro 149.389; anno 2016 per euro 458; anno 2017 per euro 384; anno 2018 per euro 0; anno 2019 per euro 16.897): fondo svalutazione finale pari a euro 124.586;

- **crediti v/Prefetture** (anni 2015 e precedenti per euro 6.232): fondo svalutazione finale pari a euro 4.985;
- **crediti v/Regione o P.A. per spesa corrente** (anni 2015 e precedenti per euro **4.237.706**; anno 2016 per euro 569.366; anno 2017 per euro 206.920; anno 2018 per euro 2.182.230; anno 2019 per euro 2.451.497): fondo svalutazione finale pari a euro 313.075;

- **crediti v/Regione o P.A. per versamenti a patrimonio netto** (anni 2015 e precedenti per euro **3.674.960**; anno 2016 per euro 0; anno 2017 per euro 0; anno 2018 per euro 126.704; anno 2019 per euro 0): fondo svalutazione finale pari a euro 0;
- **crediti v/Comuni** (2015 e precedenti per euro 493; anno 2016 per euro 0; anno 2017 per euro 0; anno 2018 per euro 0; anno 2019 per euro 86.599): fondo svalutazione finale pari a euro 394;
- **crediti v/Aziende sanitarie pubbliche** (2015 e precedenti per euro **2.868.998**; anno 2016 per euro 61.690; anno 2017 per euro 1.858.528; anno 2018 per euro 314.938; anno 2019 per euro 1.185.663): fondo svalutazione finale pari a euro 88.841;
- **crediti v/società partecipate e/o dipendenti** (2015 e precedenti per euro 0; anno 2016 per euro 179.068; anno 2017 per euro 1.982; anno 2018 per euro 23.808; anno 2019 per euro 787.661): fondo svalutazione finale pari a euro 92.510.
- **crediti v/clienti privati** (2015 e precedenti per euro **562.151**; anno 2016 per euro 49.952; anno 2017 per euro 73.868; anno 2018 per euro 870.540; anno 2019 per euro 1.928.068): fondo svalutazione finale pari a euro 1.096.655;
- **crediti v/altri soggetti pubblici** (2015 e precedenti per euro 33.818; anno 2016 per euro 0; anno 2017 per euro 304.077; anno 2018 per euro 17.797; anno 2019 per euro 1.697.044): fondo svalutazione finale pari a euro 50.760.

INDEBITAMENTO

Alla domanda del questionario (Domande preliminari pag. 8, quesito n. 16) se il servizio del debito (quota capitale e interessi) relativo all'anno 2019 rientri nel limite quantitativo del 15% delle entrate proprie correnti, ad esclusione della quota di fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla Regione (art. 2, co. 2-*sexies*, lett. g), d.502/92) il Collegio sindacale ha fornito risposta positiva.

A pag. 64 della nota integrativa (tab. 45) è rappresentato il dettaglio dei mutui contratti dall'Azienda per un importo complessivo del **debito residuo** alla data del 31 dicembre 2019 di **euro 18.461.575** (tale valore corrisponde a quello riportato alla voce D.1 "Debiti per mutui passivi" dello Stato patrimoniale). I mutui contratti, autorizzati dalla Regione con le delibere DGR

n. 1952 del 28.11.2005, DGR n. 1213 del 27.07.2009, DGR n. 144 del 11.02.2013, fanno riferimento al finanziamento "piano investimenti aziendali".

Nelle tabelle di pagg. 60 e 62 della nota integrativa i debiti **residui** per mutui passivi di euro **18.461.575** sono suddivisi:

- **per scadenza** (euro 1.670.668 entro 12 mesi; euro 7.339.343 tra 1 e 5 anni; 9.451.563 oltre 5 anni);
- **per anno di formazione** (euro 18.461.575 anno 2015 e precedenti).

Gli **interessi passivi su mutui** sono pari a **euro 151.035**, così come risulta dal Conto economico, C) Proventi e oneri finanziari, voce C.3.B).

L'Azienda USL di Imola non ha in essere **operazioni di partenariato pubblico-privato** (pag. 7, preliminare, quesito n. 15.2).

ORGANISMI PARTECIPATI

Nella relazione del Collegio sindacale sul bilancio chiuso al 31/12/2019 (pag. 5) sono indicati gli organismi partecipati dall'Azienda, le percentuali di possesso e le quote di partecipazione:

- **Montecatone Rehabilitation Institute S.p.a.**, partecipazione al 99,44%;
- **Lepida S.c.p.a.**, partecipazione allo 0,21%;
- **MED3 consorzio**, partecipazione al 14,28%.

In merito alla partecipazione in Lepida, nel 2019 si è perfezionata la fusione per incorporazione di CUP 2000 S.c.p.a. in Lepida S.p.a. e per effetto della fusione ha assunto la denominazione Lepida S.c.p.a.(Atto di fusione repertorio n. 61735, raccolta n. 30694 del 19/12/2018).

Riguardo alla partecipazione in Montecatone RI Spa si tratta di una partecipazione in società controllata. Come si rileva dalla relazione sulla gestione (pag. 7) l'Istituto di riabilitazione di Montecatone (Montecatone R.I. spa) è un Ospedale monospécialistico di riabilitazione gestito nella forma di S.p.a. La società per azioni è stata costituita con atto del 23/06/1997 (Cfr.: art. 1 dell'Atto aziendale Montecatone R.I. Spa- Ospedale di riabilitazione), ha rappresentato una delle prime esperienze di società mista in campo sanitario a partecipazione maggioritaria pubblica (Ausl di Imola e Comune di Imola).

Dal marzo 2010 la società è costituita interamente con la partecipazione dell'Ausl di Imola (99,44%) e del Comune di Imola (0,56%), in forza dell'art. 27, rubricato "Società Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A.", della legge regionale n. 14/2010 e s.m.i.: "1. Al fine di garantire continuità con il progetto di sperimentazione gestionale realizzato e di assicurare lo sviluppo di una

struttura di eccellenza in un settore di rilevante interesse sanitario, l'Azienda UsI di Imola è autorizzata, unitamente ad altre Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale interessati, al mantenimento di una società a capitale interamente pubblico, avente ad oggetto lo svolgimento di compiti di assistenza e ricerca nel campo della riabilitazione delle mielolesioni e delle gravi cerebro lesioni acquisite”.

L'Atto aziendale della società Montecatone, approvato dal CdA il 14 maggio 2020, all'art. 19, rubricato "Rapporti con l'Ausl di Imola" recita: "L'Azienda UsI di Imola, oltre ad essere il principale azionista della società che gestisce l'Ospedale di Montecatone, costituisce l'Ente che completa le competenze richieste ad un'Unità Spinale Integrata ed ad un centro Hub/Spoke per le gravi cerebrolesioni acquisite, fornendo le prestazioni di laboratorio e consulenze specialistiche integrative delle competenze disponibili a Montecatone. A tal fine sono stipulati appositi accordi di collaborazione e fornitura di prestazioni”.

I bilanci 2019 delle società partecipate presentano i seguenti risultati di gestione:

- **Montecatone Rehabilitation Institute S.p.a.:** utile d'esercizio 2019 pari a euro 290.429;
- **Lepida S.c.p.a.:** utile d'esercizio 2019 pari a euro 88.539;
- **Consorzio MED3:** utile d'esercizio 2019 pari a euro 701.

Anche negli anni 2017 e 2018 i risultati di esercizio dei tre enti societari e non societari sono positivi (cfr. tab. 28 della relazione allegata alla deliberazione di questa Sezione n. 50/2020/PRSS).

L'Azienda USL di Imola ha provveduto alla razionalizzazione periodica delle partecipazioni societarie ai sensi dell'art. 20 del decreto legislativo 19 agosto 2016, n. 175 recante "Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica" (Tusp). In particolare, l'Azienda ha approvato i piani di revisione ordinaria delle partecipazioni societarie al 31.12.2018 (deliberazione n. 281 del 30 dicembre 2019) e al 31.12.2019 (deliberazione n. 237 del 30 dicembre 2020).

VOCI RILEVANTI DI SPESA:

- **Spesa di personale**

Nel 2019 il costo totale delle prestazioni di lavoro (comprensivo dei costi accessori e IRAP) è pari a euro 91.206.669 (+0,29 per cento rispetto al 2018).

Tale incremento appare coerente con la variazione quantitativa in aumento del personale in servizio presso l'Azienda USL di Imola. Infatti, come evidenziato dal Collegio sindacale nella Relazione (pag. 11) il personale in servizio alla data del 31 dicembre 2019 ammonta a n. 1.777 unità, con un incremento di 52 unità rispetto al 31 dicembre 2018. In particolare, gli aumenti di personale riguardano:

- i. il ruolo sanitario, ove si registrano +1 della dirigenza e +42 unità del personale di comparto sanitario;
- ii. il ruolo tecnico con -1 unità della dirigenza e +9 unità del personale di comparto tecnico ;
- iii. il ruolo amministrativo con -1 unità della dirigenza e +2 unità del personale di comparto amm.vo).

Per quanto riguarda le consulenze sanitarie nel conto economico risulta che:

- per **consulenze sanitarie e sociosanitarie (BA1350, voce B.A.2.15)**, la spesa nel 2019 è stata pari a euro 1.875.516, con un decremento rispetto al 2018 (euro -302.484) pari a **-13,87 per cento**, così suddivise:

- da aziende sanitarie pubbliche della Regione sono pari a euro 324.629 (-36,09 rispetto 2018), (**BA1360, voce B.2.A.15.1**);
- da terzi e altri soggetti pubblici sono pari a euro 58.500 (-7,69 rispetto al 2018), (**BA1370, voce B.2.A.15.2**);
- le consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie da privato sono pari a euro 1.255.984 (-14,5 rispetto al 2018) (**B.2.A.15.3 voce BA1380**);
- il rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando è pari a euro 239.402 (+53,46 rispetto al 2018) (**B.2.A.15.4, voce BA1450**).

- per **consulenze non sanitarie (BA1750, voce B.2.B.2.)**, la spesa nel 2019 è stata pari a euro 208.864. Dalla tabella 62 della nota integrativa risulta un decremento di - 114.101 euro rispetto al 2018 (**- 35,22 per cento**). Tuttavia si riscontra una discordanza tra il valore 2018 indicato nella tabella 62 (pari a euro 322.965) e il corrispondente valore al 31/12/2018 del conto economico in BDAP (pari a euro 191.000); dal raffronto con quest'ultimo valore si ottiene un incremento della spesa, pari a + 9,35 per cento, anziché una diminuzione. Sul punto sono stati chiesti chiarimenti in sede di istruttoria.

Per quanto riguarda il **rispetto dei tetti di spesa**, dal questionario del Collegio sindacale dell'Azienda USL di Imola risulta che la spesa per il personale rispetta il limite prescritto dall'art. 2, comma 71, della legge n. 191 del 2009 e che la differenza tra la spesa 2019 e la spesa 2004 è pari a euro -5.033.272.

Dal questionario (pag. 13, quesito 12.1) si evince, altresì, il mancato rispetto del limite di spesa prescritto dall'art. 11, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60. A tale proposito, il Collegio sindacale, nella risposta al quesito 12.3, ha precisato che *"Il punto 12.1 non è stato compilato in quanto il limite di spesa viene considerato a livello regionale. La regione Emilia-Romagna ha provveduto ad inviare al M.E.F. i dati del 2019 ma la verifica è tuttora in corso. L'Azienda ha comunque redatto il Piano triennale dei fabbisogni di personale (delibera n. 236 del 25/10/2019) approvato dalla Regione Emilia-Romagna con nota Prot. PG/2019/760927 del 14/10/2019. In merito al punto 12.2, la verifica di quanto disposto dall'art. 2 comma 72 della L. 191/2009 avviene secondo quanto previsto dal successivo c. 73 così come sostituiti in ultimo dall' art. 1 co. 584 L. 190/2014. Si precisa infine che l'Azienda ha rispettato l'obiettivo economico finanziario assegnato dalla Regione Emilia-Romagna, corrispondente all'equilibrio di bilancio di cui alla D.G.R. 977 del 18.06.2019"*.

- **Assistenza farmaceutica**

Già a partire dall'esercizio 2002, il legislatore nazionale ha introdotto disposizioni finalizzate al contenimento della spesa farmaceutica, fissando specifici tetti per la spesa farmaceutica territoriale (convenzionata, diretta e per conto) e per la spesa farmaceutica ospedaliera.

Le componenti della spesa farmaceutica sono le seguenti (cfr. questa Sezione, delibera n. 50/2020/PRSS):

a) la **spesa farmaceutica convenzionata**, che nel Conto economico contempla le voci complessive B.1.A.1 "Acquisto prodotti farmaceutici e emoderivati" e B.2.A.2 "Acquisto servizi sanitari per farmaceutica convenzionata";

b) la **distribuzione diretta dei farmaci**, che è la dispensazione, per il tramite delle strutture sanitarie (farmacie ospedaliere o altre strutture interne alle aziende), all'atto della dimissione da ricovero o a seguito di visita specialistica, di medicinali ai pazienti per l'assunzione e il consumo al proprio domicilio (limitatamente al primo ciclo terapeutico completo). L'attivazione della spesa diretta mira al contenimento della spesa farmaceutica territoriale,

attraverso la correlativa riduzione dell'erogazione di farmaci a carico del SSR da parte delle farmacie aperte al pubblico e convenzionate (spesa farmaceutica convenzionata). Con la distribuzione diretta i farmaci a carico del SSR vengono acquistati direttamente dalle aziende a costi unitari sensibilmente inferiori a quelli che deriverebbero dal rimborso dei medesimi prodotti alle farmacie convenzionate (cfr. Corte dei conti, Sezione delle Autonomie - Note metodologiche di lettura dei questionari-relazione dei collegi sindacali degli enti dei servizi sanitari regionali - bilancio d'esercizio 2012);

c) la **distribuzione per conto** che è la dispensazione di medicinali ai pazienti per l'assunzione e il consumo al proprio domicilio, effettuata, attraverso specifici accordi, dalle farmacie territoriali, che distribuiscono i farmaci acquistati direttamente dalle aziende, al costo unitario della distribuzione diretta (oltre, in molti casi, ad un compenso aggiuntivo per il servizio di distribuzione, iscritto di norma alla voce B.2.A.9 "Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F" del Conto Economico), quindi ad un costo significativamente inferiore a quello che si sosterebbe con la farmaceutica convenzionata;

d) la **spesa farmaceutica ospedaliera**, che registra i consumi di medicinali distribuiti o somministrati all'interno delle strutture ospedaliere e nella continuità ospedale-territorio.

L'articolo 1, comma 398, della legge 11 dicembre 2016, n.232 (Legge di bilancio 2017), riproducendo vincoli previsti da disposizioni previgenti¹, ha previsto che, a decorrere dal 2017, il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, denominato "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti" e calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, fosse rideterminato nella misura del 6,89 per cento (fino al 2016 pari al 3,5 per cento). L'art. 1, al successivo comma 399, della medesima legge ha

¹ L'articolo 5, comma 1, del d.l. n. 159/2007 ha fissato il tetto della spesa farmaceutica territoriale al 14 per cento (calcolato sul finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, comprensivo delle risorse vincolate di spettanza regionale ed al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie), successivamente modificato al 13,6 per cento per l'anno 2009 dall'articolo 13, comma 1, lettera c), del d.l. n. 39/2009, ulteriormente ridotto al 13,3 per cento a partire dal 2010 ai sensi dell'articolo 22, comma 3, del d.l. n. 78/2009.

Per l'anno 2012, l'articolo 15, comma 2, del d.l. n. 95/2012 ha disposto l'ulteriore riduzione del tetto al 13,1 per cento e a decorrere dall'anno 2013, l'articolo 15, comma 3, del d.l. n. 95/2012 ha disposto ancora la riduzione del tetto all'11,35 per cento. L'articolo 5, comma 5, del d.l. n. 159/2007 stabilisce che "A decorrere dall'anno 2008 la spesa farmaceutica ospedaliera così come rilevata dai modelli CE, al netto della distribuzione diretta come definita al comma 1, non può superare a livello di ogni singola regione la misura percentuale del 2,4 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie. L'eventuale sfioramento di detto valore è recuperato interamente a carico della regione attraverso misure di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera o di voci equivalenti della spesa ospedaliera non farmaceutica o di altre voci del Servizio sanitario regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale. Non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo".

A decorrere dall'anno 2013, l'articolo 15, comma 4, del d.l. n. 95/2012 ha disposto la rideterminazione del suddetto tetto nella misura del 3,5 per cento. Il sistema sanitario regionale ha conseguito nel 2015 il pareggio di bilancio e, pertanto, ai sensi dell'articolo 15, comma 7, del d.l. n. 95/2012, la regione non è tenuta al recupero dello sfioramento dei tetti per la spesa farmaceutica.

rideterminato il tetto della spesa farmaceutica territoriale, denominato "tetto della spesa farmaceutica convenzionata", nella misura del 7,96 per cento (fino al 2016 pari all'11,35 per cento). Il tetto della spesa farmaceutica complessivo è rimasto invariato, ovvero pari al 14,85 per cento.

La distribuzione per conto e la farmaceutica convenzionata non sono di competenza delle aziende ospedaliero-universitarie, ma solo delle aziende territoriali.

La Regione Emilia-Romagna, con la DGR n. 977 del 18 giugno 2019, ha delineato le linee di programmazione per l'anno 2019 impegnando le aziende sanitarie alla razionalizzazione, riduzione ed al **contenimento della spesa farmaceutica**. In particolare, per il 2019, la Regione ha fissato l'obiettivo del contenimento della spesa farmaceutica convenzionata netta entro il +1,1% rispetto al 2018, cioè 479,3 milioni di euro. Tale obiettivo, alla cui realizzazione le Aziende del Servizio sanitario regionale devono contribuire, è definito come risultato tra fattori di incremento della spesa e fattori di potenziale risparmio.

Per quanto riguarda **l'acquisto ospedaliero dei farmaci**, la Regione ha fissato a livello regionale una spesa sui livelli del 2018 con scostamenti differenziati a livello aziendale, con esclusione della spesa per i farmaci innovativi non oncologici e oncologici del fondo nazionale. Una quota di tale spesa, pari a 31,1 milioni di euro, è assegnata alle singole aziende sotto forma di fondo per i farmaci oncologici ad alto costo (cd. Gruppo B 2). L'impegno di risorse 2019 per i Farmaci innovativi non oncologici da fondo nazionale è stimato in circa 41 milioni di euro, quello per i Farmaci oncologici innovativi (cd. Gruppo A3) è stimato in un valore pari a 38,8 milioni di euro, salvo interventi sui termini di scadenza della innovatività di alcune molecole di particolare rilievo o l'inserimento di nuovi trattamenti innovativi.

Ciò premesso, secondo quanto segnalato dal Collegio sindacale nelle risposte al questionario nn. 11 e 11.1 di pagina 12, l'AUSL di Imola ha raggiunto solo parzialmente gli obiettivi attribuiti dalla Regione con riguardo alla spesa farmaceutica ospedaliera e convenzionata. La ragione viene ricondotta, per la spesa farmaceutica ospedaliera al maggior consumo di farmaci per la cura di malattie rare, di diabete e di farmaci oncologici di tipo B (ex innovativi), mentre per la spesa farmaceutica convenzionata al maggior consumo di farmaci per malattie dell'apparato respiratorio e di medicinali per il sistema nervoso.

Nella **delibera di programmazione regionale 2019** (DGR n. 977/2019) la Regione, riguardo alla spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci (esclusi i farmaci rientranti nel fondo innovativi non oncologici e nel fondo

oncologici innovativi – gruppo A , nonché l’ossigeno) prevedeva a livello complessivo regionale una sostanziale stabilità rispetto all’anno precedente seppur con dinamiche differenziate fra le diverse aziende, in quanto, a fronte di incrementi per talune categorie di farmaci, ipotizzava sensibili azioni di risparmio quali l’adesione alla gara di acquisto farmaci di Intercent_ER e l’utilizzo di biosimilari.

Nella **relazione sulla gestione** (pag. 136) il Direttore generale dell’Azienda dichiara che l’obiettivo assegnato dalla Regione per il 2019 prevedeva un incremento del +0,5 per cento rispetto al 2018 al netto dell’ossigeno e dei farmaci innovativi.

Dalla tabella 11.2.1 di pag 12 del questionario risulta che nell’esercizio 2019 la **spesa farmaceutica ospedaliera** è pari a euro **5.438.132** con un aumento del **+11,42 per cento** rispetto al 2018 (pari a euro 4.880.775). Anche nel 2018 la spesa farmaceutica ospedaliera dell’Azienda è aumentata del +2,97 per cento rispetto al 2017 (Cfr. tabella 14 della relazione allegata alla deliberazione di questa Sezione n. 50/2020/PRSS).

Nella stessa tabella 11.2.1 di pag 12 del questionario risulta che, nell’esercizio 2019, la **spesa farmaceutica convenzionata** è pari a euro **16.484.504 (+ 3,72 per cento** rispetto al 2018).

A pag. 68 e 136 della relazione sulla gestione il Direttore generale evidenzia che la programmazione regionale per la spesa della farmaceutica convenzionata (DGR n. 977/2019) prevedeva per il 2019 un incremento complessivo di +1,1 per cento rispetto al 2018 e la Regione aveva assegnato all’Ausl di Imola un obiettivo di sostanziale mantenimento (+0,1 per cento rispetto al 2018). Afferma che l’Ausl di Imola in sede di bilancio economico preventivo 2019² si era posta l’obiettivo di mantenimento della spesa in continuità con l’esercizio 2018, proseguendo nelle azioni per il governo della spesa, ma che, però, il consuntivo 2019 ha registrato un incremento di spesa di +592.000 euro, pari al +3,7% rispetto all’esercizio 2018. Tra i fattori che vi hanno inciso viene segnalato un incremento della spesa per i farmaci del sistema nervoso e per farmaci del sistema respiratorio.

La **spesa per la distribuzione diretta** è pari a euro 18.396.885 (**+6,068 per cento** rispetto al 2018), mentre la **spesa per la distribuzione per conto** è pari a euro 1.795.670 (**+9,48 per cento**).

² Cfr. bilancio preventivo esercizio 2019- Relazione del direttore generale al bilancio di previsione 2019 ,pag. 12;

- **Acquisto di dispositivi medici**

L'art. 17, comma 1, lett. c), del decreto-legge n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla legge n. 111/2011, ha previsto che a decorrere dal 2013 la spesa sostenuta dal Servizio sanitario nazionale per l'acquisto di detti dispositivi, tenuto conto dei dati riportati nei modelli del conto economico di cui al decreto del Ministro della salute, compresa la spesa relativa all'assistenza protesica, deve essere contenuta entro un tetto articolato a livello nazionale e di singola Regione. Non è tenuta al ripiano la Regione che abbia registrato un equilibrio economico complessivo. Il successivo art. 15, comma 13, lett. f) del decreto-legge n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135/2012, ha determinato il tetto di spesa, a decorrere dal 2014, nella percentuale del 4,4 per cento del Fondo sanitario nazionale.

Pertanto, si rende necessaria da parte della Regione la fissazione di specifici obiettivi finanziari agli enti del Servizio sanitario regionale per l'acquisto dei dispositivi medici, funzionali al raggiungimento, a livello regionale, dell'obiettivo finanziario imposto dal Legislatore nazionale.

La Regione Emilia-Romagna, con la DGR n. 977 del 18 giugno 2019, ha individuato gli obiettivi di spesa dei dispositivi medici per gli enti del Servizio sanitario regionale. In particolare, la Regione ha disposto che la spesa prevista per il 2019 corrisponda a quella registrata a consuntivo 2018 (412 ml per DM e IVD a livello regionale) nelle singole Aziende. In considerazione del fatto che nel 2018 il tetto di spesa ha raggiunto il 5,4% sul fondo sanitario, la Regione ha imposto, comunque, la necessità di intervenire sull'impegno complessivo di risorse:

- migliorando la collaborazione con la centrale acquisti regionale IntercentER, al fine di partecipare alle nuove strategie di approvvigionamento e garantire una più ampia adesione alle gare di ambito sovra aziendale;
- favorendo un'attenta programmazione della casistica attesa;
- promuovendo le attività di valutazione multidisciplinare per migliorare l'appropriatezza dell'impiego.

Come emerge dal documento programmatico, la Regione ha proposto alcuni strumenti sperimentali, già condivisi con i gruppi di lavoro regionali, che supportino nell'individuazione delle aree con uso potenzialmente inappropriato dei dispositivi rispetto alla complessità dei pazienti trattati, affinché tutte le Aziende sanitarie possano mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa dei dispositivi medici. Sulla base delle linee di programmazione regionali:

- le aree individuate devono essere oggetto di specifici approfondimenti aziendali, per la definizione di un corretto rapporto costo/complessità;

- gli obiettivi, di tipo osservazionale per il 2019, mirano ad una riduzione del costo per paziente trattato tenendo conto dello scostamento tra il tasso grezzo 2018 (calcolato come rapporto tra la spesa e il numero di pazienti trattati) e il tasso aggiustato, ottenuto valutando fattori di confondimento relativi alla casistica trattata (solo per le aziende con un tasso grezzo superiore all'aggiustato è proposto un obiettivo di riduzione dei costi per il 2019).

Al fine di valutare, a livello regionale, la possibilità di estendere l'applicazione degli strumenti suddetti agli anni successivi e/o la necessità di effettuare eventuali adeguamenti, la Regione ha, infine, chiesto alle aziende sanitarie di fornire una sintetica relazione, a chiusura d'anno, in cui riportare:

- le azioni adottate;
- gli strumenti impiegati;
- eventuali criticità "bloccanti" riscontrate nel perseguimento degli obiettivi assegnati.

Il Collegio sindacale, nelle risposte al questionario 11.3 e 11.3.1 di pagina 12, attesta che l'Azienda sanitaria ha raggiunto gli obiettivi attribuiti dalla Regione ai sensi dell'art.15, comma 13, lett. f, d.l. n.95/2012 e art 9-ter, comma 1, lett. b), d.l. n. 78/2015).

Nel CE consuntivo 2019 la voce B.1.A.3 "Acquisto di dispositivi medici" è pari a euro 8.843.636 (**-3 per cento** rispetto al 2018). Nel CE consuntivo 2018 la voce B.1.A.3 "Acquisto di dispositivi medici" è pari a euro 9.119.000.

- **Attività libero-professionale intramuraria**

Dal questionario (pag.10) risulta che:

- i sistemi contabili dell'Azienda permettono di individuare i costi dell'attività intramoenia (quesito 4.3);
- l'Azienda tiene una contabilità separata dell'attività intramoenia (quesito 4.4);
- negli altri costi per l'attività intramoenia è stata considerata l'ulteriore quota, oltre quella già prevista dalla vigente disciplina contrattuale, pari al 5 per cento del compenso del libero professionista per essere vincolata ad interventi di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste di attesa (art. 1, comma 4, lett. c), legge 3 agosto 2007, n. 120 e successive modificazioni) (quesito 4.5).

In risposta al quesito 4.6 del questionario (pag. 10) con cui si chiede di precisare i criteri utilizzati per la determinazione dei costi imputati alla libera professione, il Collegio sindacale risponde che tutti costi dell'attività intramoenia diretti, indiretti e generali sono recuperati attraverso la tariffa libero-professionale e sono desunti dalla contabilità analitica.

È possibile ricavare maggiori informazioni con riferimento all'attività intramoenia dalla nota integrativa. In particolare, a pag. 74 sono riportati, all'interno della tabella 54, "Dettaglio ricavi e costi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia", le voci contabili e i corrispondenti codici del Mod.CE. relativi ai ricavi e costi dell'attività intramoenia. Si riportano di seguito le voci contabili cumulative:

- i **ricavi intramoenia** (voce A.4.D. del C.E.) sono pari a **euro 2.962.701** (-7,15% rispetto al 2018);
- i **costi per la compartecipazione al personale per attività intramoenia** (voce B.2.A.13 del C.E.) sono pari a **euro 2.067.764** (-9,60% rispetto al 2018);
- **altri costi intramoenia** sono pari a **euro 680.094** (-9,34% rispetto al 2018) e sono composti dai valori riportati nella tabella seguente:

Indennità di esclusività medica per attività di libera professione	euro 0
IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	euro 182.289 (-0,64% rispetto al 2018)
Costi diretti aziendali	euro 233.831 (-11,69% rispetto al 2018)
Costi generali aziendali	euro 174.695 (-16,29% rispetto al 2018)
Fondo di perequazione	euro 89.179 (-4,23% rispetto al 2018)
TOTALE ALTRI COSTI INTRAMOENIA anno 2019	euro 680.094 (-9,34 % rispetto al 2018)

Pertanto, il risultato d'esercizio 2019 dell'attività intramoenia è ottenuto sulla base delle voci inserite nella tabella seguente:

Ricavi intramoenia (voce A.4.D. del C.E.)	+2.962.701
Costi per la compartecipazione al personale per attività intramoenia (voce B.2.A.13 del C.E.)	-2.067.764

Altri costi intramoenia	- 680.094
Risultato d'esercizio	+214.844

Il risultato d'esercizio dell'attività intramoenia 2019 è pari ad euro **+214.844.**

A pag. 83 della nota integrativa viene precisato, a completamento delle informazioni riportate nella tabella 54, che l'attività libero-professionale genera ulteriori ricavi contabilizzati in altri conti economici, di seguito riportati:

- 1) Quota a carico del SSN (mobilità) pari a euro 48.275;
 - 2) Confort alberghiero pari a euro 2.660,
- per un totale di euro **50.935.**

Per quanto riguarda l'indennità di esclusività medica per attività di libera professione si prende atto del mancato inserimento di un valore in corrispondenza di tale voce all'interno della tabella n. 54 della Nota integrativa recante "Dettaglio ricavi e costi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia" che, secondo lo schema di Nota integrativa al bilancio di esercizio introdotto dal decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 20 marzo 2013 recante "Modifica degli schemi dello Stato patrimoniale, del Conto economico e della Nota integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale", avrebbe dovuto essere valorizzata tra i componenti negativi della contabilità separata dell'attività intramuraria. Peraltro, tale modalità di contabilizzazione dei costi dell'attività intramoenia era stata richiamata anche dalla Sezione delle autonomie con le linee guida per la redazione del questionario sul bilancio di esercizio 2013 (deliberazione n. 21/13/SEZAUT/2014/INPR) e, successivamente, costantemente confermata fino all'emanazione delle linee guida e questionario sul bilancio di esercizio 2019 (deliberazione n. 6/SEZAUT/2020/INPR). Tuttavia, questa Sezione, come peraltro sottolineato dalle Sezioni riunite in sede di controllo della Corte dei conti in occasione della certificazione del CCNL dell'area sanità - periodo 2016-2018 (deliberazione n. 1/2020/CCNL) e dalla Sezione delle autonomie (deliberazione n. 3/SEZAUT/2021/QMIG), fa presente che le modifiche normative e pattizie intervenute di recente hanno mutato sostanzialmente la natura giuridica dell'indennità di esclusività facendola rientrare, a decorrere dal 2019, tra le voci del trattamento economico fondamentale dei dirigenti dell'area medica e sanitaria. Ed infatti, la legge n. 145/2018 ha previsto, all'art. 1, comma 545, che, ai fini di una maggiore valorizzazione dei dirigenti medici, veterinari e sanitari degli enti del Servizio sanitario nazionale, a decorrere dal triennio contrattuale 2019-2021, il trattamento economico stabilito dalla

contrattazione collettiva in favore dei dirigenti medici, veterinari e sanitari con rapporto di lavoro esclusivo concorre alla determinazione del monte salari. Conseguentemente, l'art. 83 del CCNL del 2019 ha operato l'inserimento dell'emolumento in questione tra le voci che concorrono alla determinazione del trattamento fondamentale al pari dello stipendio tabellare comprensivo dell'indennità integrativa speciale, della retribuzione individuale di anzianità, dell'indennità di specificità medico-veterinaria, della retribuzione di posizione d'incarico parte fissa e degli eventuali assegni personali. Sul punto, la Sezione delle autonomie, nella citata deliberazione n. 3/2021/QMIG (la cui efficacia nomofilattica è, comunque, ristretta alla risoluzione dello specifico quesito posto dalla Sezione remittente e, quindi, alla corretta interpretazione della normativa vigente nell'esercizio 2017), ha affermato che "Le modifiche intervenute, successivamente al DM 2013, hanno inciso direttamente sulla ricostruzione della natura giuridica dell'indennità a cominciare proprio dalla sua ricollocazione all'interno del trattamento economico fondamentale (fornendo ulteriori argomenti in favore della tesi secondo cui essa dovrebbe essere esclusa dall'equilibrio in quanto legata soltanto allo stato giuridico del personale dipendente al pari delle altre voci del trattamento economico fondamentale dei dirigenti). Tale nuova impostazione, che ha inciso significativamente su aspetti inerenti al rapporto di lavoro, dovrà necessariamente condurre ad una rivisitazione della disciplina per la costruzione degli equilibri della cosiddetta gestione separata 22 dell'attività libero-professionale intramuraria, in considerazione del segnalato mutamento della natura giuridica e della collocazione sistematica dell'indennità tra le voci del trattamento economico fondamentale dei dirigenti dell'era medica e sanitaria."

- **Riduzione del numero di posti letto ospedalieri**

Si ricorda, a questo proposito, che l'art. 15, comma 13, lett. c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ha imposto alle regioni di adottare provvedimenti di riduzione del numero di posti letto ospedalieri accreditati, a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per 1.000 abitanti (di cui lo 0,7 per mille destinati alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie). Il decreto ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 ("Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera") ha confermato l'obbligo per le regioni di provvedere, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del regolamento, ad

adottare il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, nel rispetto dello standard già fissato dalla legge.

Dalla risposta fornita al questionario (Dati generali di pag. 3) risulta che l'Azienda USL Imola ha mantenuto 1 presidio ospedaliero.

Il valore medio del numero posti letto per l'anno 2019 è di **344 posti letto per una popolazione al 31.12.2019 di 133.562 abitanti**, mentre nel 2018 erano 345 (n. popolazione al 31.12.2019 pari a 133.274 ab.).

Nel 2018 il valore medio dei posti letto, rispetto al 2017, aveva registrato nell'Azienda USL di Imola un incremento a fronte di un modesto aumento demografico. In particolare, a fronte di una popolazione di 133.205 (al 31.12.2017) e di 133.274 (al 31.12.2018) era risultato un valore medio di posti letto, rispettivamente, di 333 e di 345. Nel 2019, per l'Azienda USL di Imola si registra la diminuzione del numero medio di posti letto di 1 unità rispetto al valore medio del 2018, nonostante un lieve aumento della popolazione (che è pari 133.562 unità al 31.12.2019) (Cfr.deliberazione n.50/2020/PRSS).

Nella relazione sulla gestione, a pag. 152, viene precisato che *"il Presidio Ospedaliero di Imola presenta una dotazione di posti letto al 31.12.2019 pari a n. 344, di cui: 327 PL ordinari e 17 PL in Day Hospital e Day Surgery (DH/DS), sono infine presenti 26 posti letto di lungodegenza. Sono, inoltre, attivi presso la Casa della Salute/Ospedale di Comunità di Castel S. Pietro Terme (CSPT) 21 PL residenziali di cure intermedie e 12 PL di Hospice. Nel territorio Imolese incide inoltre la struttura ospedaliera di riabilitazione di Montecatone con 150 PL ordinari e 8 PL di DH"*.

- **Costi per acquisto di prestazioni da privati accreditati**

Ai quesiti del questionario (pag.11_CE) l'Ausl di Imola ha risposto nel seguente modo:

- **quesito n. 7:** l'Ente non ha adottato provvedimenti per la riduzione nel 2019 dei costi per l'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera in misura pari, rispetto al valore consuntivato nel 2011, al 2 per cento (art. 15, comma 14, d.l. n.95/2012). La suddetta disposizione normativa stabilisce che, nel 2019, gli acquisti di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, relativi a contratti in essere al 2012, da operatori privati accreditati al Servizio sanitario nazionale siano ridotti, rispetto al livello consuntivato nel 2011, del - 2 per cento.

- **quesito n. 7.2:** l'Ente precisa che la spesa complessiva 2019 è stata superiore del +36,7 per cento rispetto alla spesa complessiva 2011; ritiene, però, che se non si dovesse considerare nel conteggio complessivo la spesa per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale stipulate dopo il 2012 a seguito degli obiettivi posti dalla programmazione regionale di riduzione delle liste d'attesa, la spesa complessiva 2019 risulterebbe in riduzione rispetto al 2011 del -5,6 per cento;

- **quesito n. 8:** la spesa per l'acquisto di prestazioni erogate dagli operatori privati accreditati nel 2019 ha rispettato il tetto programmato;

- **quesito n. 9:** il Collegio sindacale dichiara che l'Ente non ha in corso contenziosi per prestazioni erogate da operatori privati.

Per quanto riguarda le **convenzioni esterne** il Collegio sindacale, nella propria relazione al bilancio 2019 a pag. 12, dichiara che l'importo delle convenzioni esterne per il 2019, è pari a euro 30.382.000, nella voce sono compresi:

- ricoveri presso case di cura private della Regione per euro 7.677.000;

- convenzioni dei medici di base, dei pediatri di libera scelta e dei medici di continuità assistenziale, per complessivi euro 15.688.000;

- la specialistica convenzionata interna pari a euro 1.316.000;

- la specialistica convenzionata esterna pari a euro 4.304.000;

- prestazioni sanitarie erogate da Montecatone Rehabilitation Institute spa per i residenti dell'Azienda Usl per euro 1.397.000.

A pagg. 68-70 della relazione sulla gestione emerge quanto segue.

- I costi per degenze presso Ospedali privati della Regione registrano complessivamente un incremento di +776 mila euro (+11,2%) rispetto al preventivo e un incremento di +839 mila euro rispetto al consuntivo 2018 (+12,3%). Tale variazione è determinata in via prevalente da maggiori livelli di produzione per prestazioni di alta specialità, relative a cardiocirurgia in urgenza e programmata e chirurgia vascolare, nell'ambito di specifico Accordo con il Gruppo Villa Maria Cecilia;

- Il costo per i Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di libera scelta e della continuità assistenziale registra complessivamente valori in mantenimento e in linea con il preventivo 2019 ed il consuntivo 2018;

- il costo per prestazioni di specialistica interna aumenta di +66.000 euro rispetto al preventivo 2019 (+5,3%) e di +91.000 euro rispetto al consuntivo 2018 (+7,4%);

- La spesa per la specialistica esterna registra un aumento rispetto al preventivo, con una variazione di +73 mila euro (+1,7%), mantenendosi comunque in decremento in raffronto al consuntivo 2018 (-45 mila euro), pari al -1%. La variazione è determinata, quale saldo tra incremento di committenza verso convenzionati esterni per prestazioni di TAC addome, TAC torace e RM colonna, finalizzate al governo dei tempi di attesa, (+115.087 mila euro), e riduzione di specialistica acquistata dal Gruppo Villa Maria Cecilia per prestazioni di radioterapia ed emodinamica;

- i costi per prestazioni di degenza erogate da Montecatone a favore di residenti dell'Ausl di Imola, evidenziano un incremento pari a +158 mila euro rispetto al preventivo 2019 (+12,8%) e una diminuzione di -46 mila euro rispetto al consuntivo 2018 (-3,2%). Si evidenzia che sul consuntivo 2019 incide il differente criterio di imputazione della spesa che dal 2019 valorizza esclusivamente le SDO (schede di dimissione ospedaliera) chiuse al 31.12.

Per quanto riguarda i valori di mobilità per prestazioni di degenza, specialistica e somministrazione farmaci rese dalla struttura di Montecatone a favore di soggetti non residenti nel territorio dell'AUSL di Imola, risultano in incremento di circa +999 mila euro rispetto al preventivo e di +997 mila euro rispetto al consuntivo 2018. I valori di tale voci di spesa non determinano impatto sul bilancio di esercizio in quanto trovano corrispondenza nei ricavi per mobilità infra e extra relativi alla struttura di Montecatone.

Con riferimento ai rapporti tra la società Montecatone R.I. e la controllante (Ausl di Imola), si riporta quanto dichiarato a pag 20 della relazione del Consiglio di Amministrazione sulla gestione del bilancio d'esercizio 2019 della società Montecatone R.I. S.p.a: *"Gli accordi di fornitura per prestazioni sanitarie e servizi (ad eccezione delle prestazioni di branca laboratoristica e della microbiologia) e di supporto all'Area tecnico-amministrativa scaduti a fine 2019 sono in corso di rinnovo, senza modifiche di rilievo. Per l'intero anno 2019 e in continuità con i precedenti esercizi, è stata sottoscritta una convenzione attiva per la società di Montecatone con cui si autorizza il proprio personale dell'U.O. di anestesia a svolgere in libera professione le attività di assistenza anestesilogica da espletarsi presso l'Ospedale di Imola per fare fronte alla situazione contingente di carenza di organico. A valere per l'intero esercizio*

2019 e in continuità con le precedenti annualità, è stata sottoscritta una convenzione attiva per la società di Montecatone con cui si autorizza una unità di proprio personale dirigente medico esperto in fisiatria dell'U.O. Gravi-cerebrolesioni a svolgere all'interno del proprio orario di lavoro le attività di consulenza e assistenza in fisiatria presso l'Ospedale di Imola per fare fronte alla situazione di carenza di organico".

1.2. Si rammenta che l'Azienda USL di Imola era stata destinataria di una relazione-referto, inerente ai bilanci di esercizio per gli anni 2017 e 2018, con cui la Sezione nella deliberazione n. 50/2020/PRSS ha rilevato che *"Dalla relazione dell'organo di revisione e dall'esame dei prospetti ad essa allegati non emergono irregolarità contabili "gravi" suscettibili di specifica pronuncia"*, pur ritenendo opportuno fornire una scheda riassuntiva della gestione aziendale, che evidenzia i punti salienti della stessa, in ordine ai quali si suggerisce un attento monitoraggio da tenere in considerazione, tra l'altro, nei bilanci degli esercizi futuri (cfr. relazione allegata alla deliberazione n. 50/2020/PRSS, pag. 94).

2. In risposta alla nota istruttoria prot. C.d.C. n. 4247 del 21 aprile 2021 dei magistrati istruttori, l'Azienda, con le note prot. C.d.C. n. 4755 del 7 maggio 2021 e prot. Cdc n. 4852 dell'11 maggio 2021, e la Regione, con nota prot. C.d.C. n. 4546 del 3 maggio 2021, hanno fornito i chiarimenti richiesti in merito ai seguenti profili emersi durante l'attività istruttoria svolta dalla Sezione:

1) Crediti vetusti verso privati e verso enti pubblici.

È stato chiesto di indicare le azioni intraprese dall'Azienda per il recupero dei crediti, ivi comprese le attività di sollecito finalizzate alla riscossione e all'interruzione dei termini di prescrizione.

L'Ente riferisce che l'attività di recupero crediti, sia verso privati che verso soggetti pubblici, viene eseguita secondo quanto previsto dalla procedura aziendale Nr. 5251 - versione 1 del 23/12/2016 "Recupero crediti" e dal Regolamento dell'Attività di Recupero Crediti Aziendale adottato con delibera 537 del 29/12/2001. I Gestori provvedono al sollecito e, in caso di mancato pagamento, procedono alla diffida ai fini dell'interruzione dei termini di prescrizione. Se anche questa azione risulta infruttuosa, per il proseguimento dell'attività di recupero trasmettono le pratiche, in base alla tipologia di credito, al Servizio Legale o all'Agenzia Entrate - Riscossione o ad altro soggetto incaricato per il recupero dei crediti.

L'Ente comunica infine che nel corso del 2019 sono stati spediti n. 3.534 solleciti con lettera ordinaria e 3.416 diffide con lettera raccomandata.

2) Montecatone Rehabilitation Institute spa (società controllata).

È stato chiesto di fornire maggiori chiarimenti riguardo alla voce ABA630 Crediti v/sperimentazioni gestionali pari, al 31/12/2019, ad euro 900.010 e PDA260 Debiti v/sperimentazioni gestionali pari, al 31/12/2019, ad euro 6.654.258 (a pag. 70 della Nota Integrativa si fa riferimento a prestazioni di degenza a favore dei residenti e valori di mobilità per prestazioni di degenza, specialistica e somministrazione farmaci a favore dei non residenti dell'AUSL) e alle relative movimentazioni nell'anno 2019.

L'Ente precisa che la società Montecatone Rehabilitation Institute spa fornisce all'AUSL di Imola, che detiene il 99,44 per cento delle quote sociali, prestazioni di ricovero, prestazioni di medicina specialistica e di somministrazione farmaci. Inoltre, evidenzia che le prestazioni che l'Istituto Montecatone eroga a favore dei cittadini iscritti al SSN e residenti nei territori dei Comuni di competenza dell'AUSL di Imola sono a carico della Azienda sanitaria di Imola; mentre le medesime prestazioni erogate a favore di cittadini iscritti al SSN e residenti in territori di competenza di altre Aziende sanitarie della Regione e fuori Regione vengono rimborsate dalla Regione Emilia-Romagna tramite il meccanismo di compensazione della mobilità sanitaria regionale e interregionale.

Si riportano di seguito le movimentazioni avvenute nel corso del 2019 dei conti (ABA630) Crediti v/sperimentazioni gestionali e (PDA260) Debiti v/sperimentazioni gestionali.

CONT O SP MIN	Descrizione Conto Aziendale	Saldo 31/12/2019
ABA630	Crediti v/sperimentazioni gestionali	505.092,93
ABA630	Fatture da emettere v/sperimentazioni gestionali	493.818,05
ABA630	Note di credito da emettere v/sperimentazioni gestionali	-6.390,63
ABA630	Fondo svalutazione crediti v/sperimentazioni gestionali	-92.509,70
	Totale Crediti v/sperimentazioni gestionali	900.010,65

Il conto PDA260 "Debiti v/sperimentazioni gestionali" ha avuto nel corso del 2019 le seguenti movimentazioni nel 2019. Il saldo è così ottenuto:

CONTO SP MIN	Descrizione Conto Aziendale	Saldo 31/12/2019
PDA260	Debiti v/ sperimentazioni gestionali	-3.283.646,64
PDA260	Fatture da ricevere per debiti verso sperimentazioni gestionali	-3.370.998,07
PDA260	Note di credito da ricevere per debiti verso sperimentazioni gestionali	385,84
	Totale debiti v/sperimentazioni gestionali	-6.654.258,87

3) Trasferimento dei finanziamenti di competenza 2019

È stato chiesto di fornire notizie in merito all'erogazione da parte della Regione, entro il 31 marzo 2020, della quota residua (art. 3, comma 7, DL 35/2013).

Al riguardo l'Ente dichiara che la Regione, in sede di verifica della spesa regionale per l'anno 2019, con riferimento alla prescrizione prevista all'articolo 3, comma 7, del D.L. 35/2013, ha certificato al MEF che la quota del FSN assegnata alla Regione risultava, al 31/12/2019, interamente erogata al sistema sanitario regionale. Più precisamente ha dichiarato: "In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 7 del D.L. 35/2013, è stato erogato al Sistema Sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2019, l'importo complessivo di 8.898.555.833 euro pari al 100% delle somme trasferite dallo Stato a titolo di finanziamento del SSR (euro 8.659.320.638) e al 100% delle risorse autonome regionali e del Payback (euro 239.235.195)".

4) Debiti verso fornitori

È stato chiesto di fornire chiarimenti circa i diversi importi indicati, rispettivamente nello stato patrimoniale (voce D.VII Debiti v/fornitori: 21.566.018,38) e nella sezione "Amministrazione trasparente/Pagamenti dell'amministrazione/Indicatore di tempestività dei pagamenti" del sito istituzionale dell'Azienda (ammontare debiti anno 2019: euro 30.562.202,83), nonché di fornire l'indicazione delle tipologie di debiti, con i relativi importi, conteggiati nella cifra di euro 30.562.202,83 anche con riferimento alla voce D.V.II. dello stato patrimoniale.

L'Azienda dichiara che, per un mero errore materiale nella sezione trasparenza, è stato pubblicato un importo errato e che il valore dei debiti al 31.12.2019 è stato corretto in 14.473.068 euro. Quindi, l'Ente precisa che le ragioni della discrepanza riscontrata tra la voce D.V.II riportata nello Stato Patrimoniale e quanto pubblicato all'interno della apposita sezione nel sito istituzionale sono riconducibili essenzialmente al fatto che quanto pubblicato

nella sezione trasparenza sotto la voce "Ammontare debiti" è riferito all'ammontare delle sole transazioni commerciali rappresentate da un documento di addebito. Sono stati, pertanto, esclusi dal conteggio aggregati quali, ad esempio, i debiti verso i medici generici e pediatri e relativi arretrati ed altresì le fatture/note di credito da ricevere degli anni precedenti e sono stati aggiunti i debiti verso società partecipate e i debiti verso altri soggetti. L'ente fornisce, quindi, una dettagliata rappresentazione di raccordo fra i conti compresi nei debiti verso fornitori (voce D.V.II) e i conti interessati alla pubblicazione su amministrazione trasparente.

5) Indicatore di tempestività dei pagamenti

È stato chiesto di fornire la motivazione del peggioramento dell'indicatore di tempestività dei pagamenti rispetto al 2018, passato da -5 (mediamente i pagamenti sono avvenuti 5 giorni prima della scadenza) a +6 nel 2019, in relazione al punto successivo.

L'Ente riferisce che nel 2019 è stato modificato il *software* di contabilità, con conseguenti ritardi nel primo semestre, che sono stati recuperati nel secondo semestre. Riferisce, inoltre, di essere stata una delle tre Aziende che per prime hanno implementato il nuovo *software* (GAAC) che è stato poi esteso a tutte le aziende sanitarie della regione.

6) Interessi passivi verso fornitori (cfr. questionario pag. 21, quesito n. 21)

È stato chiesto di fornire l'indicazione della tipologia di interessi passivi, con i relativi importi imputati alla voce di costo C.3.C.) Altri interessi passivi del conto economico, pari ad euro 60.088,05, considerando che nel questionario a pag. 21, quesito 21, il collegio sindacale ha indicato un ammontare di interessi passivi diretti per ritardato pagamento ai fornitori di euro 123.561 (nel 2018 l'importo indicato è pari ad euro 29.070), e interessi passivi da factoring regionale pari a zero; inoltre, è stato chiesto di chiarire quanto dichiarato dal Collegio sindacale a pag. 13 della relazione sul bilancio d'esercizio 2019 e cioè: " Rispetto al preventivo 2019 e al consuntivo 2018 si evidenzia un lieve aumento del costo di questa voce [oneri finanziari] a causa dell'aumento degli interessi verso fornitori a causa delle maggiori richieste ricevute nei primi mesi dell'anno da parte delle società di factoring."

L'Azienda precisa che nell'importo di euro 123.561 sono compresi:

- la voce CA0140 C.3.C. *Altri interessi passivi* comprende esclusivamente gli interessi passivi verso fornitori : euro 60.088;
- EA0450 E.2.B.3.2.G) *Altre sopravvenienze passive v/terzi per Interessi* 17.047;
- BA2751 B.14.A.7) *Altri accantonamenti per interessi di mora* 46.426.

Per quanto riguarda il secondo punto, l'Ente risponde che le società di *factoring* hanno iniziato a fatturare gli interessi su tutte le fatture pagate in ritardo e che, a seguito di questo comportamento, l'Azienda dal 2019 ha iniziato a rifiutare le cessioni di crediti esistenti; permangono validi i contratti di cessione per crediti futuri (contratti con validità di 2 anni).

7) Fondo rischi per interessi di mora (cfr. questionario pag. 21, quesito n.22)

È stato chiesto di fornire chiarimenti in merito all'esigenza, da parte dell'Azienda, di iscrivere nello stato patrimoniale tale fondo con una consistenza iniziale di euro 28.100, un accantonamento nell'esercizio 2019 di euro 46.426, nonché di chiarire gli utilizzi già effettuati che risultano pari a 24.971, in confronto anche con l'importo di interessi passivi per ritardato pagamento di euro 123.561; infine, di chiarire quanto dichiarato nella nota al quesito 22 e cioè: "Il fondo interessi moratori è stato rideterminato sulla base della percentuale decrescente applicata agli interessi maturati negli ultimi 5 anni come previsto dalla procedura interaziendale sulla base della valutazione del rischio effettuata dal responsabile dell'ufficio finanziari".

L'Ente dichiara che il fondo per interessi moratori viene rideterminato annualmente secondo la procedura interaziendale adottata dalle aziende sanitarie dell'area metropolitana. Tale procedura prevede l'applicazione di percentuali fisse sugli interessi maturati negli ultimi cinque anni (n, n-1, n-2, n-3, n-4), come rappresentato nella tabella di seguito riportata. Precisa, inoltre, che le percentuali possono essere annualmente riviste su indicazione dell'ufficio preposto ai pagamenti qualora si presentino variazioni significative nel rapporto fra interessi fatturati e interessi maturati. Viene, infine, specificato che la percentuale dell'anno n è stata calcolata sulla base della media dei pagamenti degli anni 2012-2016 rispetto al maturato nell'area metropolitana di Bologna.

Anno	Percentuale valutazione fondo
n-4	1,00%
n-3	5,00%

n-2	10,00%
n-1	15,00%
N	20,00%

L'Ente, quindi, dichiara che la consistenza iniziale del fondo per interessi moratori deriva dalla rideterminazione del fondo interessi al 31.12.2018 in applicazione della procedura interaziendale e che la quota del fondo utilizzata nel 2019 è pari alla differenza fra le fatture di addebito degli interessi e le note di accredito degli interessi, pervenute nell'anno 2019, di competenza di esercizi precedenti; mentre l'accantonamento è stato determinato nella misura necessaria per rendere il fondo pari al rischio determinato dall'applicazione della procedura suddetta.

8) Fondo rischi per ferie da pagare.

Sono stati chiesti chiarimenti in merito a quanto dichiarato dal collegio sindacale a pag. 7 della relazione al bilancio d'esercizio 2019 e cioè: " il fondo rischi ferie da pagare è stato rideterminato sulla base della media delle ferie pagate nel triennio 2017-2019". Si chiede se nel 2019 è stato utilizzato e l'eventuale corrispondenza alla voce del C.E. , anche con riferimento alle linee guida della Regione DGR 1562/2017.

L'Azienda precisa che le ferie sono pagate solo in caso di decesso del dipendente ai sensi dell'art. 5, comma 8, del d.l. n. 95/2012 e in base alle circolari della Funzione Pubblica (prot. 32937 del 6.8.2012 e n. 40033 del 8.10.2012) e che il fondo, nel 2019, è stato utilizzato nella misura di euro 4.250.

9) Fondi per rischi e oneri

È stato chiesto di indicare le ragioni della mancata corrispondenza tra la consistenza iniziale dei fondi al 01/01/2019 che risulta dalla tabella 36 Consistenza e movimentazione dei fondi rischi ed oneri (pag. 49 della N.I.), pari a euro 9.631.256 (tab. 36 N.I.) e la consistenza al 31/12/2018 riportata nello stato patrimoniale relativo all'esercizio 2018, come riportato anche nella relazione allegata alla deliberazione di questa Sezione n. 50/2020/PRSS, pari a euro 10.258.258. Inoltre sono stati chiesti chiarimenti anche in merito a quanto indicato al quesito 16.5 di pag. 19 del questionario, da cui si evince che, con riferimento ai rischi per i quali è stato costituito un fondo, esiste la possibilità di subire perdite addizionali rispetto all'ammontare stanziato; peraltro, il Collegio

sindacale non indica, al quesito successivo, l'ammontare delle possibili perdite addizionali. Si chiedono chiarimenti anche con riferimento a quanto dichiarato a pag. 56 della nota integrativa e cioè, alla domanda se esistono rischi (né generici, né remoti) a fronte dei quali non è stato costituito un apposito fondo perché solo possibili, anziché probabili e se da tali rischi potrebbero scaturire perdite significative, l'Azienda risponde che si tratta di n. 95 richieste di indennizzo, nell'ambito dell'autoassicurazione RCT, dalle quali, comunque, l'AUSL ritiene che non possono scaturire perdite significative.

Con riferimento alla mancata corrispondenza tra la consistenza iniziale all'01/01/2019 e quella finale dell'anno precedente, al 31/12/2018, dello stato patrimoniale 2018, l'Ente chiarisce che la differenza -627.000 euro è riconducibile al fatto che il fondo "personale in quiescenza", che nell'esercizio 2018 era classificato nel conto ministeriale **PBA260 – Altri fondi per oneri e spese**, nell'esercizio 2019 è stato riclassificato nel nuovo conto ministeriale **PCA020 – "Fondo per trattamento di quiescenza e simili"**.

In ordine alla possibilità di subire perdite addizionali rispetto all'ammontare stanziato, l'Ente riferisce che sono state seguite in via analogica le Linee guida regionali previste per il Fondo franchigie assicurative, in quanto la Regione non ha predisposto Linee guida specifiche. Le citate Linee guida prevedono che "I sinistri per i quali è pervenuta all'Azienda una formale richiesta di danni, ma che sono stati oggetto di rigetto da parte del Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS) aziendale, non seguito dall'avvio di un contenzioso da parte della controparte, presentano un rischio di soccombenza valutato come possibile, a fronte del quale non è previsto accantonamento in bilancio, ma solo un'informativa nella nota integrativa aziendale, salvo specifica valutazione del CVS di diverso livello di rischio".

L'Ente precisa che il CVS aziendale procede all'attribuzione di un diverso livello di rischio (probabile) e al relativo accantonamento in caso di sopravvenuta riapertura del sinistro per iniziativa giudiziale o stragiudiziale di controparte.

10) Contenzioso legale.

È stato chiesto di fornire i seguenti chiarimenti: - con riferimento ai dati del contenzioso legale indicati nella relazione del collegio sindacale al bilancio d'esercizio 2019 (pag. 15), le poste "contenzioso nei confronti delle strutture private accreditate" pari ad euro 2.550, e "altro contenzioso" pari ad euro 41.217, confluiscono nel Fondo rischi per cause civili e oneri processuali (codice

PBA020) per l'importo complessivo di 43.767, con utilizzo del fondo nel 2019 pari a euro 22.339 (tab.36 della nota integrativa). Sono stati chiesti chiarimenti in merito all'utilizzo del fondo; - con riferimento al contenzioso per l'acquisto di prestazioni erogate da strutture private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, chiarire l'incongruenza tra la risposta data al quesito n.9 di pag. 11 del questionario, per cui non vi sono in corso contenziosi per prestazioni erogate da operatori privati accreditati e quanto dichiarato nella relazione del Collegio sindacale a pag. 15 per cui il contenzioso nei confronti delle strutture private accreditate ammonta, seppure per un importo non rilevante, ad euro 2.550.

Per quanto riguarda l'utilizzo del fondo rischi per cause civili e oneri processuali, l'Ente precisa che l'importo accantonato di euro 22.339 è stato utilizzato nel seguente modo:

- 1.165 euro in esecuzione di una sentenza in favore di una casa di cura, comprensiva delle spese di registrazione della sentenza;
- 12.330 euro in esecuzione di sentenze in favore di altri soggetti privati, comprensive spese di registrazione delle sentenze;
- 8.845 euro riduzione del fondo rischi in applicazione della procedura aziendale.

Con riferimento al quesito n. 9 di pag. 11 relativo al contenzioso per l'acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali e ospedaliere, erogate da strutture private accreditate, l'Azienda riferisce che è stata data risposta negativa in quanto *"il contenzioso [di importo euro 2.550] non riguardava le prestazioni erogate dalla casa di cura, ma la mancata adesione della stessa al factoring regionale, con conseguenti spese per interessi"*.

11) Acquisti di prestazioni da operatori privati: (cfr. questionario pag. 11, quesiti nn. 7, 7.2 e 8).

È stato chiesto di fornire chiarimenti in merito alla mancata adozione di provvedimenti per la riduzione, nel 2019, dei costi per l'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in misura pari, rispetto al valore consuntivato nel 2011, al 2 per cento (art. 15, comma 14, d.l. n. 95/2012); inoltre, di spiegare quanto dichiarato al quesito n. 7.2 e cioè: "la spesa complessiva 2019 è stata superiore del 36,7% rispetto alla spesa complessiva 2011. Infine, è stato chiesto di motivare la risposta positiva al quesito 8, da cui si evince che l'Azienda ha rispettato i tetti di spesa programmati nel 2019 per le prestazioni erogate dagli operatori privati accreditati.

L'Ente dichiara che la spesa per l'acquisto di prestazioni per la degenza e l'assistenza specialistica ambulatoriale da privato accreditato, se si escludono gli accordi regionali intervenuti successivamente al 2012 per la riduzione delle liste di attesa, ha rispettato i valori del -2 per cento del consuntivo 2011. L'Azienda precisa, altresì, che sulla base delle indicazioni emanate dalla Regione Emilia-Romagna, finalizzate alla diminuzione dei tempi di attesa ed all'aumento della capacità produttiva (DGR n. 1735 /2014 e Circolare n. 21/2014 e DGR n.1056/2015), l'Azienda sanitaria di Imola ha messo in atto specifiche azioni. L'ente riferisce, altresì, che la Regione ha responsabilizzato le Direzioni aziendali inserendo l'obiettivo di miglioramento dei tempi di attesa nella delibera di programmazione annuale e nelle delibere con le quali vengono assegnati alle Direzioni Generali gli obiettivi di mandato.

L'Ente riferisce, quindi, quali sono state le azioni intraprese negli anni per perseguire l'obiettivo di incremento della propria capacità produttiva attraverso:

- l'estensione degli orari di attività nelle giornate feriali, ivi comprendendo anche la giornata del sabato per alcune prestazioni critiche;
- l'attivazione di Percorsi di garanzia presso il Privato accreditato;
- l'offerta aggiuntiva di prestazioni in caso di criticità dei tempi di attesa, sia attraverso un incremento della committenza presso il privato accreditato, sia incrementando ove possibile la produzione interna;
- lo sviluppo di protocolli per fissare precisi criteri per la prescrizione della prestazione e per attribuirle corretta priorità in relazione al quesito diagnostico.

All'interno di tale percorso, l'Azienda dichiara di aver perseguito anche il rientro della mobilità passiva extra-regionale, soprattutto per prestazioni onerose quali le prestazioni radiologiche di RMN. Passando da un valore di circa 300.000 euro nel 2011, a 400.000 euro nel 2014 a circa 130.000 nel 2019, a seguito dell'aumento dell'offerta presso il privato accreditato ubicato nel territorio aziendale, con il quale era peraltro possibile negoziare prestazioni scontate.

Infine riferisce che, a seguito del *turn over* del personale medico e per la difficoltà all'arruolamento degli specialisti, si è reso necessario indirizzare l'attività degli specialisti dipendenti prioritariamente sulla gestione delle degenze e sopperire alla conseguente diminuzione dell'attività ambulatoriale con l'acquisto di tali prestazioni da privati accreditati.

In merito al quesito 7.2, l'Ente spiega che l'aumento del 36,7 per cento della spesa 2019 rispetto al 2011 deriva dal confronto tra la spesa in specialistica ambulatoriale e degenza del 2011, pari ad euro 9.013.827, e la

corrispondente spesa del 2019, pari a euro 12.321.982. L'Ente dichiara di aver effettuato, in occasione del momento istruttorio, una riclassificazione dei costi 2011 sulla base dei nuovi Modelli C.E. utilizzati per il 2019 al fine di confrontare dati omogenei. L'aumento in percentuale, ottenuto dal ricalcolo, della spesa 2019 per **degenza e specialistica ambulatoriale** rispetto a quella sostenuta nel 2011, risulta essere del **+10,34 per cento**.

L'Ente dichiara che, considerando solo gli acquisti del 2019 per prestazioni di specialistica ambulatoriale e degenza derivanti da accordi in essere al 2012 ed escludendo, quindi, la parte di spesa per specialistica ambulatoriale e degenza derivante dagli accordi intervenuti dopo il 2012 per la riduzione delle liste d'attesa, la spesa 2019 è diminuita più del 2 per cento rispetto alla corrispondente spesa del 2011.

In merito al rispetto dei tetti di spesa programmati per l'anno 2019, l'Azienda dichiara di aver rispettato i tetti di spesa previsti dagli Accordi quadro regionali per la regolazione dei rapporti con i produttori privati, di cui alla DGR n. 2329/16. L'Ente riferisce che l'Accordo quadro regionale costituisce il quadro di riferimento in base al quale le singole Aziende USL e le strutture private accreditate del territorio regolamentano tramite successivi accordi contrattuali locali i loro specifici rapporti, al fine di soddisfare in concreto il fabbisogno di salute regionale. Precisa, inoltre, che a livello regionale è attivo un sistema di monitoraggio dei *budget* previsti dall'Accordo Quadro e, in particolare, è stata sviluppata una piattaforma web di raccolta dei dati di fatturato che vengono trasmessi dalle aziende USL ai fini del confronto con i *budget* prefissati. La produzione delle attività erogate viene controllata a consuntivo e con periodicità infra-annuale.

L'Ente, quindi, ha illustrato il sistema degli accordi stipulati dall'AUSL di Imola.

12) Organismi partecipati (cfr. questionario pag. 17, quesito n. 10.2)

È stato chiesto di chiarire in merito al mancato aggiornamento al 31/12/2019 dei dati inseriti nella tabella 13 della nota integrativa e nel questionario di pag. 17 e di trasmettere il piano di revisione periodica delle partecipazioni societarie dell'Azienda al 31/12/2019 ai sensi del d.lgs 175/2016, in quanto non risulta pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale dell'Azienda.

L'Ente ha risposto che al momento dell'adozione del bilancio di esercizio non erano disponibili i dati di bilancio 2019 delle società partecipate e ha

allegato la revisione periodica delle partecipazioni societarie al 31.12.2019 adottata con delibera n. 237 del 30/12/2020. L'Azienda ha, altresì, precisato che il piano di revisione ordinaria delle partecipazioni societarie viene pubblicato sul sito istituzionale, in applicazione del piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza, dopo l'inserimento nel sito ministeriale, che è previsto nel mese di maggio nel rispetto della scadenza del 28 maggio 2021. L'ente ha infine segnalato che il sito ministeriale è stato reso disponibile dal 3 marzo 2021 come da lettera del Ministero dell'Economia e delle Finanze prot. DT 15445 del 04/03/2021.

13) Attività libero-professionale intramuraria.

È stato chiesto di specificare in quale voce di costo del C.E. viene contabilizzata l'indennità di esclusività del medico e di chiarire la differenza nell'importo del costo IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia) tab. 54 (euro 182.389) e la corrispondente voce Y.1.C. del CE (180.056).

Per quanto riguarda l'indennità di esclusività dei medici l'ente precisa che tale importo viene contabilizzato nella voci di costo del C.E. BA2120 o BA2130 in relazione alla durata del contratto.

BA2120	B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato
BA2130	B.5.A.1.2) Costo del personale dirigente medico - tempo determinato

In merito alla differenza nel conto IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia) rispetto a quanto riportato nel modello CE, l'Ente precisa che l'importo corretto è quello riportato alla voce Y.1.C. del C.E. (euro 180.056) e che *"nella tabella 54 è stato riportato l'importo derivante dalla Contabilità analitica dell'Ufficio Libera Professione, analogamente agli altri così che non avevano un conto economico dedicato"*.

14) Circolarizzazione dei rapporti credito/debito tra Regione ed altri enti del Servizio sanitario regionale.

È stato chiesto di conoscere le modalità del controllo del collegio sindacale con particolare riferimento alla frequenza con cui vengono effettuate le verifiche.

L'Ente riferisce che i rapporti di credito/debito tra le aziende del SSR e la Regione sono riportate nelle apposite procedure regionali (DGR n. 2119 del 20 dicembre 2017 avente ad oggetto *"Percorso attuativo della certificabilità di cui alla DGR n. 150/2015 - approvazione del regolamento interno di organizzazione*

e disciplina contabile, del manuale delle procedure e istruzioni operative della Gestione Sanitaria Accentrata regionale (GSA) e del manuale delle procedure e indicazioni operative del bilancio consolidato del SSR") e che la circolarizzazione dei rapporti credito/debito viene effettuata mediante il confronto fra i crediti e debiti verso Regione estratti dalla matrice patrimoniale istituita presso la Regione e i conti di credito e debito dello stato patrimoniale dell'AUSL.

L'Ente precisa infine che il controllo viene effettuato annualmente in sede di *audit* del bilancio. La verifica sul bilancio di esercizio 2019 ha evidenziato la quadratura fra lo stato patrimoniale dell'AUSL e la matrice degli scambi.

14) Attività contrattuale per acquisti di beni e servizi.

Sono state chieste informazioni in merito alla riduzione del 10% del valore dei contratti per acquisti di beni e servizi e dei relativi costi (art.15, comma 13, lett. a) del decreto legge n.95/2012;

L'Ente riferisce che nel 2019 risulta in essere un contratto per il servizio di pulizia, disinfezione e sanificazione, stipulato in data antecedente al D.L. 95/2012 e rinnovato nel 2017 perché in scadenza. L'Azienda specifica che in corso di vigenza contrattuale ha posto in essere diverse azioni volte, in primo luogo, al raggiungimento dell'obiettivo fissato dal DL 95/2012 e in subordine al mantenimento dei criteri ambientali minimi per la sanificazione delle strutture sanitarie di cui al d.lgs n. 18/2016. Tali azioni hanno riguardato:

- il mancato adeguamento del contratto alla rivalutazione Istat;
- la riclassificazione di alcuni ambienti con la valutazione del rischio da medio a basso rischio e agendo sulle frequenze degli interventi;
- rinegoziazione dei canoni per ambienti da basso a bassissimo rischio come le aree esterne.

Nel periodo contrattuale si è reso necessario estendere il servizio di pulizia ai locali adibiti ad uso ufficio ed aule inizialmente non previsto.

Con il rinnovo del contratto, nel 2017, l'Azienda riferisce di aver dovuto concedere l'adeguamento alla rivalutazione ISTAT che era stato bloccato per i cinque anni precedenti.

In conclusione l'ente dichiara che la riduzione percentuale del valore del contratto nel periodo dal 2012 al 2019 è pari al 7,20 per cento ma sottolinea che, al netto della rivalutazione ISTAT, il risparmio complessivo per il servizio di pulizia, disinfezione e sanificazione si sarebbe attestato intorno al 9,5 per cento.

16) Spesa farmaceutica.

È stato chiesto all'Amministrazione regionale di relazionare sul parziale raggiungimento da parte dell'Azienda degli obiettivi attribuiti dalla Regione, anche alla luce delle spiegazioni fornite dal Collegio sindacale nel questionario e che qui si riportano di seguito "Nell'ambito degli obiettivi relativi all'assistenza farmaceutica, si è realizzato un parziale raggiungimento rispetto agli obiettivi di spesa ospedaliera e convenzionata. Per la spesa ospedaliera ha inciso il maggiore consumo di farmaci per pazienti affetti da malattie rare, per pazienti affetti da malattia diabetica nonché il maggiore consumo di farmaci oncologici c.d. di tipo B (ex innovativi). Per la spesa convenzionata ha inciso un maggiore consumo di farmaci per il sistema respiratorio e di farmaci per il Sistema nervoso".

Con riferimento al parziale raggiungimento degli obiettivi attribuiti dalla Regione per la spesa farmaceutica ospedaliera e convenzionata, l'Amministrazione regionale aggiunge a quanto riferito dall'Azienda quanto segue.

Per la **spesa farmaceutica ospedaliera/distribuzione diretta**, (esclusi i farmaci rientranti nel fondo innovativi non oncologici e nel fondo oncologici innovativi-gruppo A, nonché l'ossigeno), la Regione riferisce che in fase di programmazione erano stati previsti gli incrementi di spesa per le principali categorie di farmaci trainanti i consumi e nel contempo erano state individuate azioni di risparmio quali l'adesione alla gara di acquisto farmaci di Intercent_ER e l'utilizzo di farmaci biosimilari. L'Azienda sanitaria di Imola, sul fronte dei **farmaci biosimilari**, è stata sostanzialmente in linea con le previsioni avendo registrato una minore spesa di -922.612 euro rispetto al 2018, raggiungendo oltre il 90% dell'importo di risparmio stimato ed assegnato come obiettivo. Di contro, però, vi è stato un aumento di consumi per alcune categorie di farmaci, legati all'aumento dei casi trattati, superiore alle previsioni. Ciò ha generato un maggior incremento di spesa rispetto a quanto complessivamente previsto. In particolare, per l'Ausl di Imola, la Regione conferma il maggior consumo di farmaci oncologici inclusi nel gruppo B, superiore alla previsione, di farmaci per la fibrosi cistica e di farmaci per le patologie del sistema nervoso, oltre agli aumenti per farmaci antidiabetici e farmaci per malattie rare (enzimi metabolici e fattori della coagulazione). In merito ai farmaci per malattie rare, la Regione ha precisato che l'incidenza delle malattie rare è eterogenea nelle aziende ed è, quindi, di difficile previsione e, seppur relativa a pochi pazienti, può determinare scostamenti rilevanti dalle previsioni/obiettivi di spesa dato l'elevato costo per singolo trattamento. Infine,

precisa che anche a livello regionale si è registrato un andamento dei consumi e quindi della spesa simile a quello descritto per l'Ausl di Imola poiché in fase di programmazione la previsione delle dinamiche portava a stimare una sostanziale stabilità della spesa rispetto al 2018.

Per **la spesa farmaceutica netta convenzionata** (al netto degli sconti e del *ticket*, sia quota fissa che compartecipazione sul prezzo di riferimento), la Regione riferisce che l'obiettivo previsto teneva conto da una parte degli **aumenti di spesa dovuti all'abolizione del ticket** per i cittadini con reddito inferiore a 100.000 euro e agli effetti, quindi, sull'andamento delle prescrizioni indotti da tale abolizione (stimati + 471.536 euro per Ausl Imola) e dall'altra **di potenziali risparmi** derivanti da scadenze di brevetti e **dall'adesione a obiettivi di appropriatezza prescrittiva per PPI, antibiotici, omega3** (stimati complessivamente - 453.549 euro per Ausl Imola), che avrebbero dovuto pressoché annullare gli incrementi conseguenti alla manovra di eliminazione del ticket stabilita dalla DGR 2075/2018. La Regione precisa che il raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza richiedeva, tuttavia, una contrazione dei consumi molto drastica sulle tre categorie di farmaci individuate, che non è risultata pienamente realizzabile in nessuna delle aziende sanitarie, con livelli di prescrizione distanti dalla soglia fissata. Per l'Ausl di Imola, a parità di condizioni sul *ticket*, è stato conseguito un **contenimento della spesa per le tre classi** di farmaci sopra indicate, ma non il risparmio inizialmente stimato; si è registrato, inoltre, un maggior consumo dei farmaci per il sistema respiratorio e il sistema nervoso [Cfr. relazione del collegio sindacale] La Regione dichiara, pertanto, che tale dinamica dei consumi non ha consentito di compensare i maggiori oneri derivanti dal mancato gettito del *ticket* come, invece, era stato previsto in fase di programmazione.

17) Indebitamento.

È stato chiesto di indicare nel dettaglio i mutui contratti dall'Azienda con indicazione, per ciascuno di essi, dell'ammontare complessivo, della durata, della scadenza e dell'importo del debito residuo al 31.12.2019 e di specificare le poste considerate agli effetti del rispetto del limite di indebitamento (art. 2, comma 2-sexies, lett. g), punto 2, del d.lgs. 502/1992) e le voci del conto economico corrispondenti, nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Regione;

L'Ente ha trasmesso la tabella rappresentata di seguito, nella quale vengono evidenziati in dettaglio i mutui ventennali contratti, nulla viene aggiunto in ordine agli investimenti realizzati.

DETTAGLIO MUTUI	Soggetto	Durata anni	Importo	Scadenza	Debito
	erogatore		iniziale		residuo al 31-dic-19.
Mutuo Banca Intesa San Paolo SPA	Intesa San Paolo Spa.	20	1.600.000	31/12/2026	700.647
Mutuo Banca Intesa San Paolo SPA	Intesa San Paolo Spa	20	4.600.000	30/06/2027	2.199.634
Mutuo Banca Intesa San Paolo SPA	Intesa San Paolo Spa	20	2.800.000	31/12/2027	1.455.185
Mutuo Banca Intesa San Paolo SPA	Intesa San Paolo Spa	20	11.000.000	31/12/2027	5.934.260
Mutuo Banca Carige S.P.A.	Banca Carige Spa	20	10.000.000	31/12/2031	6.504.348
Mutuo Banca Intesa San Paolo SPA	Intesa San Paolo Spa	20	2.300.000	30/06/2034	1.667.500
TOTALE MUTUI			32.300.000		18.461.574

Per quanto riguarda la richiesta di precisare le voci delle entrate proprie correnti considerate nel calcolo del limite all'indebitamento, l'ente ha fornito lo schema di calcolo con il dettaglio delle voci considerate.

In conclusione, l'Ente conferma che il totale delle entrate correnti proprie è pari a euro 11.431.687, mentre il totale del servizio del debito è pari euro 1.761.348 (quota capitale rimborsata nel 2019 pari a euro 1.610.313 e quota interessi pari a euro 151.035).

Si rileva, quindi, una percentuale di incidenza pari al **15,40 per cento**.

18) Consulenze non sanitarie - voce B.2.B.2 del C.E.

È stato chiesto di indicare le ragioni dell'incremento dei costi sostenuti rispetto all'anno 2018 per un valore in percentuale pari al +9,35 (si richiama anche quanto dichiarato nella Relazione sulla gestione a pag. 72: "I servizi non sanitari presentano un valore complessivo in incremento rispetto al preventivo 2019 per un valore pari a +537 mila euro (+3,6%), per +485 mila euro (+3,3%) rispetto al consuntivo 2018. In tale aggregato di spesa sono ricompresi i servizi tecnici, le assicurazioni, le utenze, i costi per formazione, le consulenze nonché altri servizi non sanitari".

L'Ente dichiara che le consulenze non sanitarie nel 2019 sono, in realtà, in diminuzione rispetto al 2018 e spiega che le voci B.2.B.2 "Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro autonomo **non sanitarie**" del CE 2019 (pari a euro 208.864) e del CE 2018 (pari a euro 191.000) non sono confrontabili perché la prima raggruppa ulteriori conti rispetto alla stessa voce del 2018.

Più specificatamente l'ente riferisce che il modello CE 2019 fa confluire nella voce B.2.B.2 due ulteriori conti ovvero:

- docenze svolte da personale dipendente in convenzione presso terzi (conto 1103500201 - cod. ministeriale BA1790).

- consulenze non sanitarie svolte da personale dipendente (conto 1103500202 - cod. ministeriale BA1790).

Tali conti nel modello CE 2018 confluiscono nell'aggregato B.2.B.1 "Servizi non sanitari" nell'ambito della voce ministeriale BA1740, per valori rispettivamente pari a euro 127.911 ed euro 3.880.

Per poter confrontare i due esercizi è necessario, quindi, riclassificare la voce del modello CE 2018 sulla base del modello ministeriale CE 2019: alla voce B.2.B.2 del 2018 pari a euro 191.000 si devono aggiungere gli importi dei due anzidetti conti economici. L'importo della voce riclassificata è pari a euro 322.096 con uno scostamento rispetto al 2018 del **-35,33%** e con una differenza di euro - 114.101.

Con riferimento all'incremento della spesa per gli acquisti di servizi non sanitari, a pag. 72 della relazione sulla gestione, l'ente rappresenta che gli incrementi di spesa rispetto al 2018 hanno riguardato i servizi tecnici e utenze (+2,8%), le assicurazioni (+28,8%), altri servizi non sanitari e amministrativi (+3,3%) e la formazione (+21,2%).

2.2. Ciò posto, i magistrati istruttori, dopo aver instaurato il contraddittorio con l'Ente sia in via cartolare che con l'audizione svoltasi in data 22 settembre 2021 e avendo ritenuto che le criticità emerse trovano riscontro documentale, ha sottoposto all'esame del Collegio le risultanze dell'istruttoria svolta sull'Azienda USL di Imola.

DIRITTO

1. La legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006) ha previsto, per gli organi di revisione economico-finanziaria degli enti locali, l'obbligo di trasmissione alle competenti sezioni regionali di controllo di una relazione sul bilancio di previsione dell'esercizio di competenza e sul rendiconto dell'esercizio medesimo, sulla base di criteri e linee guida definiti dalla Corte dei conti. Nelle intenzioni del legislatore, tale adempimento deve dare conto, in particolare, del rispetto degli obiettivi annuali posti dal patto di stabilità interno e dell'osservanza del vincolo previsto in materia di indebitamento dall'articolo 119, ultimo comma, della Costituzione, nonché di ogni grave irregolarità

contabile e finanziaria in ordine alle quali l'amministrazione non abbia adottato le misure correttive segnalate dall'organo di revisione.

L'art. 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 ha esteso agli enti del Servizio sanitario nazionale le disposizioni dei commi 166 e 167 dettate per gli enti locali, rimettendo alla Corte dei conti il compito di segnalare alla regione interessata il mancato rispetto da parte di tali enti dell'obbligo previsto dal comma 166 di presentazione della prescritta relazione annuale sul bilancio di esercizio.

L'ambito dei poteri delle sezioni regionali di controllo della Corte dei conti è stato precisato e ampliato dall'art. 1, commi 3, 4 e 7, del decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213.

L'art. 1, comma 3, del decreto-legge n. 174 del 2012 ha previsto 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.

Come evidenziato dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 39/2014, l'art. 1, comma 3, DL 174/2012 fa rinvio – ai soli fini, peraltro, delle modalità e procedure dell'esame – ai commi 166 e seguenti dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2006*), i quali hanno introdotto l'obbligo, per gli organi di revisione economico-finanziaria degli enti locali, di trasmettere alle sezioni regionali della Corte dei conti, ai fini della tutela dell'unità economica della Repubblica e del coordinamento della finanza pubblica, una relazione sul bilancio di previsione e sul rendiconto dell'esercizio di competenza sulla base di criteri e linee guida definiti dalla Corte dei conti.

Ai fini della verifica in questione, la Sezione regionale di controllo deve accertare che i rendiconti delle regioni tengano conto anche delle partecipazioni in società alle quali è affidata la gestione di servizi pubblici locali e di servizi strumentali, nonché dei risultati definitivi della gestione degli enti del Servizio sanitario nazionale, per i quali resta fermo quanto previsto dall'articolo 2,

comma 2-sexies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dall'articolo 2, comma 12, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, e dall'articolo 32 della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

1.1. Chiamata a pronunciarsi su dette disposizioni, la Corte costituzionale ha affermato che tale forma di controllo attribuito alla Corte dei conti 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.

La lettura che la Corte costituzionale ha fornito del comma 7 dell'art. 1 del DL 174/2012 ne mette in evidenza il carattere cogente a differenza di quanto statuito per i bilanci e rendiconti della regione, dove il controllo assume carattere collaborativo incidendo sullo stesso esercizio della potestà legislativa: ciò in quanto "*l'inosservanza di detto obbligo, per la mancata trasmissione dei provvedimenti correttivi o per la inadeguatezza degli stessi, ha l'effetto di precludere l'attuazione dei programmi di spesa per i quali è stata accertata la mancata copertura o l'insussistenza della relativa sostenibilità finanziaria. Si tratta, dunque, di effetti – attribuiti dalla disposizione impugnata alle pronunce di accertamento della Corte dei conti – 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. 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*". (Corte cost. n. 39/2014)

L'accertamento, da parte delle sezioni regionali della Corte dei conti, delle carenze di maggiore gravità elencate dal comma stesso, fa sorgere l'obbligo, in capo all'ente controllato, di adottare i provvedimenti di modificazione del bilancio o del rendiconto necessari per la rimozione delle irregolarità e il ripristino degli equilibri di bilancio. Lo stesso comma 7 prevede poi che l'inosservanza di detto obbligo, per la mancata trasmissione dei provvedimenti correttivi o per la inadeguatezza degli stessi, ha l'effetto di precludere l'attuazione dei programmi di spesa per i quali è stata accertata la mancata copertura o l'insussistenza della relativa sostenibilità finanziaria. Si

tratta, dunque, di effetti – attribuiti dalla disposizione impugnata alle pronunce di accertamento della Corte dei conti – 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 (Corte cost. n. 257/2020).

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” (Corte cost. n. 39 del 2014).

Pertanto, tale controllo si colloca su profili distinti rispetto al controllo sulla gestione amministrativa ed è compatibile con l'autonomia delle regioni, in forza del supremo interesse alla legalità finanziaria ed alla tutela dell'unità economica della Repubblica (artt. 81, 119 e 120 Cost.). Tali funzioni di controllo attribuite alle Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti assumono ancora maggior rilievo nel quadro delineato dall'art. 2, comma 1, della legge costituzionale 20 aprile 2012, n. 1, che, nel comma introdotto a modifica dell'art. 97 Cost., richiama il complesso delle pubbliche amministrazioni ad assicurare l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico, in coerenza con l'ordinamento dell'Unione europea.

In conformità alla disposizione dell'art. 1, comma 7, del D.L. n. 174/2012, qualora le Sezioni regionali della Corte accertano la sussistenza *“di squilibri economico-finanziari, della mancata copertura di spese, della violazione di norme finalizzate a garantire la regolarità della gestione finanziaria, o del mancato rispetto degli obiettivi posti con il Patto di stabilità interno”*, gli enti interessati sono tenuti ad adottare, entro sessanta giorni dalla comunicazione del deposito della delibera di accertamento, *“i provvedimenti idonei a rimuovere le irregolarità e a ripristinare gli equilibri di bilancio”*, nonché a trasmettere alla Corte i provvedimenti adottati, in modo che la magistratura contabile possa verificare se gli stessi siano idonei a rimuovere le irregolarità ed a ripristinare gli equilibri di bilancio. In caso di mancata trasmissione dei provvedimenti correttivi, o di esito negativo della valutazione, *“è preclusa l'attuazione dei*

programmi di spesa per i quali è stata accertata la mancata copertura o l'insussistenza della relativa sostenibilità finanziaria".

Qualora le riscontrate irregolarità non integrino fattispecie di irregolarità sanzionabili, nei termini di cui all'art. 1, comma 7, DL n. 174/2012, la Sezione regionale di controllo rinviene comunque la necessità di richiamare l'attenzione dell'ente, in particolare degli organi politici e degli organi tecnici di controllo (responsabile dei servizi finanziari, revisori dei conti, segretario comunale), ognuno per la parte di competenza, affinché possano essere adottate le opportune misure di autocorrezione. In tale contesto si inserisce peraltro la riforma operata dal d.lgs. n. 118 /2011 che, in attuazione della delega contenuta nella legge 5 maggio 2009, n. 42, di attuazione del federalismo fiscale di cui all'art. 119 della Costituzione, ha intrapreso il processo di armonizzazione dei sistemi contabili degli enti territoriali e dei loro organismi partecipati, in quanto dalla leggibilità e confrontabilità dei bilanci pubblici dipende la corretta valutazione degli andamenti della finanza territoriale, i cui esiti si riflettono sui conti pubblici nazionali nei termini già descritti.

1.2. In relazione al delineato quadro normativo di riferimento, vanno richiamate le linee guida della Sezione delle Autonomie per la redazione delle relazioni inerenti al Rendiconto dell'esercizio 2019, approvate dalla Sezione delle autonomie con Deliberazione n. 6/SEZAUT/2020/INPR, laddove è sottolineata la finalità del questionario che è quella di rilevare il complessivo rispetto da parte degli enti sanitari degli equilibri economico-patrimoniali e finanziari, della sostenibilità dell'indebitamento, nonché dei limiti di spesa posti dalla legislazione vigente, rispetto che costituisce elemento imprescindibile della gestione degli enti stessi e rappresenta altresì un profilo particolarmente qualificante della valutazione del Collegio sindacale.

Ciò premesso, la Sezione premette che la relazione-questionario redatta dal Collegio sindacale sul bilancio di esercizio deve essere strumentale alla verifica da parte della nostra Sezione dell'equilibrio economico-finanziario dell'ente sanitario.

L'oggetto del controllo è, infatti, il bilancio di esercizio, che, per le Aziende sanitarie e la Gestione sanitaria accentrata, rappresenta in modo chiaro, veritiero e corretto la situazione economica, patrimoniale e finanziaria del periodo di riferimento, così come previsto dalla Regione Emilia Romagna, con l'art. 9, comma 1, della legge regionale 16 luglio 2018, n. 9 recante: *"Norme in materia di finanziamento, programmazione, controllo delle aziende sanitarie e gestione sanitaria accentrata. abrogazione della legge regionale 20*

dicembre 1994, n. 50, e del regolamento regionale 27 dicembre 1995, n. 61. altre disposizioni in materia di organizzazione del servizio sanitario regionale”.

I parametri a cui conformare i controlli ai sensi dell’art. 1, commi 3 e 4, DL n. 174/2012 sono i seguenti:

- 1) Conseguimento e mantenimento dell’equilibrio di bilancio;
- 2) Osservanza del vincolo di finalizzazione dell’indebitamento a spesa di investimento (art. 119, sesto comma, Cost.);
- 3) Sostenibilità dell’indebitamento;
- 4) Assenza di irregolarità suscettibili di pregiudicare, anche in prospettiva, gli equilibri economico-finanziari degli enti.

1.3. Conseguimento e mantenimento dell’equilibrio di bilancio

Il conseguimento dell’equilibrio di bilancio, così come il suo mantenimento in corso di esercizio, rappresenta il parametro fondamentale cui conformare i controlli sulla gestione finanziaria degli enti del Servizio sanitario nazionale intestati dalla Corte dei conti. Come ricordato, tra l’altro, dalla Sezione delle autonomie, nella richiamata deliberazione 6/SEZAUT/2020/INPR, *“il mantenimento degli equilibri di bilancio costituisce una garanzia per la continuità dell’erogazione di un servizio costituzionalmente tutelato come quello della salute”.*

Inoltre, il Legislatore ha imposto agli enti del SSR, in ossequio ai principi di economicità ed efficienza, il rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l’equilibrio di costi e ricavi

A tale riguardo, l’art. 4, comma 8, decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, prevede che le aziende ospedaliere, inclusi i policlinici universitari, devono chiudere il proprio bilancio in pareggio che l’eventuale avanzo di amministrazione è utilizzato per gli investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente e per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di contrattazione.

L’art. 10 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, nell’estendere alle unità sanitarie locali l’applicazione delle disposizioni di cui all’articolo 4, comma 8, d.lgs. 502/1992, e successive modificazioni ed integrazioni, stabilisce che: *“Agli eventuali disavanzi di gestione, ferma restando la responsabilità diretta delle predette unità sanitarie locali, provvedono le regioni con risorse proprie, con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato”.* La Corte Costituzionale, con sentenza 21-28 luglio 1995, n. 416 ha dichiarato l’illegittimità costituzionale dell’art. 10, comma 1, della legge 724/1994 nella

parte in cui impone alle regioni di provvedere con risorse proprie al ripiano degli eventuali disavanzi di gestione anche in relazione a scelte esclusive o determinanti dello Stato".

L'art. 3, comma 2, decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, prevede, a tale proposito, che le regioni adottano le disposizioni necessarie per stabilire l'obbligo delle aziende sanitarie ed ospedaliere e delle aziende ospedaliere autonome, di garantire l'equilibrio economico, nonché per individuare le tipologie degli eventuali provvedimenti di riequilibrio e per determinare le misure a carico dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico.

Infine, la Regione deve garantire l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale sia nel suo complesso sia con riferimento ai singoli enti del Servizio sanitario regionale. Nel dettaglio, l'art. 1, comma 274, legge 266/2005 dispone che, al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, restano fermi gli obblighi posti a carico delle regioni, con l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, regioni e province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, finalizzati a garantire l'equilibrio economico-finanziario nel settore sanitario nonché finalizzati a prevedere, ove si prospettassero situazioni di squilibrio nelle singole aziende sanitarie, la contestuale presentazione di piani di rientro pena la dichiarazione di decadenza dei rispettivi direttori generali.

In particolare, ai sensi dell'art. 6 della citata intesa, le Regioni si impegnano a rispettare l'obbligo in capo alle stesse di garantire in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, sia in sede di preventivo annuale, che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche e a rispettare l'obbligo dell'adozione di misure - compresa la disposizione per la decadenza dei direttori generali - per la riconduzione in equilibrio della gestione, ove si prospettassero situazioni di squilibrio, fermo restando quanto disposto dall'art. 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che impone alle regioni di garantire il complessivo equilibrio economico-finanziario del Servizio sanitario, attribuendo poteri di controllo sostitutivo allo Stato ai sensi dell'art. 8, comma 1, della legge 5 giugno

2003, n. 131.

Gli obblighi di conseguimento dell'equilibrio economico-patrimoniale posti in capo agli enti del Servizio sanitario regionale risultano maggiormente verificabili in concreto a seguito dell'entrata in vigore del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e, in particolare, all'articolo 29, comma 1, lett. d) secondo il quale i contributi regionali per il ripiano delle perdite registrate dagli enti del settore sanitario sono rilevati in un'apposita voce del patrimonio netto sulla base del provvedimento regionale di assegnazione, con contestuale iscrizione di un credito verso la regione. Al momento dell'incasso del credito, il contributo viene stornato dall'apposita voce del patrimonio netto e portato a diretta riduzione della perdita all'interno della voce «utili e perdite portati a nuovo».

Tale modalità di contabilizzazione consente di evitare che i contributi regionali erogati in anni successivi rispetto a quello di emersione della perdita, inquinino il risultato economico dell'esercizio di assegnazione all'ente dei contributi medesimi.

Ed infatti, le regioni devono fornire adeguata copertura ai disavanzi del proprio sistema sanitario con le risorse derivanti dalle manovre fiscali dell'esercizio successivo. In tal senso si esprime l'art. 20, comma 2-*bis*, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 secondo il quale i gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali e destinati al finanziamento del Servizio sanitario regionale sono iscritti nel bilancio regionale nell'esercizio di competenza dei tributi. Di conseguenza, le perdite registrate dagli enti del Servizio sanitario regionale nell'esercizio 2019 vanno coperte mediante la variazione in aumento delle aliquote delle addizionali regionali di competenza dell'esercizio successivo (2020) e potrebbero essere effettivamente rimosse dalla regione e, a cascata, dagli enti del Servizio sanitario regionale, nel corso dell'esercizio 2021, a seguito dell'incasso del corrispondente trasferimento statale.

La Regione Emilia Romagna, con la citata legge regionale n. 9/2018, ha richiamato, all'art. 9, comma 7, le disposizioni contenute nell'art. 30 del d.lgs. 118/2011 in merito alla destinazione del risultato economico positivo eventualmente conseguito dagli enti del Servizio sanitario regionale a fine esercizio.

Ed infatti, ai sensi dell'art. 30 del citato decreto legislativo, l'eventuale risultato positivo di esercizio di tali enti è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti. La destinazione dell'eventuale eccedenza è diversamente disciplinata a seconda degli enti interessati:

- per gli enti di cui all'art. 19, comma 2, lett. b), punto i) (**gestione**

sanitaria accentrata), e lett. c) (**aziende sanitarie locali; aziende ospedaliere; istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni; aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale** è accantonata a riserva ovvero è resa disponibile per il ripiano delle perdite del servizio sanitario regionale;

- per gli enti di cui all'art. 19, comma 2, lett. b), punto d) (**istituti zooprofilattici**) può essere soltanto accantonata a riserva.

Inoltre, fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 80, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, eventuali risparmi nella gestione del Servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni rimangono nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie.

Dalle considerazioni che precedono, appare quindi chiaro che il conseguimento dell'equilibrio di bilancio, e il suo mantenimento, devono caratterizzare l'intera gestione finanziaria dell'ente.

1.4. Osservanza del vincolo di finalizzazione dell'indebitamento a spesa di investimento (art. 119, sesto comma, Cost.)

Il mantenimento di un equilibrio stabile consente all'ente di mantenersi, in prospettiva, in una situazione di risultato positivo di esercizio e di sostenibilità dell'indebitamento.

È per questa ragione che il legislatore ha previsto vincoli ben precisi alla crescita dell'indebitamento:

- uno di carattere qualitativo, relativo alla destinazione delle risorse in tal modo acquisite;
- l'altro di carattere quantitativo, relativo alla sostenibilità degli oneri annuali che discendono dall'indebitamento.

Rispetto al primo profilo (vincolo di carattere qualitativo della spesa), l'art. 119, comma 6, della Costituzione, stabilisce che gli enti territoriali possono indebitarsi per le sole spese di investimento.

La riforma che ha costituzionalizzato il principio del pareggio di bilancio ha, dunque, inteso rafforzare il divieto già affermato dall'art. 119, comma 6, della Costituzione nella sua versione originaria e sancito a livello di legislazione ordinaria dall'art. 3, comma 16, della legge 24 dicembre 2003, n. 350 secondo il quale le regioni possono, con propria legge, disciplinare l'indebitamento delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere solo per finanziare spese di investimento.

1.5. Sostenibilità dell'indebitamento

Con riferimento agli enti del Sistema sanitario regionale, tale parametro (vincolo quantitativo della spesa) si riferisce al rispetto dei limiti di finanza pubblica posti all'ammontare complessivo del debito o al costo, in termini di interessi passivi, degli enti del Servizio sanitario regionale.

L'art. 2, comma 2-sexies, lett. g) punto 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 ha previsto che: *"La regione disciplina altresì: ... fermo restando il generale divieto di indebitamento, la possibilità per le unità sanitarie locali di: ... contrazione di mutui e 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, ad esclusione della quota di fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione; ..."*.

L'art. 1, comma 664, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 ha statuito che *"... le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano autorizzano le proprie strutture sanitarie alla contrazione di mutui e al ricorso ad altre forme di indebitamento, secondo quanto stabilito dall'articolo 3, commi da 16 a 21, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti di tali strutture. Le regioni e le province autonome sono tenute ad adeguare i rispettivi ordinamenti; è fatta comunque salva la facoltà di prevedere un limite inferiore all'indebitamento."*.

Il Legislatore 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 alcuna definizione di queste ultime.

L'art. 6, comma 4, della legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 *"Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale"*, come sostituito dall'art. 33, comma 1, della legge regionale 26 luglio 2007, n. 13, prevede che la Giunta regionale può, ai sensi dell'articolo 119, ultimo comma, della Costituzione e secondo quanto stabilito dall'articolo 3, commi da 16 a 21 della legge 24 dicembre 2003, n. 350 (*"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - Legge finanziaria 2004"*), autorizzare le proprie Aziende sanitarie alla contrazione di mutui ed al ricorso ad altre forme di indebitamento anche oltre i limiti di durata di cui

all'articolo 2, comma 2-*sexies*, lettera g), punto 2) del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche e fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti di tali strutture.

Da tale quadro normativo si ricava che l'indebitamento a lungo termine delle aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna è soggetto ai seguenti vincoli normativamente prescritti:

- 1) finanziamento di sole spese di investimento;
- 2) durata decennale, con facoltà di superamento in caso di autorizzazione regionale;
- 3) limite quantitativo complessivo delle rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15% delle entrate proprie;
- 4) autorizzazione della Giunta regionale.

Questa Sezione (cfr. deliberazione n. 50/2020/PRSS), anche sulla base di un consolidato orientamento giurisprudenziale in materia (cfr. Sezione regionale di controllo per la Toscana, deliberazione n. 260/2019/PRSS), ritiene di individuare le "entrate proprie correnti" delle aziende del Servizio sanitario regionale 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.

Con riferimento all'Azienda USL di Imola, a pag. 58 della nota integrativa (Tab. 42) è indicata la **quota capitale rimborsata nel 2019** dei debiti per mutui passivi, **pari euro 1.610.313**. Il costo del "servizio del debito", pertanto, risulta dalla somma delle due componenti di quota capitale pari ad euro 1.610.313 e di quota interessi (interessi passivi sui mutui, voce contabile C.3.B) pari ad euro 151.035, per un totale di **euro 1.761.348**. Quindi, questo valore rappresenta **il costo del servizio del debito** ai fini del calcolo della percentuale dell'indebitamento sulla base delle modalità sopra richiamate.

1.6 Assenza di irregolarità suscettibili di pregiudicare, anche in prospettiva, gli equilibri economico-finanziari degli enti

Tale ultimo parametro rappresenta una clausola aperta che raccoglie tutte le irregolarità e, in particolare, quelle derivanti dal mancato rispetto delle regole di finanza pubblica che possono avere un'incidenza sull'equilibrio, anche dinamico, dei bilanci degli enti sanitari.

Le tre dimensioni fondamentali della gestione (risultato di esercizio,

equilibri di bilancio ed indebitamento) sono pertanto tra loro strettamente connesse; sicché, il governo della loro evoluzione è funzionale al mantenimento di una situazione di sana gestione finanziaria da parte dell'ente e su di esse si concentra il controllo di legittimità-regolarità della Corte dei conti.

Per quanto sopra esposto, all'esito dell'istruttoria svolta sull'Azienda USL di Imola si rilevano i seguenti profili di criticità.

1. Gestione straordinaria

Il differenziale tra il risultato operativo (euro 3.684.056) e il risultato dell'esercizio (euro 6.230) risulta pari a **euro 3.677.826** che corrisponde al valore del risultato positivo della gestione caratteristica, assorbito da quelle gestioni non caratteristiche (compresa quella fiscale).

Dall'esame del bilancio di esercizio 2019 risulta che le imposte sull'esercizio 2019 ammontano a euro 5.847.856. Essendo il risultato operativo pari a 3.684.056 in assenza di **un risultato positivo della gestione straordinaria pari a euro 2.425.842**, il risultato d'esercizio sarebbe stato negativo.

Dall'esame del bilancio di esercizio si evince un risultato negativo della gestione finanziaria pari a euro -255.812.

Si invita, pertanto, l'Azienda a monitorare attentamente la situazione, in quanto l'Ente raggiunge un risultato positivo in virtù della gestione straordinaria che, per sua intrinseca natura, non dovrebbe essere ricorrente ed esula da quella caratteristica.

2. Crediti vetusti e andamento della riscossione

Dalle risultanze contabili emerge la permanenza di crediti vetusti (risalenti agli anni 2015 e precedenti) pari a euro **11.533.748**.

In particolare gli importi più consistenti, che rappresentano crediti verso la Regione e crediti verso Aziende sanitarie pubbliche, sono i seguenti:

- euro 7.912.666, di cui euro 4.237.706 sono crediti per spesa corrente (quota FSR) ed euro 3.674.960 sono crediti per versamenti a patrimonio netto (per investimenti);
- euro 2.868.999, di cui euro 2.803.186 sono crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione (mobilità in compensazione) ed euro 37.944 sono crediti v/Aziende sanitarie pubbliche fuori Regione.

I crediti vetusti verso privati ammontano a euro 562.151.

L'Azienda ha illustrato le azioni intese a recuperare i crediti, ivi comprese le attività di sollecito finalizzate alla riscossione e all'interruzione dei termini di prescrizione e ha dichiarato che nel corso del 2019 sono stati spediti n. 3.534 solleciti con lettera ordinaria e n. 3.416 diffide con lettera raccomandata. Sul punto l'Azienda, però, non ha indicato gli esiti dell'attività di recupero.

Con riferimento ai crediti v/Regione per spesa corrente, in sede di contraddittorio la Regione ha spiegato che:

- la parte più consistente riguarda crediti per Fondo Sanitario Regionale 2009. Sul punto, la Regione ha riferito di aver effettuato una trattenuta di cassa a tutte le Aziende sanitarie regionali a favore dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara per la costruzione dell'Ospedale di Cona, in quanto essendosi interrotta l'interlocuzione con l'INAIL per l'acquisto di una porzione dell'Ospedale di Cona, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara si trovava in una temporanea situazione di sofferenza finanziaria. L'Amministrazione regionale ha aggiunto che l'INAIL, attualmente, ha ripreso l'interlocuzione e pertanto, una volta conclusa l'operazione, i crediti delle aziende sanitarie verranno chiusi;

- l'importo di 27.437 euro fa riferimento a crediti per progetti di ricerca che vengono liquidati a rendicontazione e i tempi possono essere più o meno lunghi a seconda che i progetti abbiano più fasi e/o intervengano più soggetti;

- un ulteriore importo di 509.000 euro si riferisce alla mobilità internazionale e, come ha dichiarato dalla Regione, è stato regolato nel 2020.

Inoltre, per quanto riguarda i crediti verso le aziende pubbliche della Regione per mobilità in compensazione (euro 2.803.186), la Regione ha dichiarato che essi verranno regolati entro la chiusura dell'esercizio 2021, attraverso le anticipazioni di cassa; mentre i crediti v/Regione in conto capitale, pari a euro 3.674.000, verranno liquidati a seguito della presentazione degli stato di avanzamento lavori (SAL).

Per quanto riguarda, infine, gli altri crediti vetusti, l'Azienda sanitaria di Imola ha spiegato che sono stati tutti svalutati sulla base dell'anzianità del credito. In particolare:

- i **crediti v/Stato**, di importo nominale pari a euro 155.000, sono stati svalutati per euro 124.000 e pertanto il valore in bilancio è pari di 31.000 euro. Si tratta di crediti relativi a **prestazioni per visite fiscali** per le quali l'Azienda ha riferito che vi sono state interpretazioni diverse in ordine al soggetto pubblico intestatario del costo delle prestazioni (l'ente pubblico richiedente o l'azienda sanitaria erogante). L'Azienda di

Imola ha dichiarato, inoltre, di aver promosso una "causa pilota" nei confronti di una istituzione scolastica presso la Corte di Cassazione che si è conclusa con esito favorevole (sentenza Corte di Cassazione – Sezione prima - n. 13992 del 31 marzo 2008). In forza di tale sentenza, l'Azienda ha sollecitato gli enti pubblici debitori, in particolare le scuole, a pagare il debito. In caso di mancato pagamento avvierà altre cause giudiziarie;

- i **crediti v/privati**, pari a euro 562.000, sono stati svalutati per euro 529.000 per cui in bilancio il valore netto è 33.000 euro; la parte più consistente (383.000 euro) riguarda i crediti verso una società in procedura fallimentare non ancora terminata. La parte rimanente dei crediti riguarda, in parte, prestazioni sanitarie a soggetti senza codice fiscale, come le associazioni sportive, per le quali l'azienda sanitaria deve valutare se procedere nei confronti del rappresentante legale e, in parte, prestazioni per visite fiscali a soggetti privati diversi dalle associazioni.

Durante il contraddittorio è stato chiesto all'Azienda di fornire informazioni in merito agli esiti dell'attività di sollecito avviata nel 2019. Sul punto l'Ente ha precisato che si tratta principalmente di solleciti per il pagamento di *ticket* e di visite effettuate in libera professione; su n. 3.524 primi solleciti ne sono stati riscossi n. 1.825 e delle n. 3.416 diffide con raccomandata ne sono state rimosse n. 333. L'Azienda riferisce, altresì, che nell'ambito dell'attività di sollecito e in generale per tutte le prestazioni circa il 40-50 per cento dei debitori paga al primo sollecito, un ulteriore 15 per cento paga con il secondo sollecito (raccomandata) e per la parte rimanente l'Azienda deve ricorrere all'iscrizione a ruolo. In merito ai solleciti effettuati nel 2019, l'importo incassato con l'attività del primo sollecito è stato di 136.000 euro, mentre con l'attività relativa al secondo sollecito l'importo incassato è stato di euro 142.000. L'Ente ha precisato che nell'importo in esame rientrano sia crediti del 2015 e anni precedenti sia crediti di competenza 2016-2019; pertanto, è necessario fare uno scorporo per risalire all'importo incassato per crediti vetusti.

La Sezione, su un piano strettamente contabile, sottolinea che il mantenimento di crediti inesigibili o di dubbia esigibilità è idoneo ad influenzare il risultato di esercizio e la sussistenza degli equilibri di bilancio, nonché la stessa attendibilità del bilancio dell'Ente, potendo, altresì, incidere sul conseguimento del risultato di esercizi futuri e pregiudicare la rappresentanza veritiera e corretta della situazione patrimoniale e finanziaria.

La Sezione evidenzia, infine, che soltanto un'accurata e ponderata attività di previsione "a monte" e di accertamento nel corso dell'esercizio (e non

alla fine dello stesso) può preservare l'Ente dall'eccessivo "accumulo" di crediti vetusti che, se di rilevante consistenza e difficile, se non impossibile, riscuotibilità, possono incidere in maniera determinante sull'effettiva disponibilità di cassa dell'Ente, rendendo maggiormente difficoltoso l'obiettivo del perseguimento di una duratura sana gestione.

Conclusivamente, la Sezione, prende atto delle azioni già avviate dall'Ente e volte a interrompere la prescrizione dei crediti vantati, invitando, comunque l'Ente medesimo a vigilare attentamente sulla riscossione dei crediti alla luce dei potenziali riflessi di un loro improprio mantenimento nel bilancio e, dunque, a cascata, sulla salvaguardia degli equilibri di bilancio e sulla stessa attendibilità dei dati contabili esposti nel bilancio di esercizio dell'Ente.

3. La copertura delle perdite d'esercizio pregresse

Il questionario redatto dal Collegio sindacale sui dati di bilancio 2019 ha evidenziato la mancata erogazione, da parte della Regione, delle risorse a copertura della perdita registrata dall'Azienda USL di Imola negli anni "2015 e precedenti", pari ad euro **-14.138.371**.

Sul punto questa Sezione rinvia all'approfondimento svolto in occasione del giudizio di parificazione (cfr. deliberazione n. 113/2021/PARI), per la centralità che le verifiche sui bilanci di previsione e sui rendiconti finalizzate al giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione rivestono nell'ambito del complesso delle attività di controllo intestate alle Sezioni regionali della Corte dei conti, nel quadro della necessaria circolarità dei controlli (cfr. Sezione autonomie, deliberazione n. 1/SEZAUT/2018/INPR).

4. Ritardi nei pagamenti e interessi di mora

Dagli approfondimenti istruttori è emerso che l'Azienda nel 2019 è incorsa in ritardi nei pagamenti delle fatture ai fornitori, sopportando un onere per interessi moratori pari ad **euro 60.088**. L'Azienda ha, altresì, registrato sopravvenienze passive v/terzi per interessi per euro 17.047, ha utilizzato il fondo rischi per interessi di mora per la quota di euro 24.971 ed ha accantonato al fondo la quota di euro 46.426. Inoltre dal prospetto delle entrate ed uscite di cassa SIOPE risulta che l'Ente nel 2019 ha pagato interessi passivi v/fornitori per l'importo di **euro 149.511**.

In sede istruttoria, l'Azienda ha indicato, come motivo del ritardo nei pagamenti effettuati nel primo semestre 2019, l'avvio della implementazione del nuovo sistema di contabilità GAAC. L'Azienda ha, altresì, rappresentato che dal

2019, in ragione del fatto che le società di *factoring* addebitano gli interessi passivi automaticamente alla scadenza della fattura, ha iniziato a rifiutare le cessioni di crediti.

Con riferimento **all'indicatore di tempestività dei pagamenti**, la Regione, in sede di contraddittorio, ha dichiarato che per l'Ausl di Imola l'implementazione del nuovo sistema della gestione amministrativa (GAAC) è stata una operazione molto complessa perché ha richiesto la modifica quasi integrale di tutto il suo sistema informatico. Conseguentemente, l'indicatore dei pagamenti fino al terzo trimestre 2019 è rimasto sempre di segno positivo, benchè in miglioramento, tanto che nel quarto trimestre l'indicatore è diventato negativo. L'indicatore annuale si è chiuso con un +6; ciò ha comportato, da parte della Regione, l'applicazione del richiamato art. 1, comma 865, della legge n. 145/2008 riguardante la decurtazione di una quota dell'indennità di risultato di direzione.

Per quanto riguarda l'**addebito degli interessi di mora**, durante il contraddittorio l'Azienda ha riferito quanto segue:

- l'importo **imputato al conto economico 2019** di **euro 60.088** è riferito a fatture di addebito per interessi passivi di competenza 2019; l'importo che verrà effettivamente pagato in base agli accordi con i fornitori ai sensi del d.lgs n. 231/2002 sarà del 75 per cento, pari a euro 45.000 e possibilmente ancora ridotto in caso di eventuali ulteriori accordi. L'Ente ha precisato altresì che, dell'importo di 60.088 euro, 13.860 euro sono già stati pagati al fornitore Banca Farmafactoring S.p.a mediante l'accordo di transazione di cui al punto successivo;
- l'importo **pagato nel 2019** di **euro 149.511** comprende il debito per interessi di mora verso la società Banca Farmafactoring S.p.a. che è stato oggetto di transazione nella misura del 70 per cento dell'importo fatturato dalla società (importo fatturato: euro 144.372; importo oggetto della transazione: euro 101.061). L'Azienda ha confermato, altresì, che dal 2019 l'Ente ha cominciato a rifiutare le cessioni di credito e già nel 2020 l'importo degli interessi verso fornitori di competenza 2020 è pari a circa 2.500 euro.

Durante il contraddittorio i magistrati istruttori hanno chiesto all'Azienda di precisare in che termini è avvenuta la transazione, se è stata inviata alla Procura, qual è stato il parere del Collegio sindacale e la motivazione, sottolineando che la transazione è una reciproca rinuncia a pretese; in caso contrario è una semplice remissione del debito. L'Azienda ha riferito che la

società Farmafactoring S.p.a. ha applicato uno sconto extragiudiziale del 30 per cento sull'importo dovuto ed essa ha valutato tale sconto vantaggioso rispetto a quanto avrebbe dovuto pagare per evitare il decreto ingiuntivo. È stata, quindi, chiesta la trasmissione della deliberazione di approvazione dell'accordo transattivo tra le parti e una relazione illustrativa che desse atto della procedura negoziale adottata ai sensi dell'art. 1965 c.c.. La documentazione è stata acquisita agli atti con nota prot. Cdc n. 9278 del 30/09/2021.

Dalla ricostruzione della vicenda emersa dalla documentazione pervenuta dall'Azienda la Sezione rileva una fattispecie foriera di un possibile danno erariale anche in considerazione delle motivazioni indicate nella relazione che hanno determinato il ritardato pagamento delle fatture e, quindi, il maggior esborso sostenuto dall'Azienda per il pagamento degli interessi di mora.

Per quanto riguarda in generale gli interessi di mora derivanti da ritardato pagamento, la Sezione precisa che i ritardi dei pagamenti degli enti del SSR costituiscono un nodo irrisolto che si traduce in una costante violazione del diritto dell'Unione europea e delle norme interne *in subjecta materia*. In un recente arresto in tema di ritardi nel pagamento dei debiti della pubblica amministrazione (sentenza 24 aprile 2020, n. 78), la Corte costituzionale ha sottolineato – considerando il problema sotto i suoi profili macroeconomici – come *"la disciplina dell'adempimento delle obbligazioni pecuniarie dei soggetti pubblici"* abbia *"una notevole incidenza sul sistema economico, in considerazione del ruolo di acquirenti di beni, servizi e prestazioni rivestito dalle amministrazioni pubbliche e dell'ingente quantità di risorse a tal fine impiegate"*. Con riferimento al profilo della tutela della concorrenza, inoltre, *"i tardivi pagamenti rischiano di pregiudicare anche il corretto funzionamento del mercato interno, nonché la competitività delle imprese e in particolare delle PMI"*, valori che la direttiva 2011/7/UE20, all'art. 1, eleva a suoi principali obiettivi.

I giudici costituzionali, già al tempo del recepimento della direttiva 2011/7/UE, hanno sottolineato la gravità del problema, evidenziando che *"il pagamento dei debiti scaduti della pubblica amministrazione è obiettivo prioritario (É) non solo per la critica situazione economica che il ritardo ingenera nei soggetti creditori, ma anche per la stretta connessione con l'equilibrio finanziario dei bilanci pubblici, il quale viene intrinsecamente minato dalla presenza di situazioni debitorie non onorate tempestivamente"* (sentenza 25 ottobre 2013, n. 250).

Sotto diverso profilo, giova rammentare che, nell'ambito dell'apparato sanzionatorio apprestato dall'ordinamento per contrastare il fenomeno dei

ritardi nei pagamenti figura, ora, anche l'art. 1, comma 865, della legge di bilancio per l'anno 2019 (legge n. 145/2018), secondo il quale, con riferimento agli obiettivi dei Direttori generali e amministrativi, almeno il 30% dell'indennità di risultato deve essere subordinata al rispetto dei tempi di pagamento.

In conclusione, la Sezione, pur prendendo atto dell'intervenuta applicazione da parte della Regione della decurtazione dell'indennità di risultato ai sensi del citato art. 1, comma 865, della legge n. 145/2018, ribadisce che la corresponsione di interessi di mora confligge con la sana gestione e che il ritardo nei pagamenti, in quanto foriero di comportare un maggiore onere a titolo di interessi di mora, deve essere oggetto di una costante attività di prevenzione da parte dell'Ente, al fine di evitare un potenziale danno erariale. Inoltre, la Sezione, anche alla luce dell'asserita diminuzione, nel 2020, dell'importo degli interessi verso fornitori di competenza 2020 per effetto del rifiuto di cessioni del credito, raccomanda, quanto ai futuri contratti con i fornitori, di valutare l'opportunità di inserire clausole di divieto di cessione dei crediti e/o rifiutare le eventuali cessioni dei crediti a norma dell'art. 106 del d.lgs. n. 50/2016.

5. Riconciliazione rapporti creditori/debitori con la società partecipata di controllo Montecatone R.I. S.p.a.

Dalle risultanze istruttorie emerge che l'Azienda nel 2019 presenta nei confronti della società controllata Montecatone R.I. S.p.a la seguente situazione creditoria e debitoria al 31/12/2019:

- crediti v/sperimentazione gestionale, euro 900.010,85;
- debiti v/sperimentazione gestionale, euro 6.654.258,87.

Nella risposta istruttoria l'Azienda riferisce sulla circolarizzazione dei rapporti creditori/debitori verso la Regione mediante la procedura di estrazione dalla "matrice patrimoniale"; nulla riferisce, invece, sulla riconciliazione dei rapporti di credito e debito con la società controllata Montecatone R.I. S.p.a.

In sede di contraddittorio l'Azienda ha comunicato che la riconciliazione dei rapporti di credito/debito con la società controllata Montecatone R.I. S.p.a è avvenuta in data 19 febbraio 2020 per quanto riguarda i debiti e in data 16 marzo 2020 per quanto attiene alla verifica dei crediti.

Sul punto la Sezione prende atto dei chiarimenti intervenuti dall'Azienda nel corso del contraddittorio e, in particolare, dell'intervenuta riconciliazione dei rapporti creditori e debitori con la società controllata.

6. Indebitamento

Dalla documentazione istruttoria è emerso che l'Azienda ha contratto negli anni 2015 e precedenti sei mutui di durata ventennale il cui debito residuo al 31/12/2019 ammonta a euro 18.461.575; non è stato esplicitato, però, a quali investimenti sono state destinate le risorse acquisite. Dall'istruttoria si è potuto ricavare, altresì, che l'esatta incidenza della quota di indebitamento (euro 1.761.348) sulle entrate correnti proprie (euro 11.431.687) per l'anno 2019 è pari al 15,40% e quindi leggermente superiore al limite prescritto dalla normativa vigente. Ed infatti, come già ricordato, 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, ad esclusione della quota di fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla Regione. La 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. Anche la legge regionale n. 29/2004, all'art. 6, comma 4, ha previsto che la Giunta regionale potesse, ai sensi dell'articolo 119, ultimo comma, della Costituzione e secondo quanto stabilito dall'articolo 3, commi da 16 a 21 della legge n. 350/2003, autorizzare le proprie aziende sanitarie alla contrazione di mutui ed al ricorso ad altre forme di indebitamento, anche oltre i limiti di durata decennale, fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti di tali strutture. Il quadro normativo sopra richiamato ha consentito alle aziende di essere autorizzate alla contrazione di nuovi mutui per sostenere spese di investimento in precedenza finanziate con contributi regionali in conto capitale.

In sede di contraddittorio la Regione ha precisato che il ricorso all'indebitamento mediante la stipula di un mutuo è subordinato ad autorizzazione regionale ed il rispetto del limite di spesa per l'indebitamento viene sempre calcolato nel momento della richiesta di autorizzazione al fine di garantire sia la capacità aziendale che la capacità del sistema regionale di far fronte al debito. La Regione ha inoltre dichiarato che nel 2019 le entrate proprie correnti dell'Ausl di Imola sono state leggermente inferiori rispetto a quanto era

stato preventivato e, nel contempo, la quota di interessi sul capitale ha avuto un leggero incremento a causa di interessi variabili, superando di poco il limite.

L'Azienda, da parte sua, ha dichiarato che i mutui sono stati stipulati a partire dall'esercizio 2005 e che l'ultimo è stato contratto nel 2013, evidenziando altresì che il rispetto del limite viene verificato, comunque, al momento della stipula del mutuo. L'Azienda ha riferito, inoltre, di aver ritenuto rischioso estinguere l'ultimo mutuo per rientrare dall'indebitamento perché ciò avrebbe comportato una carenza di liquidità (circa 2 mln di euro) necessaria per il pagamento dei fornitori ordinari.

Per quanto riguarda la tipologia degli investimenti realizzati, l'Azienda, su richiesta dei magistrati istruttori, ha chiarito che essi comprendono:

- attrezzature sanitarie 6.700.000 euro;
- automezzi 322.000 euro;
- beni strumentali diversi 498.000 euro,;
- licenze d'uso e software 3.550.000 euro;
- mobili 2.800.000 euro;
- impianti e macchinari 1.237.000 euro;
- fabbricati strumentali euro 15.489.000 euro.

Sul punto la Sezione evidenzia che il rischio di un incremento dell'indebitamento, non sostenibile o difficilmente tollerabile nel tempo da parte dell'Ente, impone, sin dal momento della stipula dei contratti di mutuo, un'attenta verifica da parte dell'Azienda e della Regione sulla persistente sostenibilità dello stesso e sul rispetto dei limiti di legge, anche negli esercizi successivi. Ed infatti, l'incremento degli oneri derivanti dai mutui autorizzati, quantunque rientrante, al momento della stipula dei relativi contratti, nei limiti di legge, potrebbe successivamente innestarsi in una situazione economico-patrimoniale, caratterizzata da significative perdite e bassa liquidità con conseguenti ulteriori oneri per gli interessi dovuti ai fornitori per il ritardo nel pagamento dei debiti commerciali.

Nel caso di specie, l'aumento nel 2019 del limite di indebitamento rispetto all'anno precedente (in cui il rapporto tra il servizio del debito e le entrate proprie correnti era del 12,10%) è dovuto sia ad una diminuzione delle entrate proprie correnti dell'Azienda (che sono passate da euro 14.163.713 nel 2018 a euro 11.431.687 nel 2019) che ad un incremento, seppur in minor misura, del servizio del debito (da euro 1.714.417 nel 2018 a euro 1.761.348 nel 2019). È evidente, pertanto, che l'esposizione debitoria dell'Azienda che, nel 2019, ha registrato un rapporto tra costo del servizio del debito e entrate

proprie correnti superiore, anche se dello 0,40%, al limite che la legge statale ha ritenuto di fissare come "limite massimo" di indebitamento a carico delle aziende e degli altri enti del sistema sanitario, deve essere attentamente monitorato nel tempo; non è un caso che il legislatore abbia utilizzato una formulazione ("**fino a un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale e interessi, non superiore al quindici per cento delle entrate proprie correnti, ad esclusione della quota di fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione**") che esprime inequivocabilmente la volontà di sottoporre ad una rigida limitazione il ricorso all'indebitamento. A ciò si aggiunge che la durata ventennale di tutti e sei i mutui contratti, a fronte di una durata "non superiore a dieci anni" prevista dal legislatore statale, e l'applicazione di tassi variabili di interesse rendono necessario un più costante monitoraggio nel tempo del rapporto, anche tenuto conto dell'andamento delle poste del valore della produzione che compongono le entrate proprie correnti.

Pertanto, anche tenuto conto che da una verifica dei dati contenuti nel Conto economico relativo al consuntivo 2020 scaricato dalla BDAP e, in particolare, delle voci di ricavo utilizzate nel 2019 per il calcolo della percentuale di indebitamento, sembra emergere un'ulteriore diminuzione delle entrate proprie correnti dell'Ausl di Imola, probabilmente dovuta all'emergenza da Covid-19, si invita l'Azienda e la Regione a tenere costantemente monitorato tale rapporto, ai fini del rispetto del limite di indebitamento.

7. Convenzioni esterne: acquisto di prestazioni da soggetti pubblici/privati.

Dalla relazione del Collegio sindacale è emerso che nel 2019 l'Azienda ha sostenuto un costo per **convenzioni esterne** con soggetti pubblici e privati per un importo complessivo di **euro 30.382.000** (nel 2018 il costo è stato pari a euro 29.540.000). È stato chiesto pertanto un approfondimento in ordine alle convenzioni esterne, tra le quali il Collegio sindacale menziona:

- case di cura private della Regione per euro 7.677.000;
- medici di base, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale, per complessivi euro 15.688.000;
- specialistica convenzionata interna per euro 1.316.000;
- specialistica convenzionata esterna per euro 4.304.000;
- prestazioni sanitarie erogate da Montecatone Rehabilitation Institute spa per i residenti dell'Azienda Usl per euro 1.397.000.

Al contempo, è stata riscontrata una diminuzione del ricorso a consulenze sanitarie rispetto al 2018 (- 13,87 %).

In sede di contraddittorio l'Ente ha riferito che il concetto di convenzione va inteso come convenzione nazionale che riguarda la modalità di rapporto contrattuale con tutta la medicina generale e la medicina di base. All'interno di tale macroaggregato ci sono anche altri costi sempre imputabili alle convenzioni nazionali che riguardano i medici dell'emergenza territoriale e i contratti dei servizi territoriali (sono medici convenzionati che lavorano all'interno delle case di degenza per anziani). Per quanto riguarda le prestazioni erogate da Montecatone, si tratta dei costi relativi alla degenza dei residenti nel territorio di competenza dell'Ausl di Imola presso il centro di Montecatone che è ubicato nel territorio dell'azienda USL, è l'*hub* di riferimento anche per altre strutture della Romagna e anche un'eccellenza a livello nazionale. L'Ente ha riferito che esiste anche l'aggregato di spesa relativo ai ricoveri presso le case di cura ossia tutta la mobilità di degenza effettuata presso le strutture private accreditate.

Durante il contraddittorio l'Ente ha puntualizzato inoltre che dentro questo importante aggregato di spesa insiste anche un'attività di committenza aziendale per ricovero e specialistica ad integrazione delle attività non presenti all'interno della struttura dell'offerta (per esempio: oltre a Montecatone che è stato già ricordato, un'importante integrazione è fornita per effetto di un accordo di forniture da Villa Maria Cecilia di Cotignola che è un ospedale privato accreditato e punto di riferimento per alcune importanti attività di alto livello, come chirurgia interventistica, chirurgia vascolare, radioterapia, ecc.: si tratta di un'offerta di prestazioni che è perfettamente integrata, in maniera non ridondante e non ripetitiva, con le attività svolte dall'azienda USL attraverso percorsi che portano gli assistiti a beneficiare presso la struttura di Villa Maria Cecilia di questa rilevante attività).

Per quanto riguarda l'attività specialistica, l'Ente ha ricordato, altresì, che dal 2013 in poi c'è stato uno sforzo eccezionale delle aziende sanitarie di questa Regione per il contenimento dei tempi di attesa della specialistica. Quindi, oltre che a reagire a questo *input* importante che proveniva dalla Regione, come obiettivo di mandato, incrementando i livelli di offerta dell'azienda sanitaria, l'Ente ha riferito di aver contribuito al conseguimento di questo obiettivo anche attraverso gli operatori privati accreditati per la specialistica e anche le case di cura e i poliambulatori privati accreditati, conseguendo risultati positivi a saldo (per un esame più approfondito della questione si rinvia al paragrafo n. 11 "Mancato contenimento dei costi per l'acquisto di prestazioni da operatori privati

accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera" della presente pronuncia). L'ente conclude sostenendo che, a fronte di voci di costo, ha raccolto dividendi di attività prestazionali importanti sia per la specialistica sia per il ricovero che per l'attività dei medici di medicina generale.

L'Ente chiarisce, infine, che non sussiste una relazione diretta tra questi costi e la riduzione del costo delle consulenze; piuttosto la riduzione dei costi per consulenze è intervenuta proprio come mandato di carattere generale dettato sia dalla normativa che dalle indicazioni regionali per cui l'Azienda limita il costo per consulenze alle consulenze tra aziende attraverso reti di carattere sanitario che fanno sì che le aziende si integrino tra di loro rispetto ad una serie di specialità, che non sempre a Imola sono presenti (come, per esempio, la chirurgia vascolare).

La Sezione prende atto dei chiarimenti forniti in sede di contraddittorio, anche tenuto conto che le prestazioni richieste non risultano ridondanti e ripetitive con le attività svolte dall'Ausl di Imola.

8. Incremento della spesa farmaceutica ospedaliera convenzionata

Nell'esercizio 2019 la spesa **farmaceutica ospedaliera** è pari a euro 5.438.132 (+11,42 per cento rispetto al 2018); anche la spesa **farmaceutica convenzionata**, che è pari a euro 16.484.503 (corrispondente alla voce B.2.A.2.1 del C.E.), ha registrato un incremento rispetto al 2018 (+3,72 per cento). Ed infatti, il Collegio sindacale, nelle risposte ai quesiti nn. 11 e 11.1 di pagina 12 del questionario, segnala che l'Azienda sanitaria ha raggiunto solo **parzialmente gli obiettivi** attribuiti dalla Regione.

Si segnala, anche un incremento nella spesa per la distribuzione diretta dei farmaci (+6,06 rispetto 2018) e per la distribuzione per conto (+9,48 rispetto al 2018).

In sede di istruttoria l'Amministrazione regionale ha evidenziato che il parziale raggiungimento degli obiettivi da parte dell'Ausl di Imola è riscontrabile anche a livello regionale in tutte le aziende sanitarie; in fase di programmazione la previsione sulle dinamiche dei consumi dei farmaci di tutte le tipologie portava a stimare una sostanziale stabilità della spesa rispetto al 2018 che invece non è stato possibile conseguire. La Regione ha dichiarato, altresì, che la previsione di un sostanziale allineamento della spesa ai valori del 2018 si basava sulla considerazione che il mancato introito per l'eliminazione del *ticket* a favore dei cittadini con reddito inferiore a 100.000 euro sarebbe stato compensato dai maggiori risparmi derivanti dalle procedure di gara degli

acquisti tramite Intercent-ER e dal maggiore utilizzo di farmaci biosimilari. Inoltre, era stata prevista una diminuzione dei consumi nelle tre categorie di farmaci (PPI, antibiotici, omega 3) che nella realtà non si è presentata così drastica da compensare i minori introiti.

In proposito l'Azienda sanitaria di Imola ha specificato che l'incremento della spesa farmaceutica è derivato da un maggior consumo di farmaci del sistema respiratorio e nervoso.

La Sezione, nel prendere atto di quanto riferito in ordine alle ragioni che hanno determinato il mancato raggiungimento degli obiettivi regionali, raccomanda all'Azienda e, in particolare, alla Regione di monitorare costantemente l'andamento di tali voci di spesa anche in considerazione degli incrementi rilevati nel 2019, a livello regionale, sia della spesa per acquisti diretti (+3,8 per cento) rispetto al 2018, nonché della quota di spesa nell'ambito degli acquisti diretti rappresentata dalla spesa regionale ospedaliera che ha registrato un aumento rispetto al 2018 del 4,8 per cento, sia dell'incremento rilevato nel 2019, a livello regionale, della spesa farmaceutica convenzionata netta che ha registrato un aumento rispetto al 2018 del 2,3 per cento (cfr. Relazione sul rendiconto generale della Regione Emilia Romagna - esercizio 2019, delib. n. 63/2020/PARI).

9. Contenzioso legale per prestazioni erogate dalle strutture private accreditate

Il Collegio sindacale ha risposto negativamente al **quesito n. 9 di pag. 11 del questionario**. Nella relazione al bilancio d'esercizio 2019 del Collegio sindacale (pag. 15) viene indicata l'esistenza di contenzioso nei confronti delle strutture private accreditate, seppure per un importo non rilevante (euro 2.550). Nella risposta alla richiesta istruttoria, l'Ente ha specificato che il contenzioso non riguarda le prestazioni erogate dalla casa di cura ma la *"mancata adesione della casa di cura al factoring regionale, con conseguenti spese per interessi"*.

Sul punto è stato chiesto un approfondimento che l'Ente ha fornito durante il contraddittorio specificando che ciò che si contestava alla Casa di cura non era la fatturazione della prestazione ma l'addebito degli interessi e che la materia del contendere non era la prestazione ma gli interessi passivi. In particolare, la Regione aveva promosso un Accordo - DGR nn. 2054/2001 e 2403/2004 - con le Associazioni AIOP e ARIS dell'Emilia Romagna (in rappresentanza delle strutture ospedaliere private associate della Regione) per

riconoscere una percentuale di interesse passivo per ritardato pagamento, concordato tramite una società di *factoring* scelta dalla Regione stessa, a tasso più basso rispetto a quello previsto dal d.lgs. n. 231/2002. La Casa di cura in oggetto, però, aveva deciso di non cedere i propri crediti alla società di *factoring* e, quindi, di non aderire al c.d. "*factoring regionale*".

La causa si è conclusa favorevolmente per la Casa di cura e l'Azienda ha pagato l'importo di 2.550 euro, che era stato accantonato in un fondo del bilancio 2019.

La Sezione prende atto di quanto riferito dall'Ente in merito al contenzioso che allo stato è ormai chiuso.

10. Esistenza di situazioni debitorie pregresse (risalenti agli anni 2015 e precedenti) nei confronti di soggetti pubblici e privati

Questa Sezione ha rilevato l'esistenza di situazioni debitorie pregresse (risalenti agli anni 2015 e precedenti) nei confronti di soggetti pubblici e privati, per un importo complessivo di **euro 732.693**. L'importo maggiore è riferito a debiti verso fornitori per **euro 592.386** di cui verso erogatori privati accreditati e convenzionati di prestazioni sanitarie, **euro 335.040**.

Durante il contraddittorio l'Ente ha riferito che permangono circa 15.000 euro di debiti per prestazioni sanitarie erogate a favore di **stranieri non paganti** ovvero gli "stranieri temporaneamente presenti" (STP) (si tratta per esempio di stranieri senza alcuna residenza), che non possono essere richiesti alla Prefettura in quanto non è più competente. Sul punto la Regione ha chiarito che nel 2017 le competenze sono passate al Ministero della salute. La Prefettura ha rifiutato le fatture datate 2017 ricevute dalle aziende sanitarie anche se la competenza era riferita al 2016. La Regione, quindi, ha dato indicazioni alle aziende nel senso di svalutarle completamente. Dal momento che il Ministero della salute ha liquidato queste partite, ma solo in parte, la Regione dovrà affrontare la questione per le piccole partite che sono rimaste aperte e che dovranno essere stralciate perché comunque erano state svalutate e, quindi, non hanno alcun effetto sui bilanci aziendali. La Regione ha, altresì, riferito che il Ministero della salute non effettua più i rimborsi attraverso la presentazione della documentazione da parte delle aziende sanitarie ma direttamente dai flussi sanitari delle prestazioni che vengono erogate. Il Ministero della salute eroga gli acconti sulla base dei flussi degli anni precedenti, la Regione versa gli acconti alle aziende sanitarie e quando il Ministero della salute effettua i conguagli

l'anno successivo la Regione trasferisce alle aziende sanitarie anche i conguagli dell'anno precedente oltre alle quote degli acconti dell'anno successivo.

Per quanto riguarda i debiti verso **soggetti privati ed erogatori privati**, l'azienda ha chiesto note di accredito che non sono state ancora emesse. Quindi l'Ente ha concluso che valuterà, in futuro, se procedere alla cancellazione dal bilancio.

Sul punto la Sezione, nel prendere atto delle deduzioni della Regione e dell'Azienda, rammenta la necessità di adottare le opportune iniziative atte a pervenire alla definizione delle posizioni debitorie, attivando gli strumenti offerti dall'ordinamento per l'estinzione delle obbligazioni giuridiche.

11. Mancato contenimento dei costi per l'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera

Ai sensi dell'art. 15, comma 14, del d.l. 95/2012³, ai contratti e agli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014.

In sede di risposta istruttoria, al fine di confrontare dati omogenei, l'Ente ha spiegato di aver effettuato una riclassificazione dei costi 2011 sulla base dei nuovi modelli CE 2019, riscontrando un aumento della spesa 2019 per degenza e specialistica ambulatoriale del **+10,34%**; l'Azienda ha precisato, altresì, che se dal costo 2019 si escludessero gli accordi intervenuti successivamente al 2012 a seguito della programmazione regionale di riduzione delle liste d'attesa, la spesa 2019 risulterebbe diminuita più del 2 per cento rispetto alla corrispondente spesa del 2011, attestandosi a **-5,6%**.

³ Il D.L. 26 ottobre 2019, n. 124, convertito con modificazioni dalla L. 19 dicembre 2019, n. 157, ha disposto (con l'art. 45, comma 1-ter) che "A decorrere dall'anno 2020, il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale".

Per quanto riguarda l'acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati per cittadini residenti, la Regione, nella citata DGR n.977/2019, ha disposto che, in continuità con quanto previsto negli accordi quadro regionali e nelle more della formalizzazione dei nuovi accordi, le Aziende USL dovessero tener conto, in via previsionale, salvo committenze aggiuntive a livello locale, dei valori indicati negli accordi quadro regionali con le strutture private accreditate aderenti AIOP (di cui alla DGR n. 2329/2016), con Hesperia Hospital (di cui alla DGR n. 4/2017) e con i Centri Riabilitativi ex art. 26 (di cui alla DGR n. 5/2017). Relativamente alle prestazioni rese da strutture private accreditate per residenti fuori regione nell'ambito dell'attività di specialistica ambulatoriale, la Regione ha disposto con la medesima DGR n. 977/2019 che le Aziende USL potessero prevedere in sede previsionale un valore pari alla produzione fatturata nel 2017 validata in banca dati regionale e conseguentemente liquidare, in acconto, fino a tale valore.

In sede di contraddittorio, alla richiesta di chiarire le ragioni dello sfioramento del limite di spesa in materia di acquisti da operatori privati accreditati ai sensi dell'art. 15, comma 14, del d.l. n. 95/2012, l'Azienda ha confermato l'avvenuto sfioramento, nel 2019, del tetto. Ha spiegato che nel 2012 la Regione aveva invitato l'Ente a presentare un piano aziendale per il controllo delle liste di attesa e negli anni successivi l'esigenza del controllo si è fatta sempre più stringente tanto che è diventata un obiettivo regionale se non anche nazionale. Nel 2019 le direzioni sanitarie dovevano rispondere non solo dei tempi di attesa delle prestazioni ma anche del fatto che queste venissero effettuate in condizione di prossimità, all'interno dell'ambito territoriale dell'Ausl. L'Azienda ha quindi motivato il ricorso alle prestazioni delle case di cura private accreditate spiegando che di fatto l'Ospedale di Imola e le tre Case della Salute possono offrire solamente determinate prestazioni di diagnostica e di visite ambulatoriali. Inoltre, sebbene le strumentazioni medicali di alta tecnologia ("tecnologie") operino nelle 12 ore giornaliere, vi sono dei limiti nella produttività a causa dei tempi di esecuzione delle prestazioni e dei tempi di refertazione. Infine, vi sono vincoli anche nell'assunzione di personale. Peraltro l'acquisizione di personale di ruolo risulterebbe una soluzione non efficiente in quanto la domanda di specifiche prestazioni ha carattere stagionale". L'Ente ha precisato, inoltre, che alcune prestazioni (come la radioterapia, le prestazioni di cardiocirurgia, la dialisi) sono considerate dei "salvavita" e non rientrano nel conteggio della spesa per il calcolo del tetto.

Un altro aspetto che l'Azienda ha evidenziato durante il contraddittorio è che la richiesta di alcune prestazioni (diagnostica di base, ecografie, radiografie, visite oculistiche, ecc.) è sempre più rilevante. In particolare, ha sottolineato il fatto che negli anni (2011-2019) la tecnologia ha fatto progressi e di riflesso anche le possibilità diagnostiche, che permettono ai medici di prescrivere prestazioni sempre più di alto livello, non trascurando anche il fatto che il tempo a volte condiziona la possibilità di cura del paziente.

In conclusione l'Azienda ha dichiarato che il superamento del tetto di spesa, avvenuto per l'acquisto di prestazioni specialistiche nei confronti degli operatori privati accreditati, ha permesso sia di ridurre i tempi di attesa delle prestazioni, assicurando ai propri assistiti cure di prossimità e sia di ridurre la mobilità passiva verso altre Regioni, perseguendo in tal modo gli obiettivi che le sono stati attribuiti dalla Regione.

Anche alla luce degli ulteriori chiarimenti forniti in sede di contraddittorio, la Sezione raccomanda alla Regione di tenere costantemente monitorato il livello complessivo dei costi per l'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati al fine di assicurare il rispetto degli obblighi di contenimento imposti dal Legislatore statale, tenuto conto che il vincolo di finanza pubblica in questione, per come formulato dal citato art. 15, comma 14, del d.l. n. 95 del 2012, è posto a carico del sistema sanitario regionale nel suo complesso ed il suo rispetto è da valutare su base regionale (cfr. Sezione regionale di controllo per l'Emilia Romagna delib. n. 113/2021/PARI).

12. Mancato rispetto dei termini di adozione e approvazione dei bilanci

Quanto all'adozione del bilancio di esercizio, l'art. 31, comma 1, del decreto legislativo n. 118 del 2011 prevede che il bilancio di esercizio è adottato entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento dal direttore generale ed è corredato dalla relazione del collegio sindacale. Gli enti provvedono, altresì, a trasmettere al responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione il bilancio di esercizio e la relazione del collegio sindacale ai fini della predisposizione delle necessarie operazioni di consolidamento di cui all'articolo 32. Tale disposizione va letta in combinato disposto con l'art. 32, comma 7, del decreto legislativo n. 118 del 2011 secondo il quale la giunta regionale approva i bilanci d'esercizio entro il termine del 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento e il bilancio consolidato nel termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro

sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione.

Quindi, per quanto riguarda il bilancio di esercizio, gli artt. 31 e 32 del d.lgs. n. 118 del 2011 distinguono fra provvedimento di adozione da parte dell'Azienda sanitaria (da assumere entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento, corredato dalla relazione del collegio sindacale) ed atto di approvazione da parte della giunta regionale (da assumere entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento). Entrambi gli adempimenti sono funzionali all'approvazione del bilancio consolidato del servizio sanitario regionale da approvare, ai sensi dell'art. 32, comma 7, del d.lgs. n. 118 del 2011, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento.

Il decreto-legge n. 18 del 13 marzo 2020 (c.d. Cura Italia), convertito, con modificazioni, dalla legge n. 77 del 17 luglio 2020, all'art. 107, comma 3, ha posticipato per l'anno 2020:

- al 31 maggio 2020 il termine per l'adozione dei bilanci di esercizio dell'anno 2019 degli enti del Servizio sanitario;
- al 31 luglio 2020 il termine per l'approvazione dei bilanci d'esercizio 2019 delle aziende sanitarie;
- al 30 novembre 2020 il termine per l'approvazione del bilancio consolidato dell'anno 2019 del Servizio sanitario regionale.

Pertanto, nel caso dell'Azienda USL di Imola, il bilancio di esercizio per l'anno 2019 è stato adottato ed approvato entro i termini così come prorogati rispettivamente, al 31 maggio e al 31 luglio 2020. Ed infatti, il provvedimento di adozione da parte Direttore generale del bilancio di esercizio è la delibera **n. 101 del 29/05/2020**, mentre l'atto di approvazione della giunta regionale è la deliberazione n. 726 del **25/06/2020**.

Con riferimento al bilancio preventivo economico, l'art. 32 del d.lgs. n. 118 del 2011 dispone che la Giunta regionale approva il bilancio preventivo economico annuale degli enti del Servizio sanitario regionale entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui si riferisce il predetto documento contabile. Il medesimo decreto legislativo non introduce, invece, uno specifico termine per l'adozione del predetto documento previsionale da parte dei direttori generali degli enti del Servizio sanitario. In assenza trovano applicazione le eventuali scadenze prescritte dalle leggi regionali.

Per quanto riguarda la Regione Emilia-Romagna, la delibera della Giunta regionale n. 977 del 18/06/2019 recante "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per

l'anno 2019", al punto 8 del dispositivo stabilisce che le direzioni delle aziende sanitarie predispongano il bilancio preventivo economico dell'anno 2019 secondo quanto previsto dall'art. 25 del d.lgs n. 118/2011 e dall'art.7 della legge regionale n. 9/2018. L'art. 7 della legge regionale (Bilancio preventivo economico annuale) n. 9/2018, al comma 9, dispone che la Giunta regionale valuta la congruità della programmazione aziendale rispetto a quella regionale e approva il bilancio preventivo economico delle Aziende sanitarie e della Gestione sanitaria accentrata entro novanta giorni dalla data di adozione, disponendone la pubblicazione sul sito internet della Regione.

Nel caso dell'Azienda USL di Imola, il bilancio economico preventivo riferito all'esercizio 2019 è stato adottato con delibera del Direttore generale **n. 138 del 26/06/2019** ed è stato approvato con delibera della Giunta regionale n. 1309 del 29/07/2019.

Per quanto riguarda il 2019, comunque, dall'istruttoria svolta risulta che:

- il bilancio di previsione della Regione è stato approvato il 27 dicembre 2018;
- con decreto del Ministero della salute del 24 maggio 2019 sono stati adottati i nuovi modelli di rilevazione economica Conto Economico (CE), Stato Patrimoniale (SP), dei costi di Livelli essenziali di Assistenza, (LA) e Conto del Presidio (CP), degli enti del Servizio sanitario nazionale;
- la Regione in data 5 giugno ha fornito le indicazioni tecnico-contabili per la predisposizione dei Bilanci preventivi economici 2019;
- con DGR 977 del 18 giugno 2019 sono state dettate le linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019, sulla base delle quali gli enti hanno potuto adottare il bilancio preventivo.

Ciò premesso, pur rammentando l'importanza che assume, soprattutto in ambito sanitario, il momento della programmazione e dell'allocatione delle risorse per il bilancio inteso come "bene pubblico" in quanto funzionale a sintetizzare e rendere certe le scelte dell'ente territoriale, sia in ordine all'acquisizione delle entrate, sia alla individuazione degli interventi attuativi delle politiche pubbliche, onere inderogabile per chi è chiamato ad amministrare una determinata collettività ed a sottoporsi al giudizio finale afferente al confronto tra il programmato ed il realizzato (Corte cost. n. 184/2016), si prende atto che, alla luce delle citate risultanze istruttorie, il bilancio preventivo economico annuale non poteva essere deliberato autonomamente dall'Azienda

senza che fossero impartiti dalla Regione gli indirizzi contabili per la sua compilazione ed adozione, pervenuti soltanto nel mese di giugno 2019.

Tuttavia, tenuto conto della particolare significatività che il bilancio preventivo economico annuale assume ai fini di una corretta allocazione delle risorse necessarie per la gestione, da un lato, e di un più efficace controllo dei costi, dall'altro, si raccomanda alla Regione, per quanto di competenza, di adottare tutte le misure necessarie a predisporre l'assegnazione delle risorse alle Aziende in tempo utile per consentire alle stesse l'adozione del bilancio preventivo economico annuale e, conseguentemente, la sua approvazione, nel rispetto delle tempistiche previste dalle vigenti disposizioni normative.

PQM

la Sezione Regionale di Controllo per l'Emilia Romagna nel concludere l'esame sulla documentazione inerente al bilancio di esercizio 2019 dell'Azienda USL di Imola, **preso atto dell'avvenuto raggiungimento di un risultato positivo di esercizio in virtù della gestione straordinaria (cfr. paragrafo n. 1 "Gestione straordinaria"):**

RILEVA

- 1) permanenza di crediti vetusti (risalenti agli anni 2015 e precedenti) pari a **euro 11.533.748**;
- 2) ritardi nei pagamenti delle fatture ai fornitori, con onere per interessi moratori, per un importo di competenza 2019 **iscritto nel CE di euro 60.088** e per un importo complessivo **pagato nel 2019**, anche riferito a fatture di anni precedenti, di **euro 149.511**;
- 3) lieve sfioramento nel 2019 del limite di indebitamento di cui all'art. 2, comma 2-sexies, lett. g), punto 2, d.lgs. 502/1992, con una incidenza del **15,40 per cento**;
- 4) incremento della spesa farmaceutica convenzionata **(+3,72 per cento)** e ospedaliera **(+11,42 per cento)**;
- 5) esistenza di situazioni debitorie pregresse (risalenti agli anni 2015 e precedenti) nei confronti di soggetti pubblici e privati, per un importo complessivo di **euro 732.693**;
- 6) mancato contenimento dei costi per l'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera;
- 7) mancato rispetto dei termini di adozione e approvazione del bilancio

economico preventivo.

DISPONE

- raccomanda all'Azienda di conformarsi alle indicazioni contenute nella presente pronuncia e all'Amministrazione regionale di ottemperare alle relative prescrizioni, assicurandone l'osservanza da parte dell'Azienda in virtù dei poteri di vigilanza che esercita su di essa. In particolare:

1) all'Azienda di vigilare attentamente sulla riscossione dei crediti alla luce dei potenziali riflessi di un loro improprio mantenimento nel bilancio e, dunque, a cascata, sulla salvaguardia degli equilibri di bilancio e sulla stessa attendibilità dei dati contabili esposti nel bilancio di esercizio dell'Ente (cfr. paragrafo n. 2 "Crediti vetusti e andamento della riscossione");

2) all'Azienda di prevenire ritardi nei pagamenti, in quanto forieri di comportare un maggiore onere a titolo di interessi di mora, al fine di evitare un potenziale danno erariale, raccomandando, altresì, quanto ai futuri contratti con i fornitori, di valutare l'opportunità di inserire clausole di divieto di cessione dei crediti e/o rifiutare le eventuali cessioni dei crediti a norma dell'art. 106 del d.lgs. n. 50/2016 (cfr. paragrafo n. 4 "Ritardi nei pagamenti e interessi di mora");

3) all'Azienda e alla Regione di monitorare nel tempo l'esposizione debitoria relativa alla contrazione dei sei mutui, ai fini del rispetto del limite di indebitamento (cfr. paragrafo n. 6 "Indebitamento");

4) all'Azienda e, in particolare, alla Regione di monitorare costantemente l'andamento della spesa farmaceutica convenzionata e ospedaliera anche in considerazione degli incrementi rilevati nel 2019 a livello regionale;

5) all'Azienda di adottare le opportune iniziative atte a pervenire alla definizione delle posizioni debitorie, attivando gli strumenti offerti dall'ordinamento per l'estinzione delle obbligazioni giuridiche (cfr. paragrafo n. 10 "Esistenza di situazioni debitorie pregresse - risalenti agli anni 2015 e precedenti - nei confronti di soggetti pubblici e privati");

6) alla Regione di tenere costantemente monitorato il livello complessivo dei costi per l'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati al fine di assicurare il rispetto del vincolo di finanza pubblica di cui all'art. 15, comma 14, d.l. n. 95/2012 e s.m.i. (cfr. paragrafo n. 11 "Mancato contenimento dei costi per l'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale");

7) alla Regione, per quanto di competenza, di adottare tutte le misure necessarie a predisporre l'assegnazione delle risorse agli Enti in tempo utile per consentire alle stesse l'adozione del bilancio preventivo economico annuale e, conseguentemente, la sua approvazione, nel rispetto delle tempistiche previste dalle vigenti disposizioni normative (cfr. paragrafo n. 12 "Mancato rispetto dei termini di adozione e approvazione del bilancio preventivo economico");

- raccomanda al Collegio Sindacale di vigilare sulla regolarità dell'operato dell'Azienda comunicando con tempestività eventuali criticità riscontrate;

- che la presente pronuncia sia pubblicata ai sensi dell'art. 31 del d. lgs 14 marzo 2013, n. 33;

- che copia della presente deliberazione sia trasmessa mediante posta elettronica certificata - al Presidente dell'Assemblea legislativa regionale, al Presidente della Giunta regionale, all'Assessore alle politiche per la Salute, al Direttore generale ed al Collegio sindacale dell'Azienda USL di Imola;

- che l'originale della presente pronuncia resti depositato presso la segreteria di questa Sezione regionale di controllo.

Così deliberato in Bologna, nella camera di consiglio mediante collegamento da remoto del 19 ottobre 2021.

Il presidente

Marco Pieroni

(firmato digitalmente)

I relatori

Tiziano Tessaro

(firmato digitalmente)

Elisa Borelli

(firmato digitalmente)