



REPUBBLICA ITALIANA
CORTE DEI CONTI
SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO
PER LA LIGURIA

composta dai magistrati:

Ermanno GRANELLI	Presidente
Alessandro BENIGNI	Primo Referendario
Francesco BELSANTI	Primo Referendario
Donato CENTRONE	Primo Referendario (relatore)
Claudio GUERRINI	Primo Referendario

nell'adunanza del 18 gennaio 2016

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

viste le leggi 21 marzo 1953, n. 161, e 14 gennaio 1994, n. 20;

vista la deliberazione delle Sezioni riunite della Corte dei conti n. 14 del 16 giugno 2000, che ha approvato il regolamento per l'organizzazione delle funzioni di controllo, modificata con le deliberazioni delle Sezioni riunite n. 2 del 3 luglio 2003 e n. 1 del 17 dicembre 2004;

vista la legge 23 dicembre 2005, n. 266, art. 1, comma 170;

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

viste le deliberazioni della Sezione delle Autonomie della Corte dei conti n. 13/2014/INPR e n. 20/2015/INPR, con cui sono state approvate le linee guida con correlato questionario attraverso le quali i collegi sindacali degli enti del servizio sanitario nazionale riferiscono alle Sezioni regionali di controllo relativamente ai bilanci degli esercizi 2013 e 2014;

udito il relatore, primo referendario dott. Donato Centrone

Premesso in fatto

L'esame delle relazioni redatte dal Collegio sindacale dell'Azienda sanitaria locale n. 5 "Spezzino" (di seguito, ASL 5 Spezzino), ai sensi dell'art. 1, comma 3, del decreto-legge n. 174 del 2012, convertito dalla legge n. 213 del 2012, sui bilanci degli esercizi 2013 e 2014, ha fatto emergere alcune criticità, per le quali sono state inviate richieste istruttorie in data 2 marzo 2015 e 5 novembre 2015. L'ASL n. 5 ha fornito chiarimenti con le note di risposta del 2 aprile 2015, 20 novembre 2015 e 17 dicembre 2015.

AS 1

Sono residue alcune potenziali irregolarità amministrativo-contabili, che hanno reso opportuna la richiesta al Presidente della Sezione di convocazione di adunanza pubblica per l'esame collegiale in contraddittorio con l'Azienda sanitaria.

All'adunanza pubblica del 18 gennaio 2016 sono intervenuti, in rappresentanza dell'azienda sanitaria, il Direttore generale dott. Gianfranco Conzi, il Presidente del collegio sindacale dott. Luigi Silvano Geracitano, un membro del Collegio sindacale dott. Pierluigi Taponecco, il Dirigente del personale dott. Giovanni Frandi, il Dirigente del servizio bilancio dott. Fabio Cargioli,

Considerato in fatto e diritto

L'art. 1, commi 166 e seguenti, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, ha previsto che le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti, *"ai fini della tutela dell'unità economica della Repubblica e del coordinamento della finanza pubblica"*, svolgano verifiche ed accertamenti sulla gestione finanziaria degli enti locali e degli enti del servizio sanitario nazionale, esaminando, per il tramite delle relazioni trasmesse dagli organi di revisione economico finanziaria, i relativi bilanci. La magistratura contabile ha sviluppato tali verifiche in linea con le previsioni contenute nell'art. 7, comma 7, della legge 5 giugno 2003, n. 131, quale controllo ascrivibile alla categoria del riesame di legalità e regolarità, che ha la caratteristica di essere finalizzato all'adozione di effettive misure correttive da parte degli enti interessati.

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

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

sentenza della Corte costituzionale n. 39 del 2014, va limitato ai programmi di spesa presenti nei soli bilanci delle aziende sanitarie e ospedaliere.

Le leggi n. 266 del 2015 e n. 213 del 2012, come ha precisato la Corte Costituzionale (per tutte, sentenze n. 60 del 2013 e n. 40 del 2014), hanno istituito tipologie di controllo, estese alla generalità degli enti locali e del servizio sanitario nazionale, funzionali a prevenire rischi per gli equilibri di bilancio. Tali controlli si collocano su un piano distinto rispetto a quelli sulla gestione amministrativa, aventi fonte nell'art. 3 della legge 14 gennaio 1994, n. 20, soprattutto in relazione agli esiti, e sono stati ritenuti compatibili con l'autonomia costituzionalmente riconosciuta a regioni, province e comuni, in forza del supremo interesse alla legalità finanziaria e alla tutela dell'unità economica della Repubblica perseguito in riferimento agli artt. 81, 119 e 120 Cost. Alla Corte dei conti è, infatti, attribuito il vaglio sull'equilibrio economico-finanziario del complesso delle amministrazioni pubbliche a tutela dell'unità economica della Repubblica (artt. 81, 119 e 120 Cost.). Tali prerogative assumono maggior rilievo nel quadro delineato dall'art. 2, comma 1, della legge costituzionale 20 aprile 2012, n. 1, che, nel comma premesso all'art. 97 della Costituzione, nonché nel riformulato art. 119, richiama il complesso delle pubbliche amministrazioni, in coerenza con l'ordinamento dell'Unione europea, ad assicurare l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico.

I. Equilibrio economico-patrimoniale

L'esame del "modello CE", riportante i dati di conto economico secondo gli schemi ed i criteri contenuti nel decreto del Ministro della salute del 15 giugno 2012, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, ha evidenziato un risultato negativo per l'esercizio 2014 pari a euro 5.256.867. Anche il bilancio dell'esercizio 2013 ha chiuso in perdita, per il minore importo di euro 3.266.876.

Nella risposta istruttoria del 2 aprile 2015, l'Azienda ha riferito di aver conseguito, nel 2013, una riduzione dei costi di oltre 4 milioni di euro rispetto al precedente esercizio 2012 (chiuso in perdita per euro 2.124.234). L'opera di razionalizzazione è proseguita anche nel 2014, esercizio in cui i costi si sono ulteriormente contratti di circa 3,5 milioni di euro. La risposta istruttoria fa presente che il risultato di esercizio è influenzato da diversi fattori, non sempre governabili dalla stessa Azienda, tra cui, in primo luogo, il livello dei ricavi (passati da 425 milioni del 2012 a 424,7 del 2013) e la gestione straordinaria (positiva per 0,3 milioni di euro nel 2012, negativa per 2 milioni di euro nel 2013.).

Per quanto riguarda, invece, il risultato negativo dell'esercizio 2014, nella relazione-questionario redatta dal collegio sindacale viene precisato che l'Azienda, pur nell'indeterminatezza della quota del fondo sanitario regionale, ha, comunque, adottato una politica di contenimento di tutti quei costi che non incidono sui livelli essenziali di assistenza e che, nel 2015, si prevede un'ulteriore contrazione, in linea con quanto richiesto dalla regione con la nota PG/79827 del 24 luglio 2015. Il collegio sindacale conclude precisando che la perdita dell'esercizio 2014 è stata coperta, come previsto dall'ex art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, secondo le modalità indicate dalla delibera di Giunta regionale n. 596 del 2015.

  3

L'esame dei dati presenti nella relazione redatta dal Collegio sindacale ha permesso di accertare come, in effetti, il risultato della gestione operativa si mantenga positivo per tutto il triennio 2012-2014, registrando, tuttavia, una diminuzione tendenziale.

Conto economico	Bilancio d'esercizio 2012	Bilancio d'esercizio 2013	Bilancio d'esercizio 2014	2014 su 2012	2014 su 2013
A) valore della produzione	422.328.636	420.873.611	419.521.345	-0,66%	-0,32%
B) costi della produzione	415.481.899	413.373.592	416.321.789	0,20%	0,71%
Risultato gestione operativa	6.846.737	7.500.019	3.199.556	-53,27%	-57,34%

Alla luce dei dati e delle esposte precisazioni, è parso opportuno approfondire le azioni che l'Azienda, di concerto con la Regione Liguria, intende intraprendere al fine di conseguire, nei prossimi esercizi, l'equilibrio economico.

Nella memoria del 13 gennaio 2016, l'Azienda ha nuovamente evidenziato la difficoltà nel ricondurre in equilibrio la gestione economica in assenza di una preventiva assegnazione di risorse. Ricorda come, nell'esercizio 2015, il relativo ammontare sia stato deliberato dalla Giunta regionale in data 29 dicembre 2015, per effetto dell'attesa della necessaria intesa Stato-Regioni sul riparto delle disponibilità finanziarie annuali per il servizio sanitario, raggiunta solo il 23 dicembre scorso (l'accordo prevede, per inciso, che, per l'esercizio 2016, le risorse del fondo sanitario nazionale, pari a 111 miliardi di euro, vengano assegnate alle Regioni entro il mese di febbraio).

Il conseguimento dell'equilibrio economico degli enti del SSN nella legislazione statale e regionale

Il legislatore ha imposto da tempo agli enti del servizio sanitario regionale, in ossequio ai principi di economicità ed efficienza, il rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi. In questo senso varie norme, contenute nella legge di riforma del servizio sanitario (art. 4, comma 8, del d.lgs. n. 502 del 1992), nelle leggi finanziarie o di stabilità succedutesi nel tempo (art. 10 legge 724 del 23 dicembre 1994; art. 3, comma 2, del decreto-legge n. 347 del 18 settembre 2001, convertito dalla legge n. 405 del 16 novembre 2001, art. 1 comma 274 della legge 266 del 23 dicembre 2005, etc.), nonché negli accordi stipulati in seno alla Conferenza Stato-Regioni (per esempio, Intesa del 23 marzo 2005, i cui contenuti sono stati confermati nelle premesse dei Patti per la salute del 3 dicembre 2009 e del 10 luglio 2014).

In particolare, con l'art. 6 dell'Intesa del 23 marzo 2005, le Regioni si sono impegnate a garantire l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale sia nel suo complesso, sia con riferimento alle proprie aziende sanitarie, ospedaliere e ospedaliere-universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. A tal fine, sono state confermate le forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti e l'obbligo dell'adozione di misure, compresa l'eventuale decadenza dei direttori generali, per la riconduzione in equilibrio della gestione (fermo restando quanto disposto dal comma 174 dell'art. 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, norma che impone alle regioni di garantire il complessivo equilibrio economico del servizio sanitario, attribuendo poteri di controllo sostitutivo allo Stato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131).

S

In caso di andamento economico non coerente con gli obiettivi, i direttori generali degli enti del SSR sono tenuti a presentare un piano, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati (da assicurare entro il 30 settembre, qualora lo squilibrio sia stato certificato nel primo o secondo trimestre; entro il 31 dicembre qualora lo squilibrio si sia verificato nel corso del terzo o quarto trimestre), pena la dichiarazione di decadenza, ad opera della regione. Quest'ultima sanzione opera, in particolare, nei seguenti casi: a) mancata o incompleta presentazione della certificazione trimestrale nei termini stabiliti; b) mancata presentazione del piano di rientro; c) mancata riconduzione della gestione entro gli obiettivi assegnati. Infine, si dispone che le regioni adottino provvedimenti per definire l'obbligo per gli enti del SSR di effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento.

Gli obblighi di conseguimento dell'equilibrio economico-patrimoniale degli enti del servizio sanitario sono ribaditi anche dalla legge regionale della Liguria 7 dicembre 2006, n. 41 (più volte modificata ed integrata). L'art. 2, in particolare, dispone che la Regione presiede alla programmazione, al monitoraggio ed al controllo dei livelli di assistenza erogati dai soggetti pubblici e privati accreditati, perseguendo vari obiettivi, fra i quali l'equilibrio economico-finanziario del sistema regionale.

Il successivo art. 3, comma 4, prescrive, poi, che le aziende sanitarie e gli altri soggetti erogatori rispondano alla Regione, oltre che della qualità e appropriatezza delle prestazioni rese, anche della capacità di conseguire gli obiettivi di salute assegnati a fronte di risorse determinate. Ancora più specifico appare l'art. 17 (Funzioni delle aziende sanitarie locali), i cui contenuti precettivi trovano applicazione, in virtù della norma di rinvio contenuta nell'art. 29 della medesima legge regionale, anche ai soggetti eroganti attività ospedaliera. La norma prevede, infatti, al comma 3, che le aziende sanitarie perseguano l'economicità e l'efficienza produttiva della gestione, con obbligo posto in capo, in particolare, al direttore generale che, in virtù dell'art. 19, comma 6, della stessa legge, è responsabile del raggiungimento degli obiettivi indicati dalla Regione. La legge regionale richiama, infine, all'art. 88, quale norma di chiusura, le disposizioni di cui al d.lgs. n. 502 del 1992, nonché le normative nazionali vigenti in materia.

Gli obblighi di conseguimento dell'equilibrio economico-patrimoniale posti in capo agli enti del SSN risultano maggiormente verificabili (e confrontabili) dopo l'emanazione del d.lgs. n. 118 del 2011 sull'armonizzazione dei bilanci, che, agli articoli 26, comma 3, e 32, comma 6, stabilisce, al fine di conferire struttura uniforme alle voci del preventivo economico annuale e del bilancio d'esercizio, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci, che i bilanci di esercizio debbano essere predisposti secondo appositi schemi (allegati al medesimo decreto legislativo). Oltre a uniformare questi ultimi (conto economico, stato patrimoniale, nota integrativa e rendiconto finanziario), l'art. 29 del d.lgs. n. 118 del 2011 impone l'osservanza di precisi principi contabili, con l'obiettivo di consentire l'iscrizione delle poste economiche e patrimoniali con le medesime regole su tutto il territorio nazionale. Per quanto interessa in questa sede, in particolare, il comma 1, lett. d), prevede che *"i contributi per ripiano perdite sono rilevati in un'apposita voce del patrimonio netto sulla base del provvedimento regionale di assegnazione, con contestuale*

 5

iscrizione di un credito verso 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".

Il comportamento contabile adottato dall'Azienda sanitaria appare, pertanto, conforme alla norma contabile del decreto sull'armonizzazione ora esposta, che, per evitare che i contributi per ripiano perdite, erogati dalle regioni in anni successivi a quello di emersione, inquinino il risultato economico dell'esercizio di attribuzione (gonfiando, impropriamente, i ricavi), ha imposto la rilevazione di questo tipo di contributi (quali quelli erogati dalla Regione Liguria con le citate DRG n. 1580 del 2015, per l'esercizio 2013, e n. 1775 del 2014, per l'esercizio 2014) solo nelle scritture patrimoniali.

Sul piano sostanziale, poi, come esposto in precedenza, la legge regionale n. 41 del 2006, di disciplina del servizio sanitario, nel declinare, nell'esercizio della potestà concorrente di coordinamento della finanza pubblica, attribuita dall'art. 117 della Costituzione (nonché dei poteri, sempre concorrenti, attribuiti in materia di tutela della salute), l'obbligo del perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario del sistema sanitario, ha imposto alle aziende sanitarie (ed ai soggetti equiparati) l'onere di raggiungere predeterminati obiettivi (di livello dei costi o di rapporto fra ricavi e costi), senza richiedere necessariamente (anche quale obiettivo dei direttori generali) l'equilibrio annuale del conto economico. Si tratta di scelta che appare imposta dalla natura di enti a finanza, quasi integralmente, derivata propria delle aziende sanitarie e ospedaliere. Di conseguenza, le scelte di gestione aziendale possono (e devono) incidere sul livello dei costi (in primo luogo di quelli modulabili nel breve-medio periodo), mentre quasi nulla è l'incidenza sui ricavi (secondo fattore del risultato economico), condizionata dalla quantità di finanziamenti attribuiti dalla Regione nel corso dell'esercizio di competenza.

Il vincolo ora descritto non esenta, tuttavia, da un lato, le aziende sanitarie dall'obbligo di perseguire gli obiettivi di costo attribuiti in sede di budget (e le relative responsabilità, poste in capo principalmente al direttore generale), dall'altro, la Regione ad adottare adeguata programmazione finanziaria tesa a permettere, in presenza di obiettivi di costo rispettati, il conseguimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie.

I chiarimenti istruttori forniti dalla Regione

Sulla base degli elementi acquisiti dall'ente ospedaliero, anche nel corso dell'adunanza pubblica, con nota del 11 febbraio 2016, è stato chiesto alla Regione di precisare le motivazioni alla base della scelta di erogare nell'anno successivo (per esempio, delibera di giunta regionale n. 596 del 10 aprile 2015, per l'esercizio 2014, e delibera n. 363 del 27 marzo 2014, per l'esercizio 2013) i finanziamenti destinati al ripiano dei disavanzi economici registrati dagli enti del servizio sanitario regionale nell'esercizio precedente.

La Regione, nella nota del 29 febbraio 2016, ha precisato di fornire copertura ai disavanzi delle aziende sanitarie con le risorse derivanti dalle manovre fiscali dell'esercizio successivo (variazione delle aliquote dell'imposta regionale sulle attività produttive e dell'addizionale all'imposta sul reddito), come stabilito dal comma 174 della legge 311 del 30 dicembre 2004, che disciplina le azioni imposte alle regioni per conseguire l'equilibrio economico-finanziario della gestione

sanitaria (per il cui contenuto si rinvia al testo normativo). In aderenza, le leggi regionali succedutesi a partire dal 2005 hanno destinato le risorse derivanti dalle manovre di finanza pubblica regionale a copertura dei disavanzi sanitari pregressi, stanziando nella spesa, all'UPB 9.208 "Finanziamento per ripiano disavanzi pregressi", le risorse relative.

Le disposizioni sopra richiamate non consentono, pertanto, prosegue la nota regionale, l'impegno delle risorse nell'anno di competenza, ma solo nell'esercizio successivo, e, di conseguenza, alle aziende non è consentito iscriverle, quali ricavi, nel bilancio del medesimo esercizio. La nota regionale evidenzia che anche il Tavolo tecnico costituito presso il MEF, previsto dall'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, prende in considerazione il risultato della gestione sulla base del conto economico consolidato regionale al netto della voce "AAO080 - Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA", che costituisce il finanziamento aggiuntivo per garantire il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.

II. Utilizzo anticipazioni di cassa

Nella relazione sul bilancio 2013, il Collegio sindacale ha riferito dell'utilizzo di anticipazioni di cassa. Nella nota istruttoria del 2 marzo 2015 è stato, pertanto, chiesto di precisare l'importo medio, quello massimo ed i giorni in cui il ridetto utilizzo è avvenuto, nonché l'eventuale protratto ricorso nell'esercizio 2014.

Nella risposta del 2 aprile 2015, l'Azienda sanitaria ha precisato di aver fatto ricorso, nel 2013, ad anticipazioni di cassa per n. 299 giorni, per un importo medio, calcolato sui giorni di effettivo utilizzo, pari a euro 13.289.726, ed un importo massimo pari a euro 38.007.411. L'utilizzo di anticipazioni si è reso necessario anche nel 2014, esercizio nel corso del quale l'Azienda vi ha fatto ricorso per n. 258 giorni, per un importo medio di euro 7.205.55 ed uno massimo di euro 26.751.095.

Si è ritenuto opportuno il deferimento in adunanza collegiale al fine di approfondire le motivazioni del protratto ricorso ad anticipazioni di cassa, sintomo di potenziali squilibri nella complessiva gestione della liquidità, nonché analizzare le azioni, di breve e medio periodo, programmate dall'Azienda sanitaria al fine di contenere il fenomeno ed i conseguenti oneri.

Nella memoria del 13 gennaio 2016, l'Azienda ha evidenziato che l'utilizzo dell'anticipazione di cassa è un fatto quasi fisiologico, che consente di garantire i pagamenti ai fornitori entro i termini contrattuali, a fronte di assegnazioni finanziarie, da parte della Regione, differite rispetto a quelle di competenza. Osserva, inoltre, che il costo dell'anticipazione è estremamente contenuto (attualmente 0,14%), a fronte di tassi di interesse per ritardato pagamento ai fornitori ben superiori (attualmente oltre l'8%).

I limiti all'utilizzo di anticipazioni di cassa e gli oneri di tempestivo pagamento fra amministrazioni

Il cospicuo utilizzo di anticipazioni di cassa è stato oggetto di vari pronunciamenti da parte delle Sezioni regionali di controllo, evidenzianti come il protratto ricorso sia sintomo di possibili

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, appearing to be initials or a stylized name.

anomalie nella gestione, trattandosi di un indebitamento a breve termine (anche) per spesa corrente. Alla luce dell'art. 119 della Carta costituzionale, infatti, la costante giurisprudenza contabile, formatasi principalmente in sede di esame dei bilanci degli enti locali, ha ritenuto che un ripetuto, notevole, e cospicuo ricorso ad anticipazioni rischia di eludere il divieto di indebitamento per spesa corrente (tramutandosi in una situazione di costante esposizione debitoria, con assunzione dei relativi oneri, verso l'istituto cassiere).

L'art. 2, comma 2-sexies, del d.lgs. n. 502 del 1992 dispone che le Regioni disciplinino la possibilità per le aziende sanitarie di ricorrere ad anticipazioni, da parte del proprio cassiere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi iscritti nel bilancio preventivo annuale.

Per gli enti della Liguria, la legge regionale n. 41 del 2006, all'art. 78, prevede che le aziende sanitarie sono autorizzate, per sopperire a temporanee deficienze di cassa, ad accendere anticipazioni nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi iscritti nel bilancio preventivo annuale. Fino all'esercizio 2014, il comma 2 della norma ora richiamata prevedeva anche la possibilità, previa autorizzazione regionale, di incrementare l'anticipazione di un ulteriore dodicesimo, per sopperire a straordinarie deficienze di cassa. Tale facoltà è venuta meno con l'art. 14, comma 6, della legge regionale 9 marzo 2015, n. 7.

Il ricorso all'anticipazione, se reiterato nel tempo, protratto per gran parte dell'esercizio, ovvero di sensibile entità, costituisce, anche se contenuto entro i limiti previsti dalla legge, sintomo di rischi per la complessiva gestione finanziaria e per la garanzia dei futuri equilibri di bilancio. Pertanto, in disparte l'aggravio finanziario a titolo di interessi passivi, negli ultimi anni non particolarmente rilevante (per l'Azienda sanitaria pari nel 2013 a euro 92.123 e, nel 2014, a euro 18.698), l'accertato fenomeno impone di riprogrammare (anche sulla base delle scelte politiche regionali) i tempi di erogazione delle spese in misura maggiormente aderente ai flussi di entrata, salvo, naturalmente, il rispetto delle scadenze contrattuali e della disciplina in tema di tempi massimi di pagamento posta dal d.lgs. n. 231 del 2002. Nel caso in cui, invece, la costante criticità di cassa derivi da una strutturale deficienza degli incassi rispetto ai pagamenti, in sede di programmazione gli organi aziendali di vertice devono adottare, nei limiti dei propri poteri e competenze, le misure atte ad incrementare l'ammontare delle entrate e/o a ridurre la mole delle spese ovvero, se necessario, segnalare ai competenti uffici regionali le cause della criticità finanziaria.

Appare, pertanto, necessario che l'Azienda sanitaria, per quanto di sua competenza, prosegua nell'attività di attento monitoraggio dei tempi di pagamento e riscossione, e della conseguente generale gestione di cassa.

La presenza di costante deficienza di cassa nella gestione finanziaria di un'azienda sanitaria impone di valutare, come la Sezione ha già fatto in occasione della relazione annuale sulla sanità allegata al giudizio di parifica del rendiconto regionale (si rinvia, per il 2013, alla deliberazione n. SCRLIG/46/2014/PARI e, per il 2014, alla deliberazione n. SCRLIG/56/2015/PARI), le azioni adottate dalla Regione Liguria, in particolare derivanti dal decreto legislativo sull'armonizzazione o da recenti norme di finanza pubblica. Va ricordato, infatti, che, al fine di attenuare fenomeni di

sottofinanziamento degli enti del SSN, causati da un eventuale distorto utilizzo dei fondi, nazionali e regionali, destinati alla sanità, il d.lgs. n. 118 del 2011, all'art. 20, ha imposto alle Regioni, oltre alla perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del SSR, l'obbligo di accertare ed impegnare a favore degli Enti del SSN, nel corso dell'esercizio, l'intero importo corrispondente al finanziamento della sanità. Inoltre, dal 2013, l'art. 3, comma 7, del decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, ha prescritto alle stesse Regioni l'erogazione per cassa agli enti del SSN, entro il 31 dicembre di ogni anno, di almeno il 90% delle risorse incassate dallo Stato a titolo di finanziamento del servizio sanitario e di quelle autonomamente destinate ai medesimi fini. In seguito, l'art. 1, comma 606, della legge n. 190 del 2014, ha elevato, a decorrere dal 2015, la percentuale sopra esaminata al 95%, disponendo, altresì, che la restante quota debba essere erogata entro il 31 marzo dell'anno successivo.

Al fine di riscontrare la congruità fra assegnazioni di competenza ed erogazioni di cassa (in aderenza agli obblighi normativi ora citati), a seguito degli elementi emersi nel corso delle adunanze pubbliche, con nota del 11 febbraio 2016, è stato chiesto alla Regione di specificare, producendo apposita tabella, l'ammontare dei pagamenti effettuati a favore degli enti del servizio sanitario regionale negli esercizi 2013 e 2014, rispetto agli impegni assunti nei provvedimenti di finanziamento adottati nel corso dei medesimi esercizi.

La Regione, con nota del 29 febbraio 2016, ha prodotto analitiche tabelle, in base alle quali risulta aver pagato, al 31 dicembre, il 98% delle risorse dovute nel 2013 ed il 99% nel 2014.

III. Limiti di finanza pubblica all'attività contrattuale

III. A) Il collegio sindacale, nel questionario riferito al bilancio dell'esercizio 2014, ha riferito dell'esistenza di un contratto avente un prezzo superiore del 20% rispetto a quelli elaborati dall'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici (oggi, Autorità nazionale anticorruzione). In apposita nota è stato specificato che il contratto in discorso è relativo al servizio di lavanderia ed ha un valore complessivo pari a euro 2.236.178. Il collegio sindacale, tuttavia, ha anche precisato che l'Azienda corrisponde, quale corrispettivo dell'erogazione del servizio, un prezzo forfetario per giornata di degenza e che quest'ultimo non appare confrontabile con quelli di riferimento. Precisa, infine, che il servizio in discorso risulta erogato in virtù di specifico provvedimento di proroga, in attesa che la Centrale regionale acquisiti aggiudichi la nuova gara.

L'art. 15, comma 13, lett. b), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, dispone che, qualora sulla base dell'attività di rilevazione, effettuata ai sensi dell'articolo 17, comma 1, lettera a), del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, anche da parte delle centrali regionali di acquisto, emergano differenze significative (presupposto ritenuto integrato in caso di scostamento superiore al 20%) dei prezzi unitari di acquisto di beni e servizi, le aziende sanitarie sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti che abbia l'effetto di ricondurre i prezzi unitari a quelli di riferimento individuati dall'Autorità nazionale anticorruzione, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto. La norma prevede, altresì, che, in caso di mancato accordo, entro il termine di 30 giorni dalla trasmissione della proposta di rinegoziazione, le Aziende sanitarie hanno il diritto di

 9

recedere dal contratto senza alcun onere (con esplicita deroga all'articolo 1671 del codice civile). La norma precisa, infine, che le aziende sanitarie che abbiano esercitato il diritto di recesso dal contratto, nelle more dell'espletamento della nuova gara, possono, al fine di assicurare la disponibilità dei beni e servizi indispensabili per garantire l'attività gestionale e assistenziale, stipulare nuovi contratti accedendo a convenzioni-quadro, anche di altre regioni, o procedere tramite affidamento diretto, a condizioni più convenienti, in ampliamento di eventuali contratti stipulati da altre aziende sanitarie.

Si è ritenuto opportuno il deferimento in adunanza collegiale al fine di approfondire le motivazioni in base alle quali il collegio sindacale ha attestato la mancata conformità del prezzo unitario del servizio di lavanderia erogato all'ASL 5 Spezzino, rispetto ai prezzi di riferimento pubblicati dall'Autorità nazionale anticorruzione. Inoltre, in presenza di effettiva esistenza di uno scostamento superiore ai limiti legislativi, analizzare le azioni intraprese dall'Azienda sanitaria.

Sul punto, nella memoria del 13 gennaio 2016 l'Azienda ha ribadito che, per quanto riguarda il servizio di lavanderia, viene corrisposto un prezzo forfettario a giornata di degenza, comprensivo di tutte le forniture e servizi relativi al materiale di guardaroba (e dei costi del personale dedicato a tale attività), non confrontabile con i prezzi di riferimento elaborati dall'ex AVCP. La Sezione prende atto dei chiarimenti forniti dall'Azienda.

III. B) Nei questionari riferiti ai bilanci aziendali degli esercizi 2013 e 2014, il collegio sindacale ha attestato, altresì, che l'Azienda sanitaria non conseguito l'obiettivo della riduzione del 10%, rispetto all'esercizio 2011, del valore dei contratti per acquisiti di beni e servizi, e dei relativi costi, prescritto dall'art. 15, comma 13, lett. a), del citato decreto-legge n. 95 del 2012.

Nella risposta istruttoria del 2 aprile 2015, l'Azienda ha riferito di aver già ottenuto negli anni precedenti importanti contrazioni di spesa e ciò ha reso non praticabile un'ulteriore riduzione del 10% del valore dei contratti, in quanto avrebbe comportato una simmetrica riduzione dei beni e servizi acquistati, rischiando di compromettere i livelli essenziali di assistenza. Evidenzia, in proposito, come la Regione Liguria ha fissato, fra gli obiettivi 2013 dei direttori generali, il rispetto di un livello complessivo dei costi, che, per l'ASL 5, era compreso in un intervallo tra 359 e 361 milioni di euro. Il bilancio dell'esercizio 2013, adottato con delibera n. 748 del 18 settembre 2014, ha palesato costi pari a 360,3 milioni ed è stato approvato dalla regione con delibera di giunta regionale n. 1684 del 2 dicembre 2014, confermando il raggiungimento dell'obiettivo assegnato.

Nelle note al questionario sul bilancio 2014, il collegio sindacale ha precisato che, in applicazione dell'obiettivo di riduzione del 10% del valore dei contratti di acquisto di beni e servizi, il competente ufficio aziendale ha inviato una nota ai fornitori chiedendo l'applicazione della riduzione prevista del disposto normativo. I riscontri sono stati negativi per quanto riguarda la riduzione dei prezzi, mentre, per quanto riguarda i volumi delle prestazioni, l'Azienda ha deciso di non procedere ad alcuna diminuzione in quanto avrebbe comportato una significativa contrazione dei livelli essenziali di assistenza.

L'art. 15, comma 13, lett. a), del decreto-legge n. 95 del 2012 prevede che, ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 17, comma 1, del decreto-legge n. 98 del 2011, convertito dalla legge n. 111 del 2011 (osservanza dei prezzi standard di riferimento negli acquisti di beni e

5

B₄

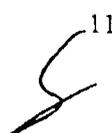
servizi), gli importi e le connesse prestazioni relative a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni, con esclusione dei farmaci, stipulati da aziende ed enti del servizio sanitario nazionale, sono ridotti del 10 per cento a decorrere dal 1° gennaio 2013 e per tutta la durata dei contratti medesimi. La norma precisa, altresì, che al fine di salvaguardare i livelli essenziali di assistenza, le regioni possono conseguire il predetto obiettivo economico-finanziario adottando misure alternative, purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario.

Anche in questo caso è stato ritenuto opportuno il deferimento in adunanza collegiale al fine di approfondire le azioni adottate dall'Azienda per rispettare il dettato normativo, nonché le eventuali misure alternative proposte dalla Regione.

L'Azienda, nella memoria del 13 gennaio 2016, ha precisato che, con nota n. 117224 del 6 agosto 2012, la Regione Liguria ha evidenziato come la volontà del legislatore sia stata quella di conseguire risparmi senza intaccare il livello dei servizi resi ai cittadini. Pertanto, ha precisato che *"la riduzione del 5% incide sugli importi contrattuali, ossia sui prezzi unitari moltiplicati per le quantità previste dai contratti ..."*. A tal proposito, ricorda come la struttura complessa provveditorato, con nota n. 140 del 6 agosto 2012, abbia comunicato ai fornitori aziendali la necessità di procedere in base ai ridetti indirizzi interpretativi, dichiarandosi disponibile a un eventuale confronto, al fine di concordare modalità condivise per il raggiungimento degli obiettivi posti dal decreto-legge 95 del 2012. Il riscontro è stato, tuttavia, negativo (come per il resto del territorio regionale e nazionale), producendo il rischio di contenzioso difficilmente sostenibile dall'Azienda. Alla luce delle risultanze del 2012, la memoria precisa che, nel 2013, non sono state inviate analoghe richieste. Con nota n. 701 del 10 ottobre 2014 la competente struttura aziendale ha, però, ricontattato i fornitori, cercando di trovare, per ognuno, margini di riduzione della spesa attraverso una corrispondente contrazione dei beni o servizi forniti. Anche in questo caso, il risultato raggiunto viene dichiarato pressoché nullo, posto che i fornitori hanno rifiutato di accordare una diminuzione dei prezzi (in sintonia con le indicazioni di un'associazione di settore, l'Assobiomedica).

La memoria sottolinea che la specificità della maggior parte dei prodotti acquisiti dall'ASL 5, specie per quanto attiene ai dispositivi medici (che, per inciso, sono esclusi espressamente, dal 2013, dall'ambito oggettivo di applicazione della norma), riduce al minimo le possibilità di transitare ad altro fornitore, sia per un regime di sostanziale oligopolio (in cui le imprese del settore sono spesso già impegnate con altri enti del SSN) sia per la qualità del bene fornito, spesso non sovrapponibile o non fungibile. Inoltre, la memoria invita a tener conto che, in molti casi (specie per i beni e servizi maggiormente fungibili), l'Azienda aderisce alle convenzioni CONSIP oppure aggiudica alle condizioni di prezzo presenti sul mercato elettronico della pubblica amministrazione. Infine, evidenzia che, comunque, il complesso di azioni intraprese, con particolare riferimento alla spesa farmaceutica, ha portato a significative economie di spesa, come si può evincere dall'analisi dei bilanci degli ultimi esercizi.

La Sezione prende atto dei chiarimenti forniti dall'Azienda sanitaria, rilevando, tuttavia, l'inadempimento all'obbligo primario di contenimento dei costi, posto, per alcune tipologie di beni e servizi, dal citato art. 15, comma 13, lett. a), del decreto-legge n. 95 del 2012. La norma

 11


dispone, infatti, che, ferma restando l'osservanza dei prezzi standard di riferimento, gli importi e le connesse prestazioni relative ai contratti di appalto di servizi e di fornitura di beni (con esclusione dei farmaci), stipulati da aziende ed enti del servizio sanitario nazionale, ed in quel momento in essere, sono ridotti del 5 per cento dalla data di entrata in vigore del decreto e del 10 per cento a decorrere dal 1° gennaio 2013 (e per tutta la durata dei contratti).

La norma statale, alla luce del suo tenore letterale, sembra costituire una fonte legale di integrazione del contenuto contrattuale, secondo quanto disposto dall'art. 1339 del codice civile, in base al quale *"le clausole, i prezzi di beni o di servizi, imposti dalla legge o da norme corporative sono di diritto inseriti nel contratto, anche in sostituzione delle clausole difformi apposte dalle parti"*. La giurisprudenza ha chiarito che il contratto deve ritenersi assoggettato, per quanto concerne la sua efficacia, alle clausole imperative introdotte dal legislatore, che sostituiscono o integrano per l'avvenire l'eventuale contenuto negoziale difforme. Sotto questo profilo, l'art. 1339 si coordina con il secondo comma dell'art. 1419 dello stesso codice civile, disciplinante la nullità parziale. Circa le singole ipotesi applicative, si rinvencono pronunce in relazione alla determinazione del prezzo (Cass. Civ., Sez. I, n. 10751/1995), al corrispettivo, al canone o alla durata di contratti quali il trasporto e la locazione (Cass. Civ., Sez. Lavoro, n. 42/1997; Cass. Civ., Sez. III, n. 3733/1996) e anche a contratti in cui è parte una pubblica amministrazione, come nella cessione di alloggio di edilizia economico-popolare o sovvenzionata (Cass. Civ., Sez. I, n. 7803/1997; Cass. Civ., Sez. Unite, n. 18135/2015).

Di conseguenza, almeno fino all'integrazione normativa apportata dall'art. 1, comma 131, lett. a), della legge n. 228 del 2012, (possibilità per le regioni, al fine di salvaguardare i livelli essenziali di assistenza, di conseguire l'obiettivo finanziario adottando misure alternative, purché assicuranti l'equilibrio del bilancio sanitario), decorrente dal 1° gennaio 2013, la norma posta dal decreto-legge n. 95 del 2012 non sembra lasciare spazio a discrezionalità applicative, né da parte della pubblica amministrazione né del privato fornitore. Si tratta di un arco temporale (luglio 2012-dicembre 2012) non oggetto di esame istruttorio in questa sede, che aiuta, tuttavia, a valutare il comportamento applicativo tenuto dall'Azienda (e dalla Regione) nei successivi esercizi 2013 e 2014.

In assenza, infatti, della formalizzazione, da parte della Regione, di differenti misure alternative (assicuranti l'equilibrio del bilancio sanitario), l'Azienda avrebbe dovuto operare, direttamente, prima di procedere al pagamento della relativa fattura, la decurtazione percentuale imposta dalla legge statale. In alternativa (in questo senso anche la nota congiunta dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze del 27 febbraio 2013), avrebbe dovuto formalizzare specifico provvedimento di riduzione della quantità dei beni e dei servizi forniti, in modo da conseguire, pure se a parità di corrispettivo per il fornitore, l'obiettivo di contenimento dei costi voluto dal legislatore.

Sotto quest'ultimo profilo, preme precisare che l'art. 15, comma 13, lett. a), del decreto-legge n. 95 del 2012, ora in esame, costituisce norma di legge autonoma e speciale (oltre che successiva), che legittima la riduzione dei quantitativi contrattuali oltre le ipotesi genericamente considerate dal codice dei contratti pubblici (decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163) e relativo

regolamento di attuazione (DPR 5 ottobre 2010, n. 207). L'art. 311 di quest'ultimo provvedimento ammette, infatti, nell'interesse della stazione appaltante, varianti, in aumento o in diminuzione, dei contratti di appalto di fornitura di beni e prestazione di servizi, prescrivendo che la variazione non possa superare il cinque per cento dell'importo originario. Quest'ultima norma, infatti, trova applicazione per tutti i contratti stipulati dalle pubbliche amministrazioni e per ogni tipologia di bene o servizio acquisito, mentre quella, speciale e successiva, del decreto legge sulla revisione della spesa riguarda solo alcuni contratti di acquisto di beni e servizi (sono esclusi, per esempio, i farmaci ed i dispositivi medici) stipulati da un aggregato specificamente individuato di enti pubblici (quelli del servizio sanitario nazionale).

Nel corso degli esercizi 2013 e 2014 non risultano, inoltre, come detto, emanati atti regionali tesi a formalizzare misure alternative per il rispetto dell'obiettivo posto dalla norma statale. Tale intervento avrebbe dovuto specificare sia le puntuali misure che l'Azienda, in materia, avrebbe dovuto adottare (per esempio, contenimento dei costi per acquisti di beni e servizi non sanitari, rilevabili dal modello CE, entro una predeterminata percentuale) sia il significato da attribuire, nel caso specifico, all'obbligo alternativo di conseguimento dell'equilibrio del bilancio sanitario (in particolare, se riferito alla sola azienda o a tutto il consolidato regionale), specie alla luce del fatto che, come esaminato nel precedente paragrafo, tutti gli enti del SSR hanno chiuso i bilanci 2013 e 2014 in disavanzo (salvo copertura, nei primi mesi dell'anno successivo).

IV. Contenimento costi del personale assunto a tempo determinato o con altri contratti flessibili

L'esame della relazione redatta dal Collegio sindacale in aderenza all'art. 1, comma 3, del decreto-legge n. 174 del 2012, convertito dalla legge n. 213 del 2012 ("*Domande specifiche sul conto economico*", tabella n. 13), ha evidenziato il mancato conseguimento, negli esercizi 2013 e 2014, dell'obiettivo di riduzione dei costi per il personale assunto a tempo determinato o con altri contratti di lavoro c.d. flessibili, posto dall'art. 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

L'Azienda sanitaria ha precisato, per quanto riguarda l'esercizio 2013, che la spesa del personale assunto a tempo determinato o con altre forme di contratto flessibile è difficilmente comprimibile, in quanto, nella maggior parte dei casi, vengono utilizzate i riferiti moduli contrattuali a fronte di specifiche esigenze di natura sanitaria altrimenti non risolvibili.

La tabella che segue, elaborata sulla base dei dati comunicati dal Collegio sindacale dell'Azienda nei questionari relativi ai bilanci 2012, 2013 e 2014, mostra l'evoluzione dei costi per le ridette tipologie di rapporti di lavoro rispetto all'anno base (il 2009) preso in considerazione dalla norma statale.

<u>Tipologie</u>	<u>Anno 2009</u>	<u>Anno 2012</u>	<u>Anno 2013</u>	<u>Anno 2014</u>	<u>Incidenza 2013 su 2009</u>	<u>Incidenza 2014 su 2009</u>
Tempo determinato, convenzioni, co.co.co	1.181.000	1.356.000	741.712	815.326	62,80%	69,04%
Formazione-lavoro, somministrazione di lavoro e lavoro accessorio	69.000	40.000	-	241.235	-	349,62%

Personale comandato (differenza fra personale ricevuto e prestatato)	122.000	127.000	66.112	90.474	54,19%	74,16%
Altre prestazioni di lavoro	-	-	-	-	-	-
Totale costo prestazioni di lavoro flessibile	1.372.000	1.523.000	807.824	1.147.035	58,58%	83,60%

E' stato, pertanto, ritenuto opportuno il deferimento in adunanza collegiale, al fine di esaminare, in contraddittorio con l'Azienda sanitaria, le azioni intraprese per permettere il conseguimento del descritto obiettivo di coordinamento di finanza pubblica.

Nella memoria del 13 gennaio 2016 l'Azienda ha rilevato, in primo luogo, che gli enti del SSR non risultano diretti destinatari della norma, in quanto non rientranti tra i soggetti individuati dal primo capoverso del citato comma 28. Infatti, al terzo capoverso, viene precisato che "le disposizioni di cui al presente comma costituiscono principi generali al fine del coordinamento della finanza pubblica ai quali si adeguano le regioni, le province autonome, gli enti locali e gli enti dei SSN". L'applicazione diretta della norma, prosegue la memoria, risulterebbe in contrasto con l'art. 117, primo comma, della Costituzione e lederebbe l'autonomia legislativa delle regioni in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.

Tuttavia, precisa l'Azienda, tutte le forme di assunzione di personale rientrano nell'attività di monitoraggio regionale e, in conformità a tale principio, anche le assunzioni a tempo determinato, effettuate nel corso degli anni 2012, 2013 e 2014, sono avvenute previa espressa autorizzazione regionale (accordata con decreto del direttore del dipartimento salute), nel rispetto delle procedure concorsuali e nei limiti temporali di cui al d.lgs. del 6 settembre 2001, n. 368 (attualmente sostituito dal d.lgs. 81 del 15 giugno 2015). Tali assunzioni risultavano finalizzate esclusivamente a sopperire a carenze di organico non strutturali, nonché a garantire i livelli minimi essenziali di assistenza previsti dai parametri nazionali.

Per quanto riguarda l'aumento di costi, visibile nell'anno 2014, per l'acquisizione di risorse lavorative tramite contratti di somministrazione di lavoro, l'Azienda ha precisato di aver fatto ricorso a tale strumento per attivare la gestione delle strutture aziendali dedicate allo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria.

I limiti di finanza pubblica all'utilizzo di lavoro flessibile

L'art. 9, comma 28, del decreto-legge n. 78 del 2010, convertito dalla legge n. 122 del 2010, dispone che, a decorrere dal 2011, le amministrazioni dello Stato, le agenzie fiscali, gli enti pubblici non economici, le università, le camere di commercio, etc., possano avvalersi di personale a tempo determinato o assunto con altri contratti flessibili nel limite del 50% della spesa sostenuta, per le stesse finalità, nell'anno 2009. Tale disposizione, inoltre, costituisce principio generale di coordinamento della finanza pubblica per le regioni, le province autonome, gli enti locali e quelli del servizio sanitario nazionale. Il mancato rispetto dei predetti limiti costituisce illecito disciplinare e determina responsabilità erariale.

Nella relazione sulla gestione sanitaria regionale, allegata al giudizio di parifica del rendiconto della Regione Liguria per l'esercizio 2014, approvata dalla scrivente Sezione con delibera n. 56/2015/PARI, è stata esaminata la deliberazione della Giunta regionale n. 1617 del 13 dicembre 2013 (la cui disciplina era rivolta all'esercizio 2014) e la circolare applicativa n. PG/2014/223 del

2 gennaio 2014. Con quest'ultima la Regione ha invitato gli enti del SSR ad un'attenta gestione delle forme contrattuali flessibili, disponendo che le autorizzazioni all'assunzione siano procedibili solo se corredate di specifica attestazione da parte del dirigente responsabile circa l'effettiva sussistenza dei requisiti e dei presupposti normativi di cui al decreto-legge n. 101 del 31 agosto 2013, convertito dalla legge n. 125 del 30 ottobre 2013 (per il cui contenuto, e relative ricadute sugli enti del SSN, si rinvia alla deliberazione della Sezione n. 46/2014/PARI).

In seguito, la deliberazione di Giunta regionale n. 1720 del 22 dicembre 2014, integrata dalla deliberazione n. 27 del 20 gennaio 2015, alla lettera D), rubricata "*Rapporti di lavoro flessibile*", ha ribadito, e precisato, le azioni regionali tese al loro conseguimento. Infine, indicazioni in merito si traggono dagli specifici obiettivi che la deliberazione della Giunta regionale n. 401 del 27 marzo 2015 ha attribuito ai direttori generali degli enti del SSR per l'esercizio 2015, che hanno posto particolare attenzione anche alla riduzione delle forme flessibili di lavoro.

Tuttavia, gli atti regionali in discorso non hanno assegnato agli enti del servizio sanitario specifici obiettivi, in termini di costo, per le assunzioni a tempo determinato o con altri contratti di natura flessibile. Tale requisito appare necessario, invece, nel caso in cui la regione intenda adeguare la norma statale di coordinamento della finanza pubblica al contesto del servizio sanitario, potestà evincibile sia del tenore letterale della disposizione (che, espressamente, qualifica la norma in termini di principio per regioni ed enti del SSN) che, in generale, dalla ripartizione di competenze legislative prevista dall'art. 117 della Costituzione.

Nella sentenza n. 173 del 6 luglio 2012, la Corte costituzionale ha affermato la piena vigenza dell'obbligo di riduzione in argomento anche per le Regioni (e, implicitamente, *a fortiori*, per gli enti del SSN), lasciando comunque margini di flessibilità circa le misure da adottare per conseguire l'obiettivo finanziario. Ne consegue che gli enti del servizio sanitario regionale debbono tenere comportamenti tesi al rispetto del limite indicato, diversamente modulabile nel caso in cui la regione, utilizzando il potere concorrente che la Carta fondamentale le attribuisce in materia di coordinamento della finanza pubblica (art. 117, comma 3, mantenuto fermo dopo la novella apportata dalla legge costituzionale n. 1 del 2012), emani disposizioni che specifichino il dettato della legge statale, eventualmente sfruttando i margini di flessibilità che la Corte costituzionale, anche in altre occasioni, ha riconosciuto a regioni ed enti locali (si rinvia, per esempio, alle sentenze n. 139/2012 e n. 182/2001). In questo caso, la valutazione di compatibilità di un eventuale intervento normativo regionale è rimessa, in primo luogo, alla stessa Corte costituzionale (che potrebbe essere adita sia in via principale che incidentale).

Va, infatti, ribadito, che gli enti del servizio sanitario nazionale (come l'ampia platea delle amministrazioni pubbliche) sono destinatari di norme statali di finanza pubblica che hanno riguardato, per quanto interessa in questa sede, sia la spesa complessiva per il personale (per gli enti del SSN, si rinvia all'art. 2, comma 71, legge n. 191 del 2009), sia specifici aggregati, quali i rapporti di lavoro c.d. flessibile (art. art. 9, comma 28, in esame). Sotto tale profilo non appare condivisibile la prospettazione tesa a ritenere osservato il precetto posto dall'art. 9, comma 28, del decreto-legge n. 78 del 2010 in caso di conseguimento degli obiettivi di contenimento della

spesa complessiva per il personale degli enti del SSN o, in alternativa, di equilibrio economico dei bilanci sanitari (cfr. art. 2, commi 71 e 73, legge n. 191 del 2009).

Tuttavia, il sistema premiale previsto dal legislatore nazionale nel comma 20 dell'art. 6 del decreto-legge n. 78 del 2010 (le cui modalità attuative sono state declinate dal decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 21 dicembre 2012) costituisce un supporto interpretativo da tenere in considerazione al fine di valutare la conformità delle azioni eventualmente intraprese dalla Regione per conseguire gli obiettivi previsti dalla norma. L'art. 35, comma 1-*bis*, del decreto-legge n. 69 del 2013, convertito dalla legge n. 98 del 2013, ha, infatti, specificato, nell'ultimo periodo del citato comma 20 dell'art. 6, che il parametro dell'equilibrato rapporto fra spesa per il personale e spesa corrente va considerato anche *"al fine della definizione, da parte della regione, della puntuale applicazione della disposizione recata in termini di principio dal comma 28 dell'articolo 9 del presente decreto"* (concernente i rapporti di lavoro c.d. flessibile), introducendo un collegamento, normativamente qualificato, fra il rispetto di un equilibrato rapporto fra costi per il personale e costi complessivi e la valutazione del conseguimento, alternativo, degli obiettivi posti in materia di contratti flessibile. Quest'ultimo parametro, pertanto, può essere considerato ai fini della valutazione delle azioni che la Regione Liguria deve adottare ove intenda adeguare l'obiettivo di riduzione dei costi per i rapporti di lavoro c.d. flessibili per gli enti del sistema sanitario regionale.

V. Costituzione e certificazione dei fondi per la contrattazione integrativa del personale

Al fine di completare l'esame della relazione redatta dal collegio sindacale sui dati di bilancio degli esercizi 2013 e 2014, è stato chiesto di dettagliare la costituzione dei fondi destinati alla contrattazione integrativa, in maniera distinta per i differenti comparti di contrattazione presenti nell'Azienda (dirigenza medico-veterinaria; dirigenza SPTA; personale del comparto), nonché di fornire conferma circa la presenza della certificazione di compatibilità al bilancio ed alle norme del contratto collettivo nazionale da parte del Collegio sindacale, con l'obiettivo di riscontrare l'osservanza dei limiti posti dall'art. 9, comma 2-*bis*, del decreto-legge n. 78 del 2010, convertito dalla legge n. 122 del 2010.

Nella risposta del 2 aprile 2015, l'Azienda ha allegato un prospetto dimostrativo della composizione dei fondi destinati alla contrattazione integrativa per l'anno 2013 (estratto dalla nota integrativa al bilancio 2013, redatta secondo gli schemi del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, di armonizzazione dei bilanci di regioni, enti locali ed enti del servizio sanitario nazionale). In particolare, il collegio sindacale ha attestato la compatibilità al bilancio ed alle norme del contratto collettivo nazionale di lavoro nel verbale n. 18 del 30 luglio 2014. Riguardo al rispetto dei limiti posti dall'art. 9, comma 2-*bis*, del citato decreto-legge n. 78 del 2010, la risposta istruttoria rinvia alla delibera aziendale n. 645 dell'8 febbraio 2014, dalle cui tabelle (prodotte in allegato) è stato possibile accertare le modalità di osservanza del descritto limite di finanza pubblica (divieto di superamento rispetto a quanto impegnato nel 2010 e obbligo di riduzione proporzionale al personale cessato dal servizio).

Nel questionario relativo al bilancio dell'esercizio 2014, il collegio sindacale ha attestato di non aver provveduto a verificare la compatibilità dei costi della contrattazione integrativa con i vincoli di bilancio e con le norme di finanza pubblica in quanto il relativo contratto è stato trasmesso tardivamente dall'Azienda.

Nella risposta del 19 novembre 2015, l'Azienda ha trasmesso, il prospetto riassuntivo della costituzione dei fondi destinati alla contrattazione integrativa per il 2014 (estratto, anche in questo caso, dalla nota integrativa al bilancio, redatta in conformità al modello prescritto dal d.lgs. n. 118 del 2011). Relativamente, invece, al rilascio della certificazione di compatibilità dei fondi per la contrattazione alle norme del CCNL e di finanza pubblica, ha confermato che il ritardo nella certificazione dei fondi dell'anno 2014. Con successiva nota del 17 dicembre 2015, a firma congiunta del direttore generale e del presidente del collegio sindacale dell'Azienda, è stato comunicato che l'organo di controllo ha rilasciato parere favorevole ai fondi per la contrattazione integrativa del 2014 (costituiti con deliberazione aziendale n. 387 del 14 maggio 2015) con verbale n. 34 del 17 dicembre 2015.

Il deferimento in adunanza collegiale è stato motivato dalla necessità di approfondire le motivazioni degli esposti ritardi, nella certificazione dei fondi per la contrattazione integrativa del personale dipendente, negli esercizi 2013 e 2014.

Nella memoria del 13 gennaio 2016, l'Azienda ha puntualizzato che i fondi destinati alla contrattazione integrativa per il 2013 e 2014 sono stati costituiti, rispettivamente, con deliberazioni n. 645 dell'8 agosto 2014 e n. 387 del 14 maggio 2015. Conclusa la contrattazione con le organizzazioni sindacali di categoria, l'amministrazione ha trasmesso al Collegio sindacale tutta la documentazione, al fine di consentire la validazione all'utilizzo dei fondi. L'approfondita attività di controllo e di verifica effettuata dall'organo di controllo interno (anche attraverso l'acquisizione di consulenze informali con funzionari del Ministero dell'economia e delle finanze circa la corretta interpretazione della circolare n. 25 del 2012) ha comportato, prosegue la memoria, l'effettuazione di accertamenti contabili su tutti i fondi contrattuali (tre per ciascuna delle cinque aree contrattuali), attività che ha impegnato in più riunioni l'organo di controllo, dilatando in un maggior lasso di tempo il relativo lavoro.

La Sezione prende atto dei chiarimenti forniti dall'Azienda sanitaria, invitando a prestare maggiore attenzione al rispetto dei tempi di costituzione dei fondi per la contrattazione integrativa, nonché della relativa certificazione di compatibilità da parte del collegio sindacale.

Circa i poteri di controllo spettanti a quest'ultimo organo, appare opportuno richiamare il contenuto dell'art. 40-bis del d.lgs. n. 165 del 2001, in cui si dispone che il controllo sulla compatibilità dei costi della contrattazione collettiva integrativa con i vincoli di bilancio e quelli derivanti dall'applicazione delle norme di legge, con particolare riferimento alle disposizioni inderogabili che incidono sulla misura e sulla corresponsione dei trattamenti accessori, venga effettuato dal collegio dei revisori dei conti, dal collegio sindacale, dagli uffici centrali di bilancio o dagli analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti delle amministrazioni pubbliche.

Il comma precisa che, qualora dai contratti integrativi derivino costi non compatibili con i vincoli di bilancio (*ergo*, in caso di non corretta costituzione del fondo), si applichino le disposizioni di cui

 17


al precedente articolo 40, comma 3-*quinquies*, sesto periodo (recupero nell'ambito della sessione negoziale successiva).

Analoga previsione non esiste, invece, nel caso di eventuale accertamento, da parte del collegio dei revisori, di altre violazioni a norme di legge, in particolare alle "*disposizioni inderogabili che incidono sulla misura e sulla corresponsione dei trattamenti accessori*". In questa ipotesi, tuttavia, seguendo i principi generali, occorrerà verbalizzare il rilievo (anche al fine di stimolare azioni di autocorrezione da parte dell'amministrazione) e procedere ad effettuare, eventualmente, specifica segnalazione di danno erariale.

La norma del d.lgs. n. 165 del 2011 evidenzia la differente valutazione che il legislatore compie fra le illegittimità riguardanti la complessiva costituzione del fondo e quelle afferenti, invece, all'utilizzo delle risorse confluite in quest'ultimo (entrambe, ma in momenti diversi, affidate al collegio sindacale).

Prima del 2009, infatti, il legislatore aveva espressamente attribuito al collegio sindacale (come agli altri organi deputati al controllo amministrativo-contabile nelle amministrazioni pubbliche) il solo compito di verifica della compatibilità della contrattazione integrativa di ente con i "*vincoli di bilancio*" (si rinvia alla formulazione dell'art. 48, comma 6, del d.lgs. n. 165 del 2001, abrogata dall'art. 60 del d.lgs. n. 150 del 2009). Invece, con l'art. 55 del d.lgs. n. 150 del 2009 (che riformula integralmente l'art. 40-*bis* del d.lgs. n. 165 del 2001) la funzione di controllo del collegio sindacale viene ampliata, comprendendo sia la compatibilità dei costi complessivi della contrattazione integrativa con i vincoli di bilancio (incentrata sulla costituzione del fondo in aderenza al CCNL di comparto ed alle eventuali norme di finanza pubblica, come l'art. 9, comma 2-*bis*, del d.l. n. 78 del 2010), che la verifica delle "*disposizioni inderogabili che incidono sulla misura e sulla corresponsione dei trattamenti accessori*" (in esecuzione di uno degli obiettivi posti dal d.lgs. n. 150 del 2009, costituito dall'incremento della finalizzazione del salario accessorio alla produttività, individuale e collettiva, e al merito).

Il decreto sul pubblico impiego, tuttavia, non qualifica la natura del potere di controllo attribuito al collegio dei revisori, né le conseguenze discendenti da un eventuale esito negativo (se non l'obbligo di recupero nella sessione negoziale successiva, imposto dal comma 1 dell'art. 40-*bis*, in caso di destinazione complessiva di risorse in eccesso). In particolare, non precisa se il parere dell'organo di controllo sia preclusivo dell'efficacia del contratto (come avviene, per esempio, per il visto preventivo su atti attribuito alla Corte dei conti) e, in subordine, se tale effetto scatti in ogni caso di valutazione negativa, sia di errata costituzione del fondo che di non corretta destinazione di quest'ultimo.

In assenza, si deve ritenere che trovino applicazione i principi generali in materia di poteri attribuiti al collegio dei revisori dei conti o al collegio sindacale nelle pubbliche amministrazioni. L'art. 2, comma 3, del d.lgs. n. 286 del 1999, recante la disciplina generale in materia di controlli interni presso le pubbliche amministrazioni, precisa, infatti, che il controllo di regolarità amministrativa e contabile (all'interno del quale si annovera, in virtù del medesimo art. 2, quello dell'organo di revisione) non comprende verifiche da effettuarsi in via preventiva (se non nei casi espressamente previsti dalla legge) e "*fatto salvo, in ogni caso, il principio secondo cui le definitive*

determinazioni in ordine all'efficacia dell'atto sono adottate dall'organo amministrativo responsabile".

I predetti principi sono stati ripresi dal d.lgs. n. 123 del 2011, che, all'art. 20, nell'elencare i compiti dei collegi di revisione o sindacali presso le pubbliche amministrazioni, richiama pressoché testualmente, alla lettera h), per la contrattazione integrativa, quanto già disposto dall'art. 40-bis del d.lgs. n. 165 del 2001. Tuttavia, anche in questo caso, la norma non specifica l'esito del controllo e, in generale, non lo qualifica come vincolante per l'amministrazione (anche la precisazione contenuta al comma 5, secondo cui *"i collegi dei revisori dei conti e sindacali non intervengono nella gestione e nell'amministrazione attiva degli enti e organismi pubblici"*, tende a far propendere per la natura non vincolante delle valutazioni dell'organo di revisione).

Diversa valutazione deve compiersi, invece, nel caso specifico del controllo sulla costituzione dei fondi per la contrattazione integrativa, posto che l'art. 6 del d.lgs. n. 123 del 2011, nel disciplinare la valenza del controllo contabile sugli atti delle amministrazioni dello Stato, prescrive che gli atti di spesa non possano avere corso nelle ipotesi tassativamente indicate dalla norma, fra le quali annovera l'assenza di *"compatibilità dei costi della contrattazione integrativa con i vincoli di bilancio ai sensi dell'articolo 40-bis del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165"*. In pratica, la mancata apposizione del visto positivo di controllo da parte dell'Ufficio centrale di bilancio presso il Ministero, in ordine alla corretta costituzione del fondo per la contrattazione integrativa, preclude che il provvedimento di approvazione acquisisca efficacia, imponendo all'amministrazione la rivasitazione.

Invece, l'art. 7 del medesimo decreto, in caso di esito negativo del controllo amministrativo, il cui parametro di riferimento è costituito dalla generale normativa vigente, precisa che gli atti non producono effetti a carico del bilancio dello Stato, *"salvo che sia esplicitamente richiesto di dare ulteriore corso al provvedimento, sotto la responsabilità del dirigente titolare della spesa"*. Volendo declinare tale principio al controllo che la legge attribuisce all'ufficio centrale di bilancio o al collegio sindacale in materia di contrattazione integrativa, si trae conferma del fatto che l'eventuale valutazione di destinazione del fondo in maniera non conforme alla legge o al contratto collettivo non preclude alle parti del contratto (amministrazione e organizzazioni sindacali) di discostarsi, motivatamente, dall'opinione dell'organo di controllo. Naturalmente rimangono ferme tutte le ulteriori conseguenze discendenti dall'atto di controllo negativo, in particolare le eventuali responsabilità amministrativo-contabili derivanti dall'erogazione di emolumenti non previsti dal CCNL o secondo modalità e misure a quest'ultimo non conformi.

Pertanto, se la valutazione negativa dell'organo di controllo sulla costituzione dei fondi per la contrattazione integrativa preclude che il provvedimento alla base acquisisca efficacia, giustificando, sotto questo profilo, un eventuale ritardo da parte dell'Azienda sanitaria, diverso ragionamento deve farsi per i rilievi che attengono alla distribuzione delle risorse comprese nei fondi. In questo caso, la valutazione del collegio sindacale, distinta (di solito anche temporalmente) dalla prima, non impedisce la conclusione della procedura di costituzione dei fondi per la contrattazione integrativa (salva la rinegoziazione delle clausole di distribuzione del fondo contrastanti con la legge o con il contratto collettivo nazionale, procedura autonoma nella



19


quale le parti contraenti possono seguire le indicazioni del collegio sindacale o motivatamente discostarsene, assumendo naturalmente le eventuali responsabilità).

P.Q.M.

La Corte dei conti, Sezione regionale di controllo per la Liguria, sulla base dell'esame della relazione inviata dal Collegio sindacale dell'ASL n. 5 Spezzino sui bilanci degli esercizi 2013 e 2014, e della successiva attività istruttoria

accerta

- a) il protratto e cospicuo ricorso, negli esercizi 2013 e 2014, ad anticipazioni di cassa;
- b) la mancata osservanza dell'art. 15, comma 13, lett. a), del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito dalla legge n. 135 del 2012, che impone una predeterminata riduzione dei costi per acquisti di beni e servizi (al netto di farmaci e dispositivi medici);
- c) il mancato conseguimento, negli esercizi 2013 e 2014, dell'obiettivo di riduzione dei costi per rapporti di lavoro flessibile, posto dal legislatore nazionale;
- d) il ritardo nella costituzione dei fondi per la contrattazione integrativa del personale;

invita

- a) l'ASL n. 5 Spezzino a:
 - proseguire nell'attività di monitoraggio dei tempi di pagamento e della generale gestione di cassa, nonché del controllo sia sul livello complessivo dei costi che su quelli oggetto di limitazione in base alle regole di finanza pubblica;
 - osservare, nella costituzione dei fondi per la contrattazione integrativa per il personale, le procedure previste dal legislatore nazionale e dal contratto collettivo di comparto;
- b) la Regione Liguria a:
 - adottare adeguati strumenti di programmazione finanziaria tesi all'attribuzione, ed all'erogazione, dei contributi necessari a garantire l'equilibrio di bilancio delle aziende sanitarie entro la fine dell'esercizio di competenza;
 - formalizzare le misure alternative poste in capo alle aziende sanitarie, nel rispetto dell'equilibrio economico complessivo, tese a garantire il conseguimento degli obiettivi posti dall'art. 15, comma 13, lett. a) del decreto-legge n. 95 del 2012;
 - rispettare, nell'emanazione di disposizioni applicative di norme statali di coordinamento della finanza pubblica, le indicazioni desumibili dalla Costituzione e dalla giurisprudenza costituzionale.

Dispone che la presente deliberazione sia trasmessa all'Assessore alla sanità ed alla Direzione generale per la sanità della Regione Liguria, al Direttore generale ed al Presidente del Collegio sindacale dell'ASL n. 5 Spezzino, nonché la pubblicazione, ai sensi dell'art. 31 del d.lgs. n. 33 del 2013, sul sito internet dell'Azienda sanitaria.

Il magistrato relatore
(Donato Centrone)

Il Presidente
(Ermanno Granelli)

Depositato in segreteria il 6/4/2016

IL FUNZIONARIO PREPOSTO