



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

composta dai magistrati:

Fabio VIOLA	Presidente
Alessandro BENIGNI	Primo Referendario
Francesco BELSANTI	Primo Referendario
Donato CENTRONE	Primo Referendario (relatore)
Claudio GUERRINI	Primo Referendario

nell'adunanza pubblica del 29 giugno 2017

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

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

vista la deliberazione della Sezione delle Autonomie della Corte dei conti n. 20/2016/INPR, con cui sono state approvate le linee guida, con correlato questionario, attraverso le quali i collegi sindacali degli enti del servizio sanitario nazionale devono riferire alle Sezioni regionali di controllo i risultati dei bilanci dell'esercizio 2015;

udito il relatore, primo referendario dott. Donato Centrone

Premesso in fatto

L'esame della relazione redatta 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, sul bilancio dell'esercizio 2015, ha fatto emergere alcune criticità, per le quali è stata inviata richiesta istruttoria in data 27 marzo 2017. L'ASL n. 5 ha fornito chiarimenti con la nota del 18 aprile 2017. Sono residue alcune potenziali

irregolarità amministrativo-contabili, che hanno reso opportuna la richiesta al Presidente della Sezione di esame collegiale in contraddittorio con l'Azienda sanitaria. All'adunanza pubblica del 29 giugno 2017 sono intervenuti, in rappresentanza dell'Azienda sanitaria, il Direttore generale, dott. Conti Andrea, il responsabile della gestione risorse finanziarie, dott. Cargioli Fabio, il componente del collegio sindacale, dott. Turini Alberto, nonché, in rappresentanza della Regione, il Direttore della direzione centrale finanza e controllo, dott.ssa Morich Claudia, il Direttore del dipartimento salute e servizi sociali, dott. Quaglia Francesco, ed il dirigente dell'unità specialistica di staff controllo bilanci, dott.ssa Moscatelli Marisa.

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. 39/2014, 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. 60/2013 e n. 40/2014), hanno istituito tipologie di controllo, estese alla generalità degli enti locali e del servizio sanitario nazionale, funzionali a prevenire rischi per gli equilibri di bilancio. Tali controlli si collocano su un piano distinto rispetto a quelli sulla gestione amministrativa, aventi fonte nell'art. 3 della legge 14 gennaio 1994, n. 20, soprattutto in relazione agli esiti, e sono stati ritenuti compatibili con l'autonomia costituzionalmente riconosciuta a regioni, province e comuni, in forza del supremo interesse alla legalità finanziaria e alla tutela dell'unità economica della Repubblica perseguito in riferimento agli artt. 81, 119 e 120 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. Utilizzo anticipazioni di cassa

Nella relazione sul bilancio 2015, il Collegio sindacale ha riferito circa l'utilizzo di anticipazioni di cassa. Con nota istruttoria del 27 marzo 2017 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 2016.

Nella risposta del 18 aprile 2017, l'Azienda ha precisato che, l'importo medio dell'anticipazione di tesoreria nell'anno 2015 è stato di euro 10.305.950, quello massimo di euro 33.450.690 ed i giorni di utilizzo sono stati 235. Ha riferito, inoltre, che anche nel 2016 è proseguito il ricorso all'anticipazione di tesoreria. Ha ribadito, nel merito, che l'utilizzo di anticipazioni dal tesoriere costituisce una situazione fisiologica nell'ambito degli enti del SSN, necessaria al fine di garantire i pagamenti dei fornitori entro i termini contrattuali, a fronte di erogazioni regionali di cassa differite rispetto alle assegnazioni di competenza. Il costo dell'anticipazione, inoltre, è al momento estremamente contenuto (tasso passivo allo 0,14%), a fronte di tassi di interesse per ritardo nel pagamento dei fornitori ben superiori. Anche grazie all'utilizzo dell'anticipazione, conclude, è stato possibile, nel 2015, pagare i fornitori con un tempo medio di 55 giorni.

Si è ritenuto opportuno il deferimento in adunanza collegiale al fine di approfondire le azioni, di breve e medio periodo, programmate dall'ASL e dalla Regione per contenere il fenomeno.



Nella memoria del 26 giugno, l'Azienda, ribadendo quanto precedentemente comunicato, ha sottolineato che il presupposto indispensabile per limitare il ricorso all'anticipazione di tesoreria è il puntuale trasferimento dei fondi di competenza ASL 5 da parte della Regione Liguria.

Limiti a utilizzo di anticipazioni di cassa e oneri di tempestivo pagamento fra PA

Il cospicuo utilizzo di anticipazioni di cassa è stato oggetto di vari pronunciamenti da parte delle Sezioni regionali di controllo, evidenziando come il protratto ricorso sia sintomo di possibili 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 (per l'ASL n. 5 Spezzino pari, nel 2015, a euro 9.289), 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 2015, alla deliberazione n. 74/2016/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), sono stati utilizzati i dati desunti dalla relazione sulla sanità regionale allegata alla deliberazione della Sezione n. 65/2017/PARI, di parifica del rendiconto della Regione Liguria del 2016, dai quali si desume come quest'ultima, a fronte di impegni per euro 371.598.251, abbia materialmente erogato all'ASL n. 5 Spezzino, entro il 31 dicembre 2016, risorse per euro 351.915.882. I residui passivi ammontano, ad euro 19.681.060, costituente una quota percentuale degli impegni assunti dalla Regione a favore dell'ASL n. Spezzino lievemente superiore al 5% prescritto dalla legge. Il dato, tuttavia, non considera le eventuali assegnazioni statali non corrisposte alla Regione entro il medesimo termine del 31 dicembre 2016.

II. Bilancio economico preventivo

L'esame della relazione redatta dal Collegio sindacale ha evidenziato la mancata approvazione dei bilanci preventivi 2015 e 2016. Nella nota istruttoria del 27 marzo 2017 è stato, pertanto, chiesto di precisarne le ragioni.

L'ASL 5 ha riferito che, con nota n. 219820 del 19 novembre 2014, la Regione, preso atto dell'incertezza sulle risorse del fondo sanitario nazionale (derivante dalla mancata formalizzazione dell'intesa sul riparto 2015) e dei tagli al comparto previsti dalla legge di stabilità



per il 2015, aveva comunicato l'impossibilità di fornire indicazioni per l'adozione del bilancio di previsione. In seguito, la Regione ha adottato la DGR n. 171 del 8 marzo 2016, con la quale ha deliberato di non approvare i bilanci di previsione 2015 degli enti del SSR, stabilendo che fossero trasmessi unitamente al bilancio d'esercizio, situazione che si è ripetuta anche nel 2016.

Alla luce di quanto disposto dagli artt. 25 e 32, comma 5, del d.lgs. n. 118 del 2011, si è ritenuto utile il deferimento in adunanza collegiale al fine di approfondire le motivazioni della riferita omissione nell'adozione e approvazione dei bilanci economici preventivi 2015 e 2016.

Nella memoria del 26 giugno 2017, l'Azienda ha ribadito che, con nota n. 211151 del 30 novembre 2015, la Regione Liguria, alla luce delle tempistiche previste dal d.lgs. n. 118 del 2011 e delle precedenti deliberazioni di Giunta n. 956 e n. 958 del 30 luglio 2013, concernenti il controllo sugli atti contabili degli enti del SSR, segnalava la necessità di attendere apposite indicazioni prima di procedere all'approvazione del bilancio di previsione per l'anno 2016.

Il conto economico di previsione 2016 è stato inviato in Regione con nota n. 4524 del 9 febbraio 2016, tarandolo su un livello dei costi (al netto della mobilità) pari ad euro 362.595.000, che, sommato a quelli derivanti dalla mobilità passiva al momento conosciuta (euro 63.589.000) ha prodotto una stima di costi a preventivo pari ad euro 426.184.000, in linea con i fabbisogni.

In assenza, però, di un quadro certo delle risorse a disposizione del servizio sanitario per l'anno 2016 (costituente la principale voce di ricavo) la direzione generale *pro tempore* non ha ritenuto opportuno approvare formalmente il bilancio di previsione.

In seguito, la Regione, con deliberazione di Giunta n. 1233 del 20 dicembre 2016, ha comunicato agli enti del SSR di trasmettere i bilanci di previsione per l'anno 2016, in analogia con quanto stabilito per il 2015, unitamente al bilancio d'esercizio 2016. Il 29 maggio 2017 l'ASL 5 Spezzino, con deliberazione n. 485, ha, pertanto, approvato il bilancio di esercizio 2016 (e, contestualmente, anche quello di previsione 2016, con le medesime risultanze).

Per quanto riguarda l'anno 2017, il bilancio di previsione è stato adottato con delibera n. 296 del 5 aprile 2017, sulla base delle indicazioni pervenute dalla Regione.

Procedura e tempi di approvazione dei bilanci di previsione degli enti del SSN

L'art. 32 del d.lgs. n. 118 del 2011 prevede che la giunta regionale approvi i bilanci preventivi economici annuali degli enti del servizio sanitario regionale, nonché il bilancio preventivo economico annuale regionale consolidato, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Il decreto legislativo disciplinante l'armonizzazione dei bilanci regionali e degli enti del sistema sanitario non prescrive, invece, uno specifico termine per l'adozione dei bilanci preventivi da parte dei direttori generali degli enti del servizio sanitario. In assenza, trova applicazione l'art. 23 della legge regionale 8 febbraio 1995, n. 10, che fissa il predetto termine al 30 settembre dell'anno precedente a quello di riferimento.

L'art. 31 del d.lgs. n. 118 del 2011 prescrive, invece, che il bilancio di esercizio sia adottato, dal direttore generale degli enti del servizio sanitario, entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento. L'adozione entro i termini è funzionale, altresì, all'invio, prescritto dalla medesima

norma, al responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione, obbligato alla predisposizione bilancio d'esercizio consolidato del servizio sanitario regionale, come da art. 32, comma 7, del medesimo decreto legislativo. A tal fine, la stessa norma prevede che la giunta regionale approvi i bilanci d'esercizio degli enti del servizio sanitario entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento (ed il bilancio consolidato nel termine del 30 giugno).

III. Spesa farmaceutica

Al fine di completare l'esame della relazione redatta dal collegio sindacale sui dati di bilancio 2015, è stato chiesto di chiarire le ragioni del sensibile incremento, rispetto all'esercizio 2014, della spesa per la distribuzione diretta dei farmaci (da euro 10.016.429 nel 2014 ad euro 23.139.674 nel 2015, pari a +131,02%), a cui ha fatto riscontro una diminuzione molto meno marcata, anche in termini assoluti, sia della farmaceutica convenzionata (-1,82%) che della distribuzione per conto (-10,13%).

	2012	2013	2014	2015	2015 su 2012	2015 su 2014
Spesa farmaceutica ospedaliera	17.649.471	11.259.986	11.056.409	12.044.569	-31,76%	8,94%
Spesa per la distribuzione diretta	9.766.658	10.399.644	10.016.426	23.139.674	136,93%	131,02%
Spesa per la distribuzione per conto	1.931.508	1.942.644	1.976.639	1.776.410	-8,03%	-10,13%
Spesa farmaceutica convenzionata	31.654.457	30.767.258	29.520.727	28.984.168	-8,44%	-1,82%

In riscontro ai chiarimenti richiesti, l'ASL 5 ha sottolineato che, per maggiore chiarezza, nel 2015 è stato deciso di includere nella voce "*distribuzione diretta*" anche i farmaci c.d. "H", distribuiti per i trattamenti domiciliari, che hanno avuto un costo di euro 7.927.110 (che, nel 2014, esercizio in cui non erano inclusi, avevano prodotto costi per euro 7.144.097). Inoltre, nel 2015, sono stati compresi in questa voce anche i nuovi farmaci per il trattamento dell'epatite C, il cui costo ha impattato per euro 4.797.459.

L'Azienda ha precisato, inoltre, che la spesa per la distribuzione "per conto" e per la "convenzionata" registrano una costante diminuzione anche grazie al potenziamento delle forme di distribuzione diretta (oltre alle varie iniziative intraprese per l'appropriatezza prescrittiva). Invece, per quanto riguarda il rapporto con la spesa farmaceutica "ospedaliera", ha specificato che l'incremento visibile tra il 2015 e il 2014 è riconducibile ai nuovi farmaci oncologici ed alle maggiori vaccinazioni (mentre il picco del 2012 era dovuto all'inclusione dei costi per "*farmaci H*", pari, in quell'esercizio, ad euro 5.622.848).

E' apparso opportuno il deferimento in adunanza collegiale al fine di approfondire il sensibile incremento di costi dovuto all'acquisto dei nuovi farmaci, e le azioni poste in essere dalla Regione Liguria per conseguire il rispetto dei limiti di finanza pubblica posti dalla legge statale (art. 15, commi 3 e 4, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito dalla legge n. 135 del 2012) ai costi

per la farmaceutica, che, come accertato in occasione delle deliberazioni di parificazione del rendiconto della Regione del 2013, 2014 e 2015, non risulta conseguito per quella ospedaliera.

Nella memoria del 27 giugno 2017, l'Azienda ha fatto presente che il rispetto del tetto di spesa per la farmaceutica ospedaliera appare problematico in tutte le regioni, come anche riportato dalla Corte dei conti, Sezioni Riunite in sede di controllo, nel *"Rapporto 2016 sul coordinamento della finanza pubblica"*, difficoltà di cui ha preso atto anche il legislatore, che ha modificato, a decorrere dal 2017, i tetti di spesa per la "territoriale" e la "ospedaliera" (cfr. art. 1, commi 398-399, della legge n. 232 del 2016) rispettivamente al 7,96% ed al 6,89% del FSN.

Per quanto riguarda in particolare, l'ASL 5 Spezzino, la memoria ha ribadito che l'incremento di costi avvenuto nel 2015 risulta riconducibile ai seguenti fattori: introduzione di nuove terapie, in particolare oncologiche ed ematologiche, ad alto costo; incremento nell'utilizzo di farmaci da parte di alcuni reparti ospedalieri, tra cui anestesia, rianimazione e neurologia; maggiori vaccinazioni per circa euro 297.000.

La Sezione prende atto dei chiarimenti forniti, invitando l'Azienda sanitaria, nonché la Regione, a proseguire le azioni tese al governo della spesa farmaceutica, oggetto, già da tempo, di limitazioni finanziarie da parte della legge statale (art. 15, commi 3 e 4, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito dalla legge n. 125 del 2012, e art. 5 del decreto-legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito dalla legge 29 novembre 2007, n. 222). In particolare, al netto dell'impatto dei costi derivante dall'introduzione di farmaci innovativi (che lo Stato si è fatto carico, almeno in parte, di finanziare autonomamente, cfr. art. 1, commi 40 e 401, della legge n. 232 del 2016), appare necessario, come già evidenziato in sede di relazione allegata al giudizio di parifica del rendiconto della Regione (cfr. deliberazioni della Sezione n. 74/2016/PARI e, da ultimo, n. 65/2017/PARI), che la distribuzione diretta dei farmaci (anche nella forma alternativa *"per conto"*, che presuppone un accordo con le farmacie del territorio) sia orientata, oltre che al miglioramento dell'erogazione del servizio al paziente, alla riduzione dei consumi per la farmaceutica territoriale (da farmacie convenzionate), posto che l'acquisto diretto del farmaco da parte dell'azienda sanitaria permette di ottenere dalle case produttrici predeterminati sconti stabiliti dalla legge (art. 9 del decreto-legge n. 264 del 1974, convertito dalla legge n. 386 del 1974, come integrato dall'art. 3, comma 128, della legge n. 549 del 1995).

Parallelamente, occorre proseguire e rafforzare le azioni tese a incentivare l'appropriatezza prescrittiva da parte non solo dei medici di base (e dei pediatri di libera scelta), ma anche degli specialisti ospedalieri. Per entrambe le categorie di medici, infatti, la legge impone l'uso appropriato delle risorse (cfr. art. 15-*decies* d.lgs. n. 502 del 1992) e, per rendere concreto tale precetto, appare necessario che le aziende sanitarie finalizzino parte della retribuzione di risultato dei dirigenti medici (o della simile indennità prevista dall'ACN dei medici di base) a obiettivi di appropriatezza prescrittiva.

IV. Costituzione e certificazione fondi per la contrattazione integrativa del personale

Al fine di completare l'esame della relazione redatta dal collegio sindacale sui dati di bilancio dell'esercizio 2015, 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 dalle norme di finanza pubblica (art. 9, comma 2-bis, del decreto-legge n. 78 del 2010, convertito dalla legge n. 122 del 2010, come modificato dall'art. 1, comma 456, della legge n. 147 del 2013). In riscontro ai chiarimenti richiesti, l'ASL 5 Spezzino ha riferito che, con deliberazione n. 319 del 14 aprile 2016, sono stati determinati i fondi contrattuali per i trattamenti accessori delle aree negoziali per l'anno 2015, certificati dal collegio sindacale con verbale n. 40 del 3 maggio 2016.

Si è ritenuto, pertanto, opportuno il deferimento in adunanza collegiale al solo fine di approfondire il procedimento di costituzione dei fondi per la contrattazione integrativa, dei tempi di attuazione, apparsi tardivi rispetto all'esigenza, mediante la destinazione delle relative risorse, di indirizzare le *performance* aziendali ed individuali.

Nella memoria del 27 giugno 2017, l'Azienda ha specificato che, potendo acquisire alcuni dati solo dopo il 31 dicembre dell'anno di riferimento (es. calcolo dell'importo della retribuzione individuale di anzianità, c.d. RIA, del personale cessato dal servizio), ha determinato, in via definitiva, l'ammontare dei fondi per la contrattazione integrativa relativi all'anno 2015 solo nei primi mesi dell'anno 2016 (deliberazione n. 319 del 14 aprile 2016). Tale circostanza non ha comunque impedito all'Amministrazione di seguire, durante l'anno 2015, il processo di budget, con l'assegnazione dei relativi obiettivi, in quanto ha potuto utilizzare, quale quadro economico di riferimento, la determinazione preventiva dei fondi destinati alla contrattazione integrativa, effettuata con deliberazione n. 387 del 14 maggio 2015. La determinazione definitiva ha permesso all'Azienda di definire, nel corso del 2016, solo ammontare preciso del salario di risultato (erogato comunque in relazione al punteggio ottenuto, a seguito di valutazione degli obiettivi assegnati nel corso del precedente anno 2015).

Con successiva nota del 17 luglio 2017, a seguito di specifica richiesta avanzata in sede di contraddittorio nell'adunanza pubblica del 29 giugno 2017, l'Azienda ha integrato i precedenti chiarimenti, producendo la documentazione relativa al ciclo della *performance* dell'anno 2015 (delibera n. 81 del 30 gennaio 2014, di "*Approvazione del piano della performance 2014/2016 ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009*"; delibera n. 858 del 6 ottobre 2016, di "*Approvazione della relazione della performance 2015 ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009*"; delibera n. 961 del 10 novembre 2016, di "*Approvazione dei risultati conseguiti di budget 2015*").



Il procedimento di costituzione dei fondi per la contrattazione integrativa

La Sezione prende atto dei chiarimenti forniti dall'Azienda sanitaria, evidenziando che la fonte normativa del potere di stipula dei contratti integrativi aziendali (art. 40, comma 3, del d.lgs. n. 165 del 2001) prevede che sia la contrattazione collettiva a disciplinare la struttura e la durata dei primi. Il successivo comma 3-*bis*, inserito dall'art. 54, comma 1, del d.lgs. n. 150 del 2009, precisa che le pubbliche amministrazioni attivino autonomi livelli di contrattazione integrativa, nel rispetto, fra gli altri, dei vincoli di bilancio e *"sulle materie, con i vincoli e nei limiti stabiliti dai contratti collettivi nazionali, tra i soggetti e con le procedure negoziali che questi ultimi prevedono"*. Sempre sotto il profilo procedurale, la norma di legge specifica che *"i contratti collettivi nazionali definiscono il termine delle sessioni negoziali in sede decentrata"* e che *"alla scadenza del termine le parti riassumono le rispettive prerogative e libertà di iniziativa e decisione"*. All'interno di tale contesto si colloca il successivo comma 3-*ter*, anch'esso introdotto dalla riforma del 2009, che, al fine di dare effettività al principio di riassunzione delle rispettive prerogative e potestà decisionali, permette all'amministrazione, in caso di mancato raggiungimento di un accordo in sede di contrattazione integrativa, decorsi i tempi previsti dalla contrattazione nazionale, di *"provvedere, in via provvisoria, sulle materie oggetto del mancato accordo, fino alla successiva sottoscrizione"* (in questo caso agli atti adottati unilateralmente si applicano comunque le procedure di controllo di compatibilità economico-finanziaria previste dal successivo articolo 40-*bis* del medesimo decreto).

Come chiarito dalle circolari MEF-RGS, succedutesi nel tempo (cfr., in particolare, la circolare n. 25/2012), la costituzione dei fondi per la contrattazione integrativa del personale è frutto di un atto unilaterale dell'amministrazione, da effettuare sulla base delle norme del pertinente CCNL di comparto (le uniche che possono prevedere, salvo interventi diretti da parte della legge, quali e quante risorse possono, annualmente, affluire ai ridetti fondi), senza necessità di consultazione, concertazione o contrattazione con le rappresentanze sindacali. Sul provvedimento di costituzione esercita, poi, un potere di certificazione, da qualificare come atto di controllo preventivo obbligatorio e vincolante (cfr. SRC Lombardia, deliberazione n. 224/2015/PRSP e SRC Liguria, deliberazione n. 34/2016/PRSS), il collegio sindacale (art. 40-*bis* del d.lgs. n. 165 del 2001). Le modalità di distribuzione delle risorse presenti annualmente nel fondo, una volta formalmente costituito, sono, invece, oggetto di contrattazione con le rappresentanze sindacali, nei limiti previsti dalla legge (cfr., per esempio, art. 45 d.lgs. n. 165 del 2001) che, in particolare dopo il d.lgs. n. 150 del 2009, hanno privilegiato la destinazione delle risorse ai compensi incentivanti le *performance* organizzative ed individuali.

Il ridetto procedimento, alla luce dei chiarimenti istruttori forniti, risulta osservato dall'Azienda sanitaria. La Sezione prende atto, altresì, delle motivazioni alla base dell'apparente ritardo nella formale costituzione finale dei fondi per la contrattazione integrativa (intervenuta, per il 2015, nel successivo esercizio 2016), così come della non influenza di tale ritardo sulla corretta erogazione degli emolumenti collegati alle *performance* organizzative ed individuali. Come è

stato chiarito, il sistema di attribuzione degli obiettivi e di misurazione del relativo conseguimento (nonché di valutazione finale) è frutto di atti e provvedimenti autonomi, che vedono, grazie alla quota di fondo destinata a tal fine, la mera valorizzazione economica annuale.

V. Limiti di finanza pubblica ai costi per dispositivi medici

Nella richiesta istruttoria del 27 marzo 2017 è stata chiesta conferma all'ASL n. 5 dell'assenza per l'esercizio 2015, attestata dal Collegio sindacale, di direttive regionali tese al rispetto del limite di finanza pubblica posto, ai costi per dispositivi medici, dall'art. 17, comma 1, lett. c), del d.l. n. 98 del 2011, convertito dalla legge n. 111 del 2011, come modificato dall'art. 15, comma 13, lett. f), del d.l. n. 95 del 2012, convertito dalla legge n. 135 del 2012, nonché di conoscere le eventuali indicazioni ricevute dalla Regione per il successivo esercizio 2016.

Nella risposta del 18 aprile 2017, l'ASL n. 5 ha precisato, preliminarmente, che, nel questionario al bilancio 2015, era chiesto se fossero stati assegnati all'Azienda obiettivi, sui costi per dispositivi medici, da parte della Regione. Alla domanda è stata data un'interpretazione letterale, ovvero se fossero stati assegnati, specificatamente all'ASL 5, obiettivi quali-quantitativi. Da ciò la risposta negativa. Nella lettera istruttoria, invece, prosegue l'Azienda, è stato chiesto se erano presenti direttive regionali tese al rispetto del limite di spesa sui dispositivi medici, imposti dalle norme di finanza pubblica sopra richiamate. Con questa nuova formulazione la risposta dell'Azienda è diventata affermativa, in quanto la Regione ha emanato la nota PG/2015/165693 del 25 settembre 2015 (*"Art. 9 ter decreto-legge 16 giugno 2015 n. 78 convertito con modificazioni in legge 6 agosto 2015 n. 125 —Razionalizzazione della spesa"*) e adottato la DGR n. 641 del 30 maggio 2014 (*"Dispositivi medici: linee di indirizzo per le aziende del S.S.R. — biennio 2014-2015"*), oltre che, per l'anno 2016, la DGR n. 526 del 10 giugno 2016 (*"Ulteriori indirizzi operativi alle ASL, istituti ed enti del S.S.R. sull'assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera e sui dispositivi medici e assistenza protesica"*).

La risposta puntualizza che, nonostante gli approfondimenti in diversi incontri interdisciplinari (i cui verbali sono agli atti), riduzioni sensibili di spesa non sono state conseguite, posto che la specificità della maggior parte dei dispositivi medici riduce al minimo la possibilità di passare ad altro fornitore, qualora l'aggiudicatario non sia disponibile alla richiesta di diminuzione di prezzo della fornitura (procedura prevista dal citato art. 9-ter del d.l. n. 78 del 2015).

I dati tratti dai questionari sui bilanci d'esercizio 2012-2015 dell'ASL n. 5 palesano un sensibile incremento, nel quadriennio 2012-2015, dei costi per dispositivi medici.

DATI CE	Bilancio d'esercizio 2012	Bilancio d'esercizio 2013	Bilancio d'esercizio 2014	Bilancio d'esercizio 2015	Scostamento 2015 su 2012	Scostamento 2015 su 2014
B.1.A.3) Dispositivi medici	15.223.757,00	23.219.215	21.545.197	21.845.653	43,50%	1,39%
B.1.A.3.1) Dispositivi medici	15.223.757,00	15.893.695	14.563.552	13.939.664	-8,43%	-4,28%



B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	0	0	177.875	729.797	100,00%	310,29%
B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	0	7.325.520	6.803.770	7.176.192	100,00%	5,47%

Al fine di valutare le azioni intraprese, anche negli esercizi successivi, sia dall'Azienda che dalla Regione, per conseguire l'obiettivo a livello regionale (non raggiunto nell'esercizio 2015, come già accertato dalla Sezione nella deliberazione n. 74/2016/PARI, di parifica del rendiconto della Regione per l'esercizio 2015), si è ritenuto utile il deferimento in adunanza collegiale.

Nella memoria del 27 giugno, l'Azienda ha preliminarmente rilevato che la maggior parte dei confronti rispetto all'anno 2012 sono alterati dal fatto che, a partire dal 2013, il bilancio è stato redatto con un nuovo piano dei conti, adottato dalla Regione con la DGR n. 1518 del 14 dicembre 2012, facendo seguito al DM Salute 15 giugno 2012, che, in parte, ha mutato la corrispondenza tra conti del bilancio e voci del modello CE. Nello specifico dei dispositivi medici nell'anno 2012 la voce di CE "B.1.A.3.3 Dispositivi medico diagnostici in vitro" non veniva alimentata dal conto 120.006.005 (diagnostici e reagenti di laboratorio), ammontante ad euro 7.509.297, che, invece, finiva nella voce CE "B.1.A.6 Prodotti chimici". Rendendo omogeneo il confronto tra il 2015 (sottraendo alla cifra esposta di euro 21.845.653, gli indicati euro 7.509.297) ed il 2012 (euro 22.743.054) si apprezzerrebbe una riduzione dei costi per dispositivi medici di quasi 900 mila euro (-3,95%). L'incremento del 2015 rispetto al 2014 appare, invece, contenuto (+1,39%). La memoria sottolinea, inoltre, come la spesa per dispositivi medici registri, comunque, un andamento migliore rispetto al dato nazionale, come certificato dalle Sezioni Riunite della Corte dei conti nel citato "Rapporto 2016 sul coordinamento della finanza pubblica" (deliberazione n. 3/RCFP/2017).

Per quanto riguarda gli adempimenti discendenti dall'art. 9-ter, comma 1, lett. b), del d.l. n. 78 del 2015, convertito dalla legge n. 125 del 2015, la memoria ha riferito che, sulla base della nota della Regione Liguria n. PG\2015\165693 del 25 settembre 2015 e della delibera di Giunta n. 526 del 2016, la struttura aziendale deputata agli approvvigionamenti ha proceduto, nell'anno 2016, ad un'analisi dei prezzi dei dispositivi a maggior costo, non rientranti in aggiudicazioni regionali. Tali prezzi sono stati comparati a quelli medi nazionali e/o a quello più vantaggioso tra le aziende sanitarie ed ospedaliere del centro-nord Italia, con creazione di appositi report, sulla cui base sono stati chiesti adeguamenti dei prezzi alle ditte fornitrici e, per l'anno 2016, ottenuti risparmi per circa 70.000 euro. Tale analisi, con le conseguenti azioni, è proseguita nel 2017.

Gli obblighi di contenimento dei costi per dispositivi medici

L'art. 17, comma 1, lett. c), del d.l. n. 98 del 2011, convertito dalla legge n. 111 del 2011, come modificato dall'art. 15, comma 13, lett. f), del d.l. n. 95 del 2012, convertito dalla legge n. 125 del 2012, dispone che la spesa sostenuta direttamente dal SSN per l'acquisto di dispositivi

medici, compresi quelli per l'assistenza protesica, tenuto conto dei dati riportati nei modelli CE di conto economico, debba essere contenuta, a decorrere dal 2014, entro un tetto, a livello nazionale e di singola regione, pari al 4,4% del fondo sanitario (nazionale e regionale). A tal fine, il valore assoluto dell'onere a carico del SSN per l'acquisto dei dispositivi è annualmente determinato dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze. Le regioni, a loro volta, devono monitorare l'andamento della spesa per acquisto dei dispositivi medici, e l'eventuale superamento del limite di spesa va recuperato attraverso misure di contenimento della spesa sanitaria regionale o con copertura a carico di altre voci del bilancio regionale. La norma puntualizza che non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo.

In seguito, l'art. 9-ter, comma 1, lett. b), del d.l. n. 78 del 2015, convertito dalla legge n. 125 del 2015 ha disposto che, al fine di garantire, in ciascuna regione, il rispetto del tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici, gli enti del SSN sono tenuti a proporre ai fornitori di dispositivi medici una rinegoziazione dei contratti in essere che abbia l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, senza che ciò comporti modifica della durata del contratto.

Il successivo comma 4 del citato art. 9-ter precisa che, nell'ipotesi di mancato accordo con i fornitori, entro il termine di trenta giorni dalla trasmissione della proposta, gli enti del SSN hanno diritto di recedere dal contratto, senza alcun onere. La norma attribuisce medesima facoltà al fornitore (da esercitare entro trenta giorni dalla comunicazione della manifestazione di volontà di operare la riduzione), anche in questo caso senza alcuna penalità. Tuttavia, in quest'ultimo caso il recesso del fornitore, dopo essere stato comunicato all'amministrazione, ha effetto dopo il decorso di trenta giorni.

L'art. 9-ter, comma 5, del d.l. n. 78 del 2015 prevede, inoltre, che gli enti del SSN che abbiano risolto il contratto, nelle more dell'espletamento delle successive gare, possano stipulare nuovi contratti accedendo a convenzioni-quadro (anche di altre regioni) o procedere tramite affidamento diretto (se a condizioni più convenienti) in ampliamento di contratti stipulati da aziende sanitarie della stessa o di altre regioni (previo consenso del nuovo esecutore).

Il comma 8 della disposizione completa il quadro della disciplina disponendo che, con decreto del Ministro della salute, da adottare entro il 30 settembre di ogni anno, deve essere certificato (in via provvisoria) l'eventuale superamento del tetto di spesa, a livello nazionale e regionale, per l'acquisto di dispositivi medici, sulla base dei dati di consuntivo relativi all'anno precedente (rilevati dalle specifiche voci di costo riportate nei modelli CE consolidato regionale, di cui al DM Salute 15 giugno 2012), salvo conguaglio da certificare con un decreto da adottare entro il 30 settembre dell'anno successivo.

L'eventuale superamento del tetto di spesa regionale è posto a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici per una quota complessiva pari al 40 per cento (elevata al 45 per cento nell'anno 2016 ed al 50 per cento a decorrere dal 2017), con modalità procedurali definite, su proposta del Ministero della salute, con apposito accordo in sede di Conferenza Stato-regioni.



Come già accertato nel corso dell'interlocuzione istruttoria finalizzata al giudizio di parifica del rendiconto regionale degli esercizi 2015 e 2016, la Regione Liguria, nel corso del triennio 2014-2016, ha emanato alcune direttive tese a dare indicazioni circa il rispetto, negli anni 2015 e 2016, del limite finanziario posto sia dall'art.15, comma 13, lett. f), del d.l. n. 95 del 2012 e dell'onere di rinegoziazione di cui all'esposto art. 9-ter, comma 1, lett. b), del d.l. n. 78 del 2015.

Rilevano a tal fine, in primo luogo, le DGR n. 641 del 30 maggio 2014 ("Dispositivi medici, Linee di indirizzo per le Aziende, Istituti ed Enti del SSR e per la Centrale acquisti biennio 2014-2015") e n. 642 del 30 maggio 2014 ("Linee di indirizzo regionali su percorsi organizzativi nell'assistenza protesica e fornitura di ausili tecnologici"), che si soffermano sull'illustrazione della normativa in materia di dispositivi medici e sulle azioni di raccolta dei dati e di monitoraggio dei consumi (e, quindi, della spesa) che le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale devono adottare. Maggiormente specifica la nota n. 165693 del 25 settembre 2015, a firma del direttore del Dipartimento salute e servizi sociali (ad oggetto "Art. 9 ter D.L. 19.6.2015, n. 78 convertito con modificazioni in legge 6.8.2015, n. 125. Razionalizzazione della spesa"), con la quale sono state fornite indicazioni specifiche, sia agli enti sanitari che alla centrale d'acquisto regionale, finalizzati al rispetto del sopra esposto limite di finanza pubblica, anche mediante le azioni di rinegoziazione imposte dalla successiva norma del 2015.

Per il successivo esercizio 2016, la DGR n. 161 del 26 febbraio 2016 ("Indirizzi operativi per le attività sanitarie e socio sanitarie 2016") ha prescritto solo un tetto complessivo ai costi per acquisto di beni e, pertanto, anche dei dispositivi medici (da contenere entro il livello del precedente esercizio 2015), mentre analitiche risultano le direttive contenute nella DGR n. 526 del 10 giugno 2016 ("Ulteriori indirizzi operativi alle ASL, Istituti ed Enti del SSR sull'assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera e sui dispositivi medici e assistenza protesica"), che, in uno specifico allegato, ripercorre la normativa finalizzata al monitoraggio dei consumi e della spesa dei dispositivi medici, soprattutto al fine di avere certezza sulla quota di addebito, in caso di sforamento, da porre a carico delle imprese private fornitrici. Mentre, per quanto riguarda le azioni specifiche finalizzate al rispetto dei limiti di finanza pubblica (4,4 del FSN, da calcolare su base regionale), la delibera di Giunta rimanda alle indicazioni già fornite con la citata nota n. 165693 del 25 settembre 2015, a firma del direttore del Dipartimento salute e servizi sociali.

Appare, pertanto, necessario proseguire nelle azioni di monitoraggio e razionalizzazione degli acquisti e dei consumi per dispositivi medici al fine di poter conseguire l'obiettivo finanziario prescritto dalla norma di legge nazionale. Pur prendendo atto di come quest'ultima, come già accade per il similare tetto di spesa posto alla farmaceutica ospedaliera, non considera le sensibili differenze nella struttura dell'offerta sanitaria fra le varie regioni (nei sistemi in cui è maggiore il ricorso alle prestazioni erogate dai privati accreditati, il costo per dispositivi medici viene riassorbito nella remunerazione della prestazione erogata, contabilizzata, nei modelli CE, quale acquisto di servizi), né della diversa incidenza della popolazione anziana (che consuma maggiormente tali ausili e presidi), risulta comunque necessario che le azioni delle aziende

sanitarie e della Regione siano indirizzate al conseguimento dell'obiettivo o, quantomeno (visto che la norma non prevede una specifica sanzione), al contenimento dei costi (atteso che lo sfioramento dell'obiettivo è posto, solo in parte, a carico delle imprese fornitrici).

Nel caso di specie, l'ASL n. 5 Spezzino palesa, comunque, dopo i chiarimenti illustrati in sede istruttoria, una riduzione di spesa nel corso del quadriennio 2012-2015 (pari al 3,95%).

VI. Crediti verso Regione

Il questionario redatto dal Collegio sindacale sui dati di bilancio 2015 ha evidenziato la presenza di una cospicua mole di crediti verso Regione per "versamenti a patrimonio netto", iscritti in contabilità da oltre un quinquennio. In particolare, alla data del 31 dicembre 2015, lo stato patrimoniale dell'ASL 5 esponeva un importo complessivo di euro 4.759.157.

In riscontro ai chiarimenti richiesti, l'Azienda ha sottolineato che i crediti verso regione per versamenti a patrimonio netto riguardano i finanziamenti in conto capitale riferiti ad opere ancora in corso di realizzazione. Nello specifico dello stato patrimoniale 2015 le principali voci derivanti dagli esercizi 2011 e precedenti riguardano la realizzazione della residenza sanitaria assistenziale di Sarzana (1,35 milioni di euro), la ristrutturazione dei padiglioni 5 e 6 dell'Ospedale S. Andrea (1,76 milioni) e (senza che la risposta riporta ulteriori precisazioni) l'Hospice (0,62 milioni).

Si è ritenuto opportuno il deferimento in adunanza collegiale, al fine di verificare le motivazioni nel ritardo nella riscossione dei crediti vantati verso la Regione, in particolare, trattandosi di assegnazioni in conto capitale risalenti a oltre un quinquennio precedente, per approfondire le motivazioni del ritardato avvio o del rallentato iter esecutivo degli investimenti finanziati.

Nella memoria del 27 giugno 2017, l'Azienda ha allegato una tabella riassuntiva della situazione dei crediti in oggetto.

				Al 31.12.2015		Al 31.12.2016
CE	Descrizione	DGR	OGGETTO	IMPORTO	INCASSATI NEL 2016	IMPORTO
025005011	Per trasferimenti in c/capitale	DGR 3419 e 3420 del 1997	5% a carico R.L. per realizzazione RSA Sarzana	49.579	0,00	49.579
025099006	Crediti per contributi in c/capitale 1998	DGR 3419 e 3420 del 1997	RSA Sarzana	1.304.293	184.629	1.119.664
025005011	Per trasferimenti in c/capitale	DGR 1938 del 2011	HOSPICE	620.141	620.141	0,00
025005011	Per trasferimenti in c/capitale	DGR 839/2010 e DGR 1296/2010	Ristrutturazione Padiglioni 5 e 6 S. Andrea	1.762.250	1.425.216	337.033
Totale				3.736.265	2.229.988	1.506.277

Nello specifico, la memoria ha allegato le relazioni esplicative, redatte dai rispettivi responsabili del procedimento, sulle principali opere che, alla data del 31 dicembre 2015, erano in corso di realizzazione ed erano finanziate da fondi regionali impegnati riferiti agli anni 2011 e precedenti, ovvero la RSA/Hospice di Sarzana e la ristrutturazione dei padiglioni 5 e 6 dell'ospedale Sant'Andrea di La Spezia.

Per quanto riguarda quest'ultima opera, il progetto definitivo era stato approvato nel 2010 (con delibere n. 639 e n. 711) e quello esecutivo con la deliberazione n. 87 del 30 gennaio 2014. Tuttavia, in seguito a richieste formulate dalla direzione sanitaria, sono state approvate due varianti, e, nel febbraio del 2015, si è verificato un crollo strutturale di alcuni locali, che ha comportato un ulteriore ritardo nell'esecuzione. Al 21 giugno 2017 risulta approvato il sesto stato di avanzamento dei lavori eseguiti, per un importo complessivo di euro 2.553.207. Come da cronoprogramma, la fine di tutte le lavorazioni è prevista per marzo 2018.

Per la RSA/Hospice di Sarzana, il primo progetto è stato approvato il 23 aprile 1996 (importo dell'opera in lire: 6.115.000.000). Nel maggio del 1997 l'appalto è stato assegnato all'impresa ORIENTE spa, ma, nel giugno del 1999, il contratto è stato risolto per grave ritardo. Nel maggio del 2009, circa dieci anni dopo, è stato approvato un nuovo progetto, con l'aggiunta di una struttura per l'Hospice (per un importo complessivo di euro 7.900.000). Nel marzo del 2011 la Regione ha autorizzato l'utilizzo dei finanziamenti ex art. 20 della legge 67 del 1988. Il 19 aprile 2011 l'appalto è stato aggiudicato all'impresa IDROERRE di Torino, aggiudicazione poi revocata per mancata costituzione della cauzione definitiva. A novembre 2011, pertanto, l'appalto è stato affidato all'impresa seconda classificata (IMPRETEKNA di Rieti), ma il contratto è stato risolto a dicembre 2012 per grave ritardo nell'esecuzione dei lavori. Nel febbraio 2013, l'appalto è stato aggiudicato nuovamente, questa volta all'ATI BORCHI/RAEL, ma, anche in questo caso, risolto nell'aprile 2014 per grave ritardo. Infine, nel gennaio 2015, i lavori di completamento sono stati aggiudicati all'impresa sesta classificata, ITEC srl di Padova e sono tutt'ora in corso, essendo l'ultimazione prevista per la fine dell'anno 2017.

Come già accertato in altre deliberazioni della Sezione (quali le n. 31 e 33/2016/PRSS, traenti origine dall'esame dei bilanci degli esercizi 2013 e 2014, nonché, in generale, nella recente deliberazione n. 65/2017/PAR, di parifica del rendiconto generale della Regione Liguria per l'esercizio 2016), l'istruttoria condotta sui crediti degli enti del SSR verso la Regione "*per versamenti a patrimonio netto*" ha evidenziato una situazione di immobilizzo di un cospicuo ammontare di risorse pubbliche, dovute nei casi sopra esaminati, a ritardi nell'approvazione dei progetti, a varianti in corso d'opera, e, soprattutto, ad una serie di inadempienze da parte delle imprese risultate aggiudicatarie dell'appalto.

Il fenomeno del mancato o ritardato utilizzo dei finanziamenti destinati a spesa di investimento rende evidente la necessità di effettuare con la massima diligenza l'attività programmatica prevista dall'art. 21 del d.lgs. n. 50 del 2016 (e, in precedenza, dall'art. 128 del d.lgs. n. 163 del 2006), nonché quella progettuale (tesa ad evitare contenziosi o varianti in sede



di esecuzione) e amministrativa (volta ad individuare la migliore strutturazione finanziaria dell'investimento da eseguire). Le criticità evidenziate in fase di esecuzione rendono necessario, altresì, il rispetto di tempi congrui fra la fase di programmazione (a monte della quale si colloca il reperimento delle necessarie risorse finanziarie) e quella di progettazione/aggiudicazione, posto che un eccessivo lasso temporale rischia di inserire l'opera in un contesto di esigenze socio-sanitarie differenti rispetto a quelle iniziali. I continui inadempimenti da parte delle imprese risultate aggiudicatrici pongono, poi, il problema della reale capacità, da parte della normativa in materia di procedure di affidamento dei contratti pubblici, di selezionare, realmente, un operatore economico affidabile. L'impianto normativo tende, infatti, a privilegiare il diritto alla partecipazione da parte del più ampio numero di imprese, senza dotare le stazioni appaltanti di strumenti in grado di respingere le offerte delle imprese ritenute non affidabili. Il nuovo codice dei contratti pubblici, d.lgs. n. 50 del 2016, introduce, all'art. 83, comma 10, fra i criteri di selezione delle imprese (in precedenza denominati requisiti di partecipazione), anche un sistema di rating di impresa, che dovrebbe permettere, una volta entrato in vigore a regime, una valutazione maggiormente sostanziale della capacità di un'impresa di eseguire un certo tipo di appalto, permettendo l'esclusione dalla gara in caso contrario.

VII. La copertura delle perdite d'esercizio

Il questionario redatto dal Collegio sindacale sui dati di bilancio 2015 ha evidenziato la mancata erogazione, da parte della Regione, delle risorse a copertura della perdita registrata nel medesimo esercizio, pari ad euro 7.101.133, nonché la ritardata erogazione dei finanziamenti attribuiti, allo stesso titolo, per gli esercizi 2011 e precedenti (euro 17.080.064).

In riscontro ai chiarimenti richiesti, l'ASL 5 Spezzino ha ricordato che la Regione fornisce copertura ai disavanzi delle aziende sanitarie con le risorse aggiuntive derivanti dalle manovre fiscali adottate nell'esercizio successivo (come stabilito dal comma 174 della legge n. 311 del 2004). Inoltre, in aderenza a quanto previsto dall'art. 20 del d.lgs. 118 del 2011, le risorse a copertura delle perdite dell'esercizio 2015 sono state impegnate sul bilancio regionale 2016, dopo l'approvazione dei bilanci del 2015 (avvenuto con la DGR n. 1243 del 30 dicembre 2016). Tali somme saranno erogate a seguito dell'effettivo incasso da parte della Regione.

Con riferimento alle perdite relative agli esercizi 2011 e precedenti, l'Azienda ha segnalato che quella derivante dall'esercizio 2004 viene ripianata dalla Regione in quote annuali, sulla base di quanto previsto dall'art. 2, comma 4, della legge regionale n. 15 del 2007, in base al quale *"il maggior gettito derivante dalla variazione della tassa automobilistica di cui all'art. 6 della L.R. n. 2/2006 è destinato alla copertura del disavanzo del settore sanitario per l'anno 2004"*. Tale quota annuale corrisponde, per l'ASL n. 5, ad euro 2.420.853.

Si è ritenuto opportuno il deferimento in adunanza collegiale, al fine di esaminare, in contraddittorio con l'Ente ospedaliero ed i rappresentanti della Regione, le ragioni del ritardo nell'erogazione dei finanziamenti concessi a titolo di ripiano delle perdite dell'esercizio 2015.



Nella memoria del 27 giugno 2017, l'Azienda ha ribadito che l'erogazione dei trasferimenti per la copertura delle perdite di esercizio dipende dalle tempistiche regionali, e non è nelle sue facoltà poter incidere sulle stesse. Nello specifico della perdita 2015 ha nuovamente fatto presente che, con la DGR n. 1243 del 30 dicembre 2016, è stato assegnato uno specifico contributo per ripiano perdite (euro 7.101.133), che si è in attesa di incassare.

Il conseguimento dell'equilibrio economico degli enti del SSN

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 n. 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 della predetta 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 economici 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).

In caso di andamento economico non coerente con gli obiettivi, i direttori generali degli enti del SSR sono tenuti a presentare un piano, contenente le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati, 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, le regioni devono definire l'obbligo per gli enti del SSR di effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo.

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. 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 l'art. 17 (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), che, al comma 3, dispone 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 (la legge regionale richiama, infine, all'art. 88, le disposizioni del d.lgs. n. 502 del 1992, nonché le altre norme nazionali vigenti in materia).

La legge regionale n. 41 del 2006, 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), nel declinare l'obbligo del perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario del sistema, 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 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 molto limitata 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 bilancio di previsione/*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.

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, di 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 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 da Regione e 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, a copertura delle perdite dell'esercizio 2015, con la citata DGR n. 1243/2016) solo nelle scritture patrimoniali.

Infine, per quanto concerne i tempi di erogazione per cassa, i rappresentanti della Regione hanno precisato (considerazioni poi formalizzate anche in sede di interlocuzione istruttoria finalizzata alla parifica del rendiconto consuntivo 2016 della Regione, deliberazione n. 65/2017/PARI) che la copertura dei disavanzi delle aziende sanitarie avviene, come previsto dalla normativa citata (nonché dall'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005), con le risorse aggiuntive derivanti dalle manovre fiscali regionali deliberate nell'esercizio successivo (in particolare, variazione delle aliquote dell'imposta regionale sulle attività produttive e dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito). L'art. 20 del d.lgs. n. 118 del 2011, al comma 2-bis, dispone, a tal proposito, che *"i gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali e destinati al finanziamento del SSR sono iscritti nel bilancio regionale nell'esercizio di competenza dei tributi"*. Di conseguenza, le perdite registrate dagli enti del SSR nell'esercizio 2015, coperte mediante l'innalzamento delle aliquote delle addizionali regionali di competenza 2016, vengono erogate nel corso del 2017, a seguito dell'incasso del corrispondente trasferimento statale.

P.Q.M.

La Corte dei conti, Sezione regionale di controllo per la Liguria, sulla base dell'esame del questionario del Collegio sindacale dell'ASL n. 5 Spezzino sul bilancio d'esercizio 2015

accerta

- a) il ricorso, negli esercizi 2015 e 2016, ad anticipazioni di cassa;
- b) l'inadempimento all'obbligo di approvazione dei bilanci preventivi economici 2015 e 2016;
- c) la presenza, nello stato patrimoniale, di una cospicua mole di crediti verso regione, risalenti ad esercizi anteriori al 2011, relativi a finanziamenti di investimenti;
- d) la chiusura in perdita dell'esercizio 2015

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;
- programmare adeguatamente la realizzazione di opere pubbliche, sia sotto il profilo della progettazione che della congrua strutturazione finanziaria;
- b) la Regione Liguria a rafforzare l'azione di programmazione finanziaria al fine di attribuire, ed erogare, entro la fine dell'esercizio di competenza, i contributi necessari a garantire l'equilibrio di bilancio delle aziende sanitarie;
- c) l'ASL n. 4 Spezzino e la Regione Liguria, nell'ambito delle rispettive competenze, a proseguire le azioni tese al monitoraggio dei consumi di dispositivi medici e di contenimento dei relativi costi, in particolare al fine di conseguire gli obiettivi di riduzione di spesa posti dalle norme statali di finanza pubblica.

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
(Fabio Viola)

7/9/14
Depositato in segreteria il
IL FUNZIONARIO PREPOSTO
(Dott.ssa Antonella Stettina)



RECEIVED
JAN 10 1964
U.S. DEPT. OF JUSTICE