

Deliberazione n. 30 Adunanza del 3 luglio 2013

Rif.: Fasc. 1128-1132-1274-1279-1280-1351-1398-1476-1553-1554-1751-2777/2012

Oggetto: Piano delle ispezioni 2012 - Settore sanitario - Indagine sul fenomeno dei ritardati pagamenti alle imprese del settore dei dispositivi medici. Accertamenti ispettivi svolti presso n.14 Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

Il Consiglio

Viste

le risultanze istruttorie delle visite ispettive svolte dagli Uffici del Nucleo Ispettivo presso n.14 Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, corredate dalle controdeduzioni trasmesse dalle medesime Aziende, nonché la relazione conclusiva generale di sintesi delle analisi effettuate, delle problematiche rilevate nei contesti ispezionati e delle proposte avanzate, redatta dal Direttore Generale preposto alla Vigilanza Contratti di Lavori, Servizi e Forniture.

Premesso che

Nell'ambito del Piano delle Ispezioni per l'anno 2012 è stato deliberato l'avvio di un'attività di accertamento, finalizzata alla verifica del "Fenomeno dei ritardati pagamenti alle imprese del settore dei dispositivi medici", come indicato nel Comunicato stampa del 26/01/2012, al fine di far luce sull'effettiva sussistenza delle denunciate criticità, e sulle eventuali responsabilità.

Sulla base dei dati pubblicati da Assobiomedica, espressivi dei DSO (acronimo di 'Days of Sales Outstanding', volendo con ciò indicare sostanzialmente i giorni intercorrenti tra la data di emissione e la data di incasso della fattura), i competenti Uffici hanno individuato il campione costituito da n. 14 Aziende Sanitarie ed Ospedaliere Aziende, da ritenersi sufficientemente rappresentativo della complessiva realtà italiana, in esito all'incrocio dei dati espressivi - in positivo ed in negativo - del ritardo nei pagamenti, con quelli indicativi del peso demografico e del conseguente presumibile rilievo economico del volume di spesa annua.

Anche se i valori di DSO costituiscono un indicatore 'improprio' dei ritardi, in quanto non tengono conto dei tempi procedurali legati alla indispensabile fase della liquidazione del credito vantato, né di quella successiva del pagamento, il fenomeno lamentato appare comunque di grave entità (nei casi selezionati i ritardi vanno da 300 a 1500 giorni circa), lasciando presupporre l'assoluta mancanza di rispetto delle condizioni contrattuali che regolamentano i termini di pagamento delle prestazioni di forniture rese alle pubbliche amministrazioni; tema di piena competenza dell'AVCP, la quale ha già avuto modo di esprimersi in linea generale sulla Disciplina dei pagamenti nei contratti pubblici di forniture e servizi, con riferimento alla fase di redazione dei documenti di gara e di quelle successive della partecipazione e della sottoscrizione del contratto (cfr. Determinazione n.4 del 7/07/2010).

L'obiettivo degli accertamenti svolti è stato quello di ricostruire analiticamente il complessivo iter procedurale di acquisto e pagamento dei dispositivi medici, ponendo attenzione alle varie fasi intercorrenti tra l'ordine di fornitura e la materiale corresponsione degli importi dovuti (ricezione dei beni acquistati, effettuazione delle previste verifiche di natura qualitativa e quantitativa, liquidazione ed emissione degli ordinativi di pagamento); il tutto con riferimento alla disciplina dei termini contrattuali, all'utilizzo di eventuali procedure informatizzate ed alla possibile corresponsione degli interessi moratori e legali, dovuti al ritardo nei pagamenti.

Le realtà prese in esame sono risultate tutt'altro che omogenee, poiché la differente collocazione regionale, il modello organizzativo e la situazione contingente di ciascuna delle varie Aziende ispezionate, hanno dato luogo a problematiche non sempre comparabili e legate all'esistenza di:

- 'piani di rientro dal disavanzo sanitario' su base regionale;
- processi più o meno avanzati di centralizzazione degli acquisti;
- avvio di procedure regionali per la gestione dei debiti accumulati;
- recenti accorpamenti tra aziende in esito a riorganizzazioni territoriali;
- commissariamento di quegli Enti afflitti da gravi disavanzi e/o gestioni inefficienti.

Pur con tali difformità, sono state condotte le opportune elaborazioni dei dati forniti, al fine di estrapolare indici omogenei di lettura del fenomeno, cioè la sussistenza dei ritardi segnalati.

Considerato in fatto

Le elaborazioni hanno sostanzialmente confermato in 6 casi su 14 il dato di Assobiomedica, mentre in altri 6 casi i ritardi registrati - pur rilevanti - sono apparsi

inferiori rispetto al valore di partenza, ma solo perché la gestione del debito pregresso accumulato dalle Aziende è stata trasferita alle Regioni, che hanno avviato iniziative centralizzate per la certificazione dei crediti.

Nei restanti due casi, che riguardano Aziende Ospedaliere (le cui problematiche sono differenti rispetto a quelle che investono le Aziende Territoriali), i parametri rilevati - pur se inferiori a quelli 'patologici' di altre realtà - sono risultati comunque maggiori dei tempi normativamente previsti per garantire il tempestivo pagamento delle pubbliche forniture.

Appurata, quindi, la sussistenza ed entità dei ritardi, l'indagine si è indirizzata sull'incidenza del cosiddetto 'ciclo passivo', per verificare il peso di eventuali inefficienze gestionali. Sono state altresì tenute in conto le considerazioni espresse dai soggetti ispezionati, i quali (in particolare per quanto riguarda le Aziende Sanitarie Locali), hanno frequentemente rappresentato che il contributo indistinto F.S.R. - Fondo Sanitario Regionale, attribuito in conto esercizio per provvedere a tutte le attività di competenza (determinato in misura variabile da Regione a Regione e da Azienda ad Azienda e costituente la principale fonte di entrata), non sarebbe sufficiente, rendendo talora problematico perfino assicurare i LEA - Livelli Essenziali di Assistenza.

In proposito, nonostante le iniziative assunte nel tempo per ridurre i costi (in particolare nelle Aziende aventi sede nelle Regioni sottoposte ai cosiddetti 'piani di rientro'), vi sarebbe un generale e costante sbilancio fra entrate ed uscite, tale da impedire la tempestiva soddisfazione di tutti i creditori e da imporre conseguentemente un ordine di priorità nel procedere ai pagamenti dovuti.

In questo ordine, secondo quanto riferito, la precedenza viene solitamente attribuita alle spese fisse correlate al personale ed ai medici convenzionati in medicina generale, cui fanno seguito gli emolumenti ai centri convenzionati ed accreditati, alle farmacie ed ai prestatori di servizi; solo successivamente si procede al pagamento delle forniture cosiddette 'ordinarie', tra le quali quelle relative ai dispositivi medici, nell'ambito delle insufficienti risorse residue disponibili.

Ciò darebbe origine al costante accumulo di fatture emesse dai fornitori di dispositivi medici, in esito ad ordini di acquisto irrinunciabili, ancorché privi di copertura finanziaria, con il conseguente ritardo nei pagamenti, il cui ammontare tende altresì a lievitare, per effetto dei contenziosi.

Anche per le Aziende Ospedaliere - remunerate a tariffa sulla base dei D.R.G. (Diagnosis Related Groups), in diretta relazione con il costo dei percorsi di cura erogati - i pagamenti verso i fornitori dei dispositivi medici sono effettuati secondo la disponibilità di cassa, ferma restando la priorità nei pagamenti per gli emolumenti per il personale e per la fornitura dei servizi di prima necessità (mensa, energia, pasti per degenti, pulizie, sorveglianza). Talora, l'insoddisfacente tempistica nei pagamenti è stata attribuita al ritardo nei trasferimenti regionali, che acuisce la penuria di liquidità di cui gli enti sanitari soffrono, e genera il fenomeno del trascinarsi del debito.

Una prima verifica circa la lamentata inadeguatezza di risorse economiche, eseguita mediante la visione dei Conti Economici delle Aziende (per ottenere una sufficiente omogeneità e comparabilità dei dati, si è fatto riferimento al sito del Ministero della Salute, ed ai Conti Economici a consuntivo dell'anno 2009), ha permesso di rilevare che nessuno degli enti ispezionati ha fatto registrare un risultato d'esercizio positivo e che - pur con nette differenze tra i vari casi presi in esame - le perdite più consistenti (anche in termini percentuali) riguardano le Aziende Territoriali, cui sono attribuite la maggior parte delle competenze in tema di tutela della salute.

Preso atto della lamentata inadeguatezza delle risorse economiche e del valore negativo che caratterizza nella generalità dei casi il risultato di esercizio dei Conti Economici delle Aziende ispezionate, l'indagine è proseguita con l'elaborazione dei dati riguardanti le fatture in sospenso alla data del 31/03/2012, focalizzando l'attenzione sulle procedure seguite dalle Aziende per l'acquisto delle forniture occorrenti, al fine di identificare - se possibile - le effettive cause dei ritardi.

Pur rilevando l'ampia diffusione di sistemi informatici per la gestione del bilancio aziendale e delle procedure di liquidazione e pagamento dei titoli di debito (ancorché tali sistemi siano spesso disomogenei e frammentati, con evidenti problemi di reciproca compatibilità, soprattutto nei casi di recenti accorpamenti di più Aziende), gli accertamenti svolti hanno evidenziato che la fase di liquidazione delle fatture, e quella di emissione del successivo ordine di pagamento, si completano in tempi oggettivamente più lunghi di quanto sarebbe lecito attendersi e di quanto prevedono sia gli ordinari rapporti commerciali, sia le più recenti direttive comunitarie in materia.

In proposito sono state fornite giustificazioni ricollegabili alla carenza di personale ed alle pregresse riorganizzazioni, aggiungendo talvolta la considerazione che la mancanza di liquidità avrebbe comunque vanificato gli eventuali impegni per anticipare la predisposizione degli ordinativi di pagamento, data l'insufficiente copertura economica, per i motivi prima citati.

Conclusivamente, le verifiche svolte hanno evidenziato che - seppure in talune Aziende il 'ciclo passivo' costituisca effettivamente una criticità - solo una parte non preminente dei ritardi riscontrati nei pagamenti ai fornitori dei dispositivi medici dipende da inefficienze amministrative, mentre hanno trovato conferma i segnali di una cronica difficoltà di gestione aziendale, che imporrebbe la scelta obbligata di dare precedenza ad alcune voci di spesa ritenute prioritarie, sacrificando le altre, tra cui quelle relative alle forniture di dispositivi.

Tuttavia, entrando nel merito delle voci di spesa sostenute, dettagliate tra i Costi della produzione, si evidenzia che gli acquisti di beni sanitari costituiscono una quota relativamente modesta del totale delle spese (in media non superiore al 10%), mentre assumono un peso molto maggiore il costo del personale e - soprattutto - gli acquisti di servizi (tranne che per le AA.OO.).

Volendo fornire una valutazione riassuntiva generale riferita alle principali voci di costo dichiarate dalle Aziende ispezionate, tratte sempre dai Conti Economici, si evidenzia che l'incidenza media dell'acquisto di beni, rispetto al totale della spesa qui analizzata, risulta pari all'8,48% (di cui 8,18% per i beni sanitari), contro il 61,54% per l'acquisto di servizi (di cui 56,50% per i servizi sanitari) ed il 24,96% per il costo del personale (di cui 20,26% per il personale sanitario).

Appare perciò abbastanza chiaro che il ritardo nel pagamento dei dispositivi medici non può essere esaustivamente affrontato considerandolo un problema a sé stante, poiché altre voci di spesa - ritenute 'prioritarie' e di portata economica ben maggiore - assorbono la quasi totalità delle risorse disponibili, giudicate peraltro inadeguate dalle Aziende.

In tal senso, poiché la situazione di carenza dei fondi sembra avere radici antiche, deve rilevarsi che - seppure alcune delle Aziende stiano adottando scelte ispirate a modelli gestionali ed organizzativi caratterizzati da maggiore efficienza ed innovazione - il peso del debito pregresso risulterà ancora gravoso per diversi anni, in assenza di specifici e duraturi interventi. Infatti, l'imposizione di un tetto di spesa alle Aziende Sanitarie non ha impedito, almeno in passato, il prodursi di disavanzi consistenti. Ciò ha comportato, fino ad oggi, la necessità del ripianamento ex post dei deficit prodotti dalle strutture sanitarie pubbliche, da parte dello Stato.

La perdurante situazione deficitaria può essere, peraltro, desunta dalla lettura dello Stato patrimoniale 2011, laddove per molte Aziende si rileva che i 'Debiti verso fornitori' ascendono ad importi non di rado doppi, tripli, quadrupli (o ancora maggiori) del volume medio annuo di acquisti per beni sanitari, a comprova della tesi che le risorse disponibili non consentono di onorare tempestivamente tutti gli obblighi verso i propri creditori e che il debito si è progressivamente accresciuto nel corso degli ultimi anni. Risulta quindi evidente che la situazione non pare di facile ed immediata risoluzione, richiedendo la concomitanza di prospettive di sufficiente liquidità corrente, di revisione della programmazione regionale e di ottimizzazione gestionale.

Il frequente sviluppo di contenzioso per ritardati pagamenti (attivato sia dai creditori che dai loro cessionari di credito), ha comportato la necessità di sviluppare pratiche amministrative per la ricerca di accordi per il componimento 'bonario' delle vertenze (si pensi ai portali regionali sostitutivi degli uffici delle aziende sanitarie, o paralleli ad essi, con conseguente duplicazione di funzioni), nonché - data la inevitabile soccombenza giudiziaria delle aziende sanitarie nei confronti dei creditori - l'esborso di ulteriori oneri per interessi, con maggiore aggravio per le casse pubbliche (basti solo ricordare che per le transazioni commerciali stipulate a partire dall'1/01/2013, il tasso di interesse moratorio per i ritardati pagamenti è dell'8%, da sommare al saggio d'interesse del principale strumento di rifinanziamento della Banca centrale europea, giusto Comunicato del M.E.F., in G.U. n.162 del 13/07/2012 e giusta previsione del D.Lgs.n.192/2012).

Le verifiche svolte hanno evidenziato come negli ultimi anni i pagamenti per interessi di mora e spese legali - intervenuti a seguito di 'decreto ingiuntivo', 'azione legale' e 'sentenza del giudice' - abbiano raggiunto cifre ragguardevoli, sia pure ridotte - in sede di transazione - rispetto alle iniziali pretese.

A fronte di tale situazione, alcune Regioni, sottoposte ai 'Piani di rientro del settore sanitario', hanno inteso porre l'accento sulle criticità da affrontare, individuando gli aspetti ricorrenti (cfr. Decreto Commissariale n.12/2011 del Presidente della Regione Campania) e di seguito riportati:

- la spesa farmaceutica (in particolare, quella per farmaci innovativi e di costo elevato);
- il contenzioso con gli erogatori privati di prestazioni sanitarie per questioni legate alle tariffe, alle modalità di remunerazione, ai tetti di spesa, agli arbitrati con le case di cura, all'accreditamento istituzionale, alla applicazione di disposizioni di legge (sconto sulla specialistica) o regionali (limitazioni imposte dalla definizione delle COM - Capacità Operative Massime; abbattimenti per controlli di appropriatezza,

- ecc.);
- il costo del personale dipendente e convenzionato, da razionalizzare con specifici interventi (autoconvenzionamento; prestazioni da specialisti ambulatoriali esterni, ecc.).

Inoltre, taluni rappresentanti delle Aziende ispezionate hanno inteso rimarcare la necessità di rivedere complessivamente le modalità di accreditamento degli 'erogatori privati di prestazioni sanitarie' nell'ambito di una pianificazione organica, basata su di un'attenta e preventiva valutazione delle esigenze. In parallelo, è stato evidenziato - in più realtà territoriali - che eccessive riduzioni del personale, con il blocco del turn over, e dei posti letto ospedalieri dislocati nel territorio aziendale, potrebbero rendere problematico non solo assicurare i L.E.A. - Livelli Essenziali di Assistenza, ma rischierebbero di provocare fenomeni di 'migrazione' degli assistiti presso altre strutture e realtà territoriali, con l'effetto di dover comunque sostenere i costi della compensazione, a fronte di prestazioni non rese direttamente.

Ritenuto in diritto

Alcuni degli spunti di riflessione riportati in precedenza implicano valutazioni di 'politica sanitaria' che esulano dalla competenza specificamente attribuita dell'AVCP, ma che sono stati qui registrati perché - sulla base dell'attuale disponibilità di risorse finanziarie dedicate alla spesa per il Servizio Sanitario Nazionale - la definizione dei modi per affrontare la problematica del debito accumulato deve necessariamente tenere conto di una duplice esigenza:

- approntare idonei strumenti (e munirsi di sufficiente liquidità) per aggredire e procedere alla eliminazione dello stock di debiti 'pregressi', che ha comunque raggiunto livelli ragguardevoli;
- individuare sistemi di pianificazione della spesa prevista per il futuro (onde evitare il riprodursi di dette anomalie contabili), recuperando la massima efficienza delle strutture pubbliche, ottimizzando ed armonizzando con esse - in termini di effettiva complementarietà - le strutture private da accreditare e/o convenzionare.

Per quanto riguarda il primo degli aspetti indicati, aldilà dei provvedimenti governativi in cantiere, possono citarsi i casi - già in parte concretizzati - da alcune Regioni sottoposte a 'piano di rientro dal disavanzo sanitario', nelle quali è stata avviata una sorta di centralizzazione (su base volontaria) dei pagamenti, lasciando alle singole Aziende le competenze di liquidazione, non altrimenti delegabili al fine della certificazione della spesa e del conseguente pagamento.

In entrambi i casi, i tempi di soddisfazione dei creditori sono superiori a quelli che potrebbero definirsi 'normali' (nello specifico, 'non oltre i 180 giorni' per il Lazio e 'con rate fino a 270 giorni' per la Campania, decorrenti dalla formale liquidazione operata dalle competenti Aziende e limitata alla sola sorte capitale), ma l'adesione dei fornitori sembra confortare sufficientemente la bontà di tali iniziative, presumibilmente anche per l'assenza di soluzioni alternative ritenute migliori.

Differenti risultati sembrano conseguire ad un'analoga iniziativa della Regione Calabria, che ha approntato un piano di rientro per la gestione dei debiti accumulati dalle strutture sanitarie regionali a tutto il 2008, ma - quanto meno in uno dei casi ispezionati - nonostante la formale delega alla Regione a conciliare, transigere e quietanzare in nome e per conto dell'Azienda in questione il pagamento di tutti i debiti contratti entro l'anno 2008 - a partire dal 2009 è stato riscontrato un nuovo progressivo ed elevato indebitamento verso i fornitori per carenza di liquidità, con tempi lunghi di pagamento e conseguente incremento di interessi moratori.

Per quanto riguarda la seconda esigenza, pare quanto mai necessario proseguire sulla strada recentemente intrapresa con il supporto di idonee previsioni normative, miranti a:

- individuare delle prassi di verifica delle congruità dei costi, "sulla base delle analisi effettuate dalle Centrali regionali per gli acquisti" e/o , sulla base dei dati raccolti nella banca dati per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale di cui al decreto del Ministro della salute dell'11 giugno 2010;
- individuare sistemi di codifica omogenea, anche a livello nazionale, per la contabilizzazione degli acquisti, la puntuale gestione della contabilità economico - patrimoniale ed una corretta gestione dei magazzini;
- stimolare le unioni di acquisto e gli acquisti centralizzati per razionalizzare la spesa.

Ciò che risulta evidente è la necessità di intervenire con adeguate misure per conseguire una maggiore efficienza della spesa (partendo dalla eliminazione degli sprechi, ove presenti), nonché una riduzione dei costi del Sistema Sanitario Nazionale, nell'ambito di

una generale riorganizzazione in termini di adeguatezza del Sistema stesso.

A tale ultimo proposito, non può escludersi che - a valle di un complessivo processo di riorganizzazione del S.S.N. - emerga comunque l'esigenza di disporre di maggiori risorse rispetto all'attualità, al fine di garantire il diritto alla salute nei termini previsti dalla vigente normativa, oppure che si ponga l'interrogativo sulla opportunità/necessità di ridisegnare il perimetro delle prestazioni sostenibili dalla finanza pubblica.

Non vi è dubbio, infatti, che la spesa del S.S.N. costituisca una quota rilevante del Prodotto Interno Lordo, attestatasi negli ultimi anni attorno al 7%, e cresciuta dai 49 Mld di Euro del 1992 ai 112 Mld di Euro del 2011, ma caratterizzata da un costante disavanzo, nonostante nel medesimo arco temporale i relativi finanziamenti siano passati da 48 Mld di Euro a 111 Mld di Euro, con un incremento pari ad oltre il 130%. (come risulta dai dati pubblicati dal Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria).

In proposito, appare impressionante la somma dei disavanzi riscontrati alla fine degli esercizi degli ultimi venti anni, che ascende all'importo di 68,8 Mld di Euro, sia pure con tendenza ad una diminuzione del valore annuo a decorrere dal 2004 (- 5,79Mld, pari al massimo deficit riscontrato nel periodo di riferimento) per finire al 2011 (- 1,78 Mld).

Il problema del grande rilievo economico assunto dal debito accumulato negli anni e la sua apparente 'strutturalità' nel sistema pubblico di tutela della salute, rischia di assumere un gravame ancora maggiore per effetto dell'entrata in vigore del D.Lgs.n.192/2012, recante nuove norme volte a contrastare i "ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali", se non si affronta organicamente la tematica della sanità pubblica.

In base a quanto sopra considerato,

Il Consiglio

Rilevato che

- nella maggior parte dei casi analizzati, l'indagine condotta ha sostanzialmente confermato l'entità temporale del ritardo nel pagamento dei dispositivi medici, così come segnalato da alcune associazioni di categoria e, in particolare, da Assobiomedica;
- il cosiddetto 'ciclo passivo' - cioè la gestione amministrativa della fattura, dalla ricezione al pagamento - benché frequentemente caratterizzato da lentezze burocratiche, contribuisce solo in parte limitata al ritardo rilevato;
- la causa principale addotta dalle Aziende (in parte confermata dalla generale prevalenza dei costi sui ricavi per ognuna di esse) risiede nella insufficienza dei contributi corrisposti dalle Regioni, rispetto alle voci di spesa da affrontare per assicurare il tempestivo pagamento di tutte le prestazioni richieste ed erogate in forza delle vigenti leggi; ciò impone un ordine di priorità nel soddisfare i creditori, con precedenza accordata agli acquisti di servizi (specie quelli riferiti alle convenzioni con i medici, le farmacie, le case di cura private, ed agli accrediti delle strutture private che operano in regime di sussidiarietà con il sistema pubblico) ed alle spese fisse (costi per il personale), a scapito dei beni sanitari ed in particolare dei dispositivi medici, per i quali si verifica la conseguente carenza di copertura economica;
- nelle Aziende territoriali ispezionate (che si ritengono sufficientemente esemplificative della realtà nazionale), l'incidenza dell'acquisto di beni sanitari - comprensivi dei dispositivi medici - supera di poco l'8% del totale dei costi sostenuti, mentre oltre l'85% viene assorbito dagli acquisti di servizi e dal costo del personale; quindi il solo e pur necessario recupero di efficienza nelle procedure amministrative di approvvigionamento dei dispositivi medici non risulta sufficiente ad assicurare - in via automatica - il tempestivo soddisfacimento dei corrispondenti fornitori, mancando talora le risorse economiche occorrenti anche solo ad assicurare i cosiddetti L.E.A. - Livelli Essenziali di Assistenza;
- appare quindi necessario che la maggiore tempestività nelle suddette procedure si abbini ad una generale riorganizzazione in termini di efficienza del Sistema Sanitario Nazionale e di quelli Regionali, al fine di promuovere un maggior grado di pianificazione delle attività mirate alla tutela della salute e razionalizzare le principali voci di spesa;
- il notevole debito complessivamente accumulato, incrementato peraltro dai crescenti oneri per interessi e dai frequenti contenziosi, può essere utilmente 'aggredito' - avendo la disponibilità di adeguata liquidità - attraverso il ricorso a procedure centralizzate di certificazione dei crediti, anche per evitare negativi effetti di trascinarsi sulla attività amministrativa corrente delle Aziende;
- in mancanza dell'auspicata riorganizzazione sussiste un elevatissimo rischio che - pur iniettando sufficienti risorse nel sistema - l'attuale crisi di liquidità possa

- ricrearsi, nel breve-medio periodo, in misura analoga a quella verificatasi;
- spetta agli organi competenti in materia di sanità pubblica, su base nazionale e regionale, proporre le soluzioni più adatte a rimuovere quelle condizioni di ordine strutturale che hanno contribuito alla crescita del fenomeno oggetto della presente indagine; tuttavia, il ritardo riscontrato nei pagamenti dei beni e servizi forniti alle Aziende ispezionate configura una oggettiva, seria e perdurante violazione delle disposizioni vigenti in materia di contratti pubblici, sui quali l'AVCP ha lo specifico compito di vigilare, ai sensi del D.Lgs.n.163/2006 e s.m.i.. Pertanto, appare doveroso fornire - in base al quadro conoscitivo acquisito e per quanto di competenza - una indicazione dei possibili rimedi da adottare affinché il fenomeno riscontrato possa essere utilmente contrastato.

Dispone

- di rendere noto alle varie Regioni ed Aziende Sanitarie interessate dall'indagine, che le criticità rilevate nell'ambito dell'accertamento, rendono necessario dare concreta e definitiva attuazione (qualora non fosse ancora stata intrapresa tale strada) a quegli interventi 'operativi' finalizzati a promuovere ed ottenere, al più ampio livello territoriale possibile;
- l'unificazione dei centri di costo, di acquisto e di accreditamento delle strutture convenzionate, al fine di standardizzare i processi di selezione e distribuzione dei prodotti necessari, nonché uniformare le prestazioni rese in convenzione;
- l'unificazione dei centri di controllo delle prestazioni sanitarie, al fine di verificare e comparare i costi sostenuti per le forniture ed i servizi resi, nonché per misurare il congruo utilizzo dei prodotti nei processi delle prestazioni;
- l'uso di software adeguati e condivisi, al fine di consentire una contrazione dei tempi del 'ciclo passivo', anche in relazione alla possibilità di invio telematico delle fatture;
- di invitare per il futuro le Aziende Sanitarie Territoriali ed Ospedaliere a porre la massima attenzione alle nuove norme volte a contrastare i "ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali", introdotte dal D.Lgs.n.192/2012 (con particolare riferimento alle disposizioni contenute nell'art.4, commi 1, 4, 5, 6 e 7);
- di mandare alla Direzione Generale Vigilanza Contratti di Lavori, Servizi e Forniture la presente deliberazione, ai fini dell'esecuzione delle disposizioni impartite e dell'invio delle comunicazioni di rito ai soggetti interessati.

Il Consigliere Relatore: Luciano Berarducci

Il Presidente : Sergio Santoro

Depositato presso la Segreteria del Consiglio in data 3 agosto 2013

Il Segretario: Maria Esposito