



CORTE DEI CONTI
SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER IL PIEMONTE

Delibera n. 81/2016/SRCPIE/PRSS

La Sezione Regionale di Controllo per il Piemonte, composta dai Magistrati:

Dott.	Mario PISCHEDDA	Presidente
Dott.	Massimo VALERO	Consigliere
Dott.	Adriano GRIBAUDO	Primo Referendario relatore
Dott.	Cristiano BALDI	Primo Referendario
Dott.sa	Daniela ALBERGHINI	Referendario

Nell'adunanza del 15.3.2016

Visto l'art.100, secondo comma, della Costituzione;

Visto il Testo Unico delle leggi sulla Corte dei conti, approvato con Regio Decreto 12 luglio 1934, n.1214 e successive modificazioni;

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

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

Visto l'art. 1, commi 3 e 7 del d.l. 10 ottobre 2012, n. 174, convertito dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213;

Vista la delibera n. 14/2000 delle Sezioni Riunite della Corte dei conti, adottata nell'adunanza del 16 giugno 2000, concernente il regolamento per l'organizzazione delle funzioni di controllo della Corte dei conti e successive modificazioni;

Viste la delibera n. 20/SEZAUT/2015/INPR della Sezione delle Autonomie della Corte dei conti, che approva le linee-guida e i relativi questionari per la redazione delle relazioni sul bilancio dell'esercizio 2014 da parte dei collegi sindacali degli enti del Servizio sanitario nazionale;

Vista l'ordinanza con la quale il Presidente della Sezione Regionale di Controllo per il Piemonte ha deferito l'esame della pronuncia in argomento alla Sezione, convocata per l'adunanza odierna;

Considerato il contraddittorio svolto con l'Azienda Sanitaria locale Cuneo 2 (ASL CN2) e con la Regione prima dell'odierna adunanza;

Udito il relatore, Primo Referendario Adriano GRIBAUDO;

Uditi i rappresentanti della Regione Piemonte nella persona del dott. Walter Baratta, nonché dell'Azienda Sanitaria nella persona del Direttore Generale dott. Francesco Morabito, del

Direttore sanitario dott. Paolo Tofanini, del direttore amministrativo dott. Gianfranco Cassissa, del referente S.O.C. Gestione Economico-Finanziaria dott. Lorenzo Sola;

PREMESSO

La legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria per il 2006) all'art.1, comma 170, nell'estendere le disposizioni contenute nei commi 166 e 167 riguardanti gli Enti locali agli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, ha prescritto che i Collegi sindacali di questi ultimi trasmettano alle competenti Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti una relazione sul bilancio economico di previsione ed una relazione sul bilancio di esercizio in base ai criteri e alle linee guida definiti unitariamente dalla stessa Corte e deliberati annualmente dalla Sezione delle Autonomie.

Da ultimo, le previsioni contenute all'art. 1, commi 3, 4, 7 e 8, del d.l. 10 ottobre 2012, n. 174, convertito dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213, hanno lasciato immutate le precedenti disposizioni della finanziaria 2006 sopra richiamate, facendo peraltro espressamente rinvio a queste ultime ed attribuendo alle stesse maggiore incisività.

Va in particolare richiamato il citato comma 7, secondo cui l'accertamento, da parte delle Sezioni regionali della Corte di *"squilibri economico-finanziari, mancata copertura di spese, violazione di norme finalizzate a garantire la regolarità della gestione finanziaria o mancato rispetto degli obiettivi posti con il patto di stabilità interno"* fa sorgere l'obbligo per le amministrazioni interessate *"di adottare, entro sessanta giorni dalla comunicazione del deposito della pronuncia di accertamento, i provvedimenti idonei a rimuovere le irregolarità e a ripristinare gli equilibri di bilancio. Tali provvedimenti sono trasmessi alle Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti che li verificano nel termine di trenta giorni dal ricevimento"*.

In caso di inottemperanza al suddetto obbligo o nell'ipotesi in cui la verifica delle Sezioni regionali di controllo dia esito negativo, *"è preclusa l'attuazione dei programmi di spesa per i quali è stata accertata la mancata copertura o l'insussistenza della relativa sostenibilità finanziaria"*.

In relazione al sistema dei controlli contemplato dal suddetto comma 7 in ordine ai bilanci preventivi e consuntivi, applicabile altresì agli Enti del servizio sanitario, la Corte Costituzionale con la sentenza n. 39/2014, ha avuto modo di affermare che *"il controllo finanziario attribuito alla Corte dei conti e, in particolare, quello che questa è chiamata a svolgere sui bilanci preventivi e sui rendiconti consuntivi degli enti locali e degli enti del Servizio sanitario nazionale, va ascritto alla categoria del sindacato di legalità e di regolarità - da intendere come verifica della conformità delle (complessive) gestioni di detti enti alle regole contabili e finanziarie - e ha lo scopo, in una prospettiva non più statica (com'era il tradizionale controllo di legalità-regolarità), ma dinamica, di finalizzare il confronto tra fattispecie e parametro normativo all'adozione di effettive misure correttive, funzionali a garantire l'equilibrio del bilancio e il rispetto delle regole contabili e finanziarie"*.

In ordine poi ai provvedimenti necessari a rimuovere le irregolarità ed a ripristinare gli equilibri di bilancio ed in relazione alle conseguenze scaturenti dalla violazione del medesimo, i

giudici costituzionali hanno rilevato che *“si tratta, dunque, di effetti chiaramente cogenti nei riguardi degli enti del Servizio sanitario nazionale e, nel caso di inosservanza degli obblighi a questi imposti, inibitori, pro parte, dell’efficacia dei bilanci da essi approvati”*; hanno inoltre precisato che *“siffatti esiti del controllo sulla legittimità e sulla regolarità dei conti degli enti del Servizio sanitario nazionale sono volti a evitare danni irreparabili agli equilibri di bilancio di tali enti. Essi comportano, in tutta evidenza, una limitazione dell’autonomia degli enti del Servizio sanitario nazionale, che, tuttavia – come questa Corte ha già incidentalmente rilevato nella sentenza n. 60 del 2013 – si giustifica «in forza del diverso interesse alla legalità costituzionale-finanziaria e alla tutela dell’unità economica della Repubblica perseguito [...] in riferimento agli artt. 81, 119 e 120 Cost.»”*.

Tanto premesso circa il quadro legislativo di riferimento, dalla relazione redatta dal collegio sindacale dell’ASL CN2, relativa al bilancio dell’esercizio 2014, sono emerse alcune criticità, formalmente segnalate all’Azienda e alla Regione, invitandoli a fornire le proprie deduzioni ed ulteriori chiarimenti.

L’Azienda ha risposto con nota n. 3801 del 22 gennaio 2015 a firma del Direttore Amministrativo e del Presidente del collegio sindacale e con successiva nota n.14607 del 10 marzo 2016.

La Regione non ha invece ritenuto di trasmettere, nei termini indicati, alcuna controdeduzione.

Il Magistrato Istruttore, valutate le complessive risultanze dell’attività istruttoria, ha ritenuto sussistenti i presupposti per l’esame collegiale ed ha chiesto al Presidente della Sezione di fissare, a tal fine, apposita adunanza.

In sede di adunanza pubblica in presenza del rappresentante dell’amministrazione regionale, i rappresentati dell’Azienda hanno fornito talune puntualizzazioni circa i punti oggetto di deferimento.

CONSIDERATO

Alla luce della complessiva istruttoria svolta, sono emerse nei confronti dell’ASL CN2 irregolarità, suscettibili di specifica pronuncia, nonché disfunzioni del sistema e criticità gestionali, tali da rendere necessario ed opportuno relazionare alla Amministrazione regionale, al fine di stimolare l’adozione di misure correttive da parte tanto della stessa Regione quanto della Azienda in esame. Di seguito vengono analizzate le suddette irregolarità, precedute da una generale analisi economico patrimoniale della realtà aziendale.

I. Analisi economico patrimoniale

Nel 2014 il bilancio d’esercizio chiude con un utile pari euro 43.170, in miglioramento rispetto all’esercizio precedente che chiudeva con un utile di euro 19.980.

Peggiora invece il risultato della gestione caratteristica a seguito della riduzione del valore della produzione superiore alla riduzione registrata nei costi della produzione. Si rileva

tuttavia che tra le principali voci di costi la voce "acquisti di beni" aumenta passando da 38,256 milioni di euro a 39,304 milioni di euro. Analizzando lo stato patrimoniale riclassificato si rileva che il patrimonio netto dell'azienda, che rappresenta la fonte di finanziamento propria, è depauperato dalle perdite pregresse che non hanno ricevuto copertura nel corso del 2014, e risultano pari 14,587 milioni di euro. Di fatto la voce "perdite portate a nuovo" si è ridotta rispetto al 2013 di 2,274 milioni di euro, non già grazie alla copertura disposta dalla Regione Piemonte, ma per effetto delle indicazioni regionali sulla modalità di contabilizzazione dei debiti verso personale non monetari costituiti prima del 2014 (derivanti dalle ferie maturate e non godute e dall'overplus relativo all'orario di lavoro eccedente la quota dei fondi contrattuali).

Tra le attività a breve pari a 114,250 milioni di euro sono compresi i crediti verso la Regione (pari a 107,203 milioni di euro) sono stati considerati dall'Azienda come crediti a breve termine, essendo effettivamente contribuiti in conto esercizio per spesa corrente o contribuiti a copertura delle perdite pregresse che la Regione dovrebbe liquidare entro l'anno. Tuttavia, tenuto conto del ritardo con cui vengono erogati dalla Regione, dovrebbero essere considerati crediti a lungo termine, peggiorando lo squilibrio sopra rilevato. Rispetto ai dati relativi al 2013 (come riportati nel relativo questionario), i crediti per spesa corrente diminuiscono, solo del 17%. Si rileva invece che quelli per versamenti a patrimonio netto si sono ridotti del 66%. Per entrambi i contributi si rileva inoltre la presenza di annualità antecedenti al 2010. In ragione dei suddetti dati paiono porsi dei dubbi sulla concreta esigibilità degli stessi ingenti crediti esistenti verso la Regione Piemonte, la quale ormai da anni provvede a pagarne solo una quota minima con notevolissimo ritardo. Tale situazione del resto non fa che ripercuotersi negativamente sull'Azienda che è indotta a ricorrere all'indebitamento e ad anticipazioni di tesoreria nonché a ritardare i pagamenti dovuti nei confronti dei fornitori di beni e prestatori di servizi.

Tra le passività a breve sono compresi i debiti verso fornitori che, seppur in diminuzione continuano ad essere pagati con termini superiori a quelli previsti dalla normativa, anche se in miglioramento rispetto agli anni precedenti.

Irregolarità specifiche o disfunzioni gestionali

1.1 Si rileva un'incongruenza nella data di adozione del bilancio preventivo 2014. Al punto 25.1 del questionario è indicato che il bilancio di previsione è stato adottato con determina del 09/01/2014, successivamente riadottato in data 14/02/2014. Nel prospetto del conto economico l'atto di approvazione è datato 18/12/2014. In ogni caso il bilancio è stato approvato in ritardo rispetto a termini di cui alla l.r. n. 8/1995 art. 20.

1.2 Sulla incongruenza rilevata, l'Azienda ha precisato che il conto economico preventivo (datato 09/01/2014) è stato richiesto dal Collegio Sindacale al fine del rispetto delle scadenze di legge di cui al d.lgs. 118/2011. Tuttavia l'Azienda ha indicato come bilancio di previsione di riferimento quello adottato con determina aziendale 169 del 14/02/2014, le

cui previsioni sono state aggiornate in data 18/12/2014, come richiesto dalla Regione Piemonte.

Con nota trasmessa in data 10 marzo 2016, l'Azienda ha precisato di non aver potuto rispettare la scadenza prevista dalla l.r. 8/1995 in ragione dell'oggettiva difficoltà di predisporre un bilancio di previsione (anche solo di natura provvisoria) in mancanza di indicazioni sulla quota FSN da iscrivere nel medesimo bilancio. La comunicazione della quota FSN provvisoria da iscrivere a bilancio è infatti pervenuta in data 12 febbraio 2014.

1.3 Il D.Lgs. 118/2011, nel dettare una disciplina volta all'armonizzazione dei sistemi contabili anche in ambito sanitario, ha previsto regole uniformi per il bilancio economico annuale delle aziende sanitarie (oltre che per le regioni che attuino la gestione accentrata). L'art. 25, comma 2 precisa che il bilancio preventivo economico annuale include un conto economico preventivo e un piano dei flussi di cassa prospettici, redatti secondo gli schemi di conto economico e di rendiconto finanziario previsti dall'articolo 26. Inoltre il comma 3 dello stesso art. 25, a corredo del bilancio di previsione, prevede una nota illustrativa, un piano degli investimenti e una relazione redatta dal direttore generale, e ove ricorrano le condizioni una relazione del collegio sindacale.

I bilanci preventivi annuali delle aziende, inoltre, acquistano un rilievo fondamentale in quanto legati all'obbligo delle Regioni di predisporre e sottoporre all'approvazione della Giunta regionale anche un bilancio preventivo economico annuale consolidato del Servizio Sanitario Regionale. L'art. 32 impone alla Giunta regionale di approvare i bilanci preventivi economici annuali degli enti del SSR e il bilancio preventivo economico annuale consolidato entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto devono essere pubblicati integralmente sul sito internet della Regione.

Inoltre la legge regionale n. 8 del 1995 all'art. 20 fissa come termine per l'adozione del bilancio di previsione dal direttore generale il 31 ottobre di ciascun esercizio precedente a quello a cui si riferisce e per la successiva trasmissione alla Regione entro il 30 novembre.

La ASL dunque non ha dunque rispettato le citate disposizioni normative.

Si evidenzia come il bilancio preventivo, configurandosi alla stregua di un budget previsionale, acquista particolare significatività, al fine di un più corretto apprestamento delle risorse necessarie per la gestione, da un lato, e di un più efficace controllo dei costi, dall'altro. Si sottolinea dunque la necessità di valorizzare lo stesso, nell'ambito di una programmazione tesa a garantire l'equilibrio economico finanziario della gestione.

Al riguardo si rimarca inoltre la necessità che la Regione provveda a predisporre l'assegnazione delle risorse alle Aziende in tempo utile per consentire alle stesse di adempiere alla normativa nazionale e regionale nei termini.

2.1 L'azienda non ha rispettato il limite previsto dall'art. 9, comma 28 del D.L. 78/2010 per il personale a tempo determinato o con convenzioni o con contratti di Co.Co.Co e quello per il personale con contratti di formazione e lavoro, risultando le spese del 2014 addirittura

superiori a quelle del 2009.

2.2 In sede di controdeduzioni, l'Azienda ha precisato che complessivamente la spesa per il personale a tempo determinato è passata da 4.488.280,00 del 2009 a 2.916.037,52 del 2014, con un calo del 35%. Ha precisato inoltre che la politica aziendale inerente alle assunzioni a tempo determinato è stata impostata anche in funzione della particolare, contingente situazione dovuta al previsto completamento del nuovo ospedale di Verduno, che sostituirà l'attività dei due nosocomi attuali, determinando la riduzione del fabbisogno di personale in aree specifiche. In adunanza l'Azienda ha precisato che il dato della spesa di personale comunicato nella memoria-nota di risposta deve intendersi a rettifica di quello comunicato nel questionario.

2.3 Al riguardo non si può non rilevare come siano stati indicati diversi valori rispetto a quelli inseriti nel questionario: spesa 2009 pari a 256.000 euro (anche aggiungendo la voce "altre prestazioni di lavoro" risulta pari a 1.484.000 euro), spesa 2014 pari a 2.404.267 euro (aggiungendo la stessa voce del 2009 si raggiunge un valore pari a 2.924.133 euro). In proposito non può che essere rammentata l'importanza che ha la corretta compilazione del questionario che l'Azienda sanitaria è chiamata a inviare ai sensi dell'art. 1 comma 170 della l. n. 266/2005. Si tratta infatti di rilevante adempimento che la legge affida alla responsabilità del Collegio sindacale dell'Azienda quale organo di revisione economica dell'ente, che come tale è chiamato alla corretta compilazione dello stesso ed alla sua successiva sottoscrizione, attenendosi alle indicazioni di cui alle linee guida che sono annualmente approvate dalla Sezione Autonomie (cfr. deliberazione n. 20 del 22.6.2015).

In ogni caso anche i dati rettificati attestano comunque un mancato rispetto del limite di spesa fissato dal legislatore. Invero l'art. 9, comma 28 del D.L. 78/2010 pone in capo alle amministrazioni dello Stato limiti al costo del personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, che non può superare, a decorrere dal 2011, il 50 per cento della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009. Tali disposizioni, in base a quanto precisato dallo stesso comma, non sono puntualmente vincolanti per le Regioni, le Province autonome, gli Enti locali e gli Enti del Servizio sanitario nazionale ma costituiscono, in ogni caso, principi generali ai fini del coordinamento della finanza pubblica ai quali gli enti si devono adeguare.

L'Azienda sanitaria non risulta dunque essersi puntualmente adeguata ai principi recati dalla menzionata normativa. In conclusione deve essere richiamata la necessità per l'Azienda di adeguarsi ai principi discendenti dalla citata normativa volti al contenimento della relativa spesa (cfr. Corte Conti, sez. reg. contr. Umbria, 4.12.2015 n. 152; Corte Conti, sez. reg. contr. Sardegna, 9.12.2015 n. 96).

3.1 Nella "Sezione amministrazione trasparente/strutture sanitarie private accreditate" non risultano pubblicati gli accordi intercorsi con le strutture private accreditate relativi al 2014, come richiesto dall'art. 41 del d.lgs. 33/2013. Peraltro nel questionario è stata dichiarata la presenza di contenziosi per prestazioni erogate dalle strutture private accreditate

3.2 L'Azienda ha precisato di avere procedimenti civili, attualmente pendenti con la struttura privata Casa di Cura San Michele che pretende il riconoscimento di una produzione superiore al budget assegnato (sia per il 2013 che per il 2014) dalla Regione Piemonte. La Casa di Cura ha richiesto e ottenuto l'emissione, da parte del giudice ordinario, di un decreto ingiuntivo per l'anno 2013 e, per ciò che riguarda il 2014, è in corso una procedura di cognizione sommaria ex art. 702 c.p.c. Peraltro l'Azienda precisa che la Casa di Cura ricorrente ha sempre rifiutato la sottoscrizione del contratto relativo al 2013.

Con nota del 10 marzo 2016 l'Azienda ha precisato che la Casa di Cura San Michele ha ritenuto di aggiungere alcune dichiarazioni conclusive al contratto per il 2013, modificando lo schema di contratto approvato con DGR 13-6035 del 02 luglio 2013. La Regione, rilevando difformità allo schema contrattuale deliberato, ha comunicato alla ASL di attenersi allo stesso. La Casa di cura non ha mai sottoscritto il contratto secondo lo schema deliberato dalla Regione e ha proposto ricorso al tribunale ordinario di Asti, al TAR Piemonte ed al Presidente della Repubblica, ritenendo non corretta ed illegittima la modalità di definizione del budget. Le prestazioni extrabudget riguardano esclusivamente pazienti residenti in Piemonte per un importo di 585.494,84 euro.

In relazione al rilievo formulato circa la mancata pubblicazione, nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet aziendale, degli accordi con le strutture private accreditate relativi all'anno 2014, l'Azienda ha precisato che, nel corso del 2014 non è stato sottoscritto alcun contratto con gli erogatori privati accreditati, poiché la Regione Piemonte, con D.G.R. n. 46 — 233 del 4.8.2014, aveva deliberato di sospendere l'iter di sottoscrizione dei contratti stessi. La stipula dei contratti con le strutture private accreditate per il periodo 2014/2016, è avvenuta nel mese di ottobre 2015, a seguito della D.G.R. n. 13 — 2022 del 5.8.2015 con cui sono stati approvati gli schemi di contratto e gli importi tariffari. L'Azienda ha inoltre provveduto a pubblicare gli stessi sul sito istituzionale.

3.3 L'accreditamento, che si configura, giuridicamente, come atto di concessione di servizio pubblico, trovando specifica fonte normativa nella legge e non più, come nel sistema previgente al d.lgs. 502/92, nelle convenzioni, è requisito necessario perché la struttura possa operare per conto del SSN, sulla base di contratti o accordi che specifichino i volumi di prestazioni da erogare e i controlli di qualità e appropriatezza sui servizi resi. L'erogazione di servizi sanitari da parte degli operatori privati accreditati deve essere dunque preceduta dalla stipula di contratti che determinano il budget e i volumi massimi di prestazioni erogabili da ciascun centro di cura accreditato. La puntuale sottoscrizione dei contratti e il rispetto dei budget assegnati sono strumenti essenziali di governo delle attività del servizio sanitario, che consentono di contenere la spesa entro limiti coerenti con le risorse pubbliche rese disponibili in sede di programmazione, al fine altresì di limitare l'insorgere dei contenziosi, come nel caso di specie. Peraltro qualora le strutture accreditate non sottoscrivano gli accordi, trova applicazione il comma 2- quinquies dell'art. 8 quinquies del d.lgs. 502/1992 che prevede la sospensione dell'accreditamento. Da quanto precisato dall'Azienda la casa di Cura san Michele

non ha sottoscritto il contratto per il 2013 ma ha continuato ad operare per il SSR tant'è che è sorto il contenzioso con la stessa. Anche per il 2014, la tardività con cui è sono stati fissati i volumi massimi di produzione, attraverso la sottoscrizione del contratto (ottobre 2015), ha generato anch'esso del contenzioso.

D'altro canto in argomento non può essere dimenticato il fatto che anche l'A.N.A.C. ha osservato che lo strumento contrattuale rappresenta un elemento fondamentale per migliorare il processo di negoziazione tra l'azienda sanitaria e il soggetto erogatore di prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale (cfr Aggiornamento al P.N.A. del 28.12.2015).

Si invita la Regione, da un lato, a definire tempestivamente i tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati e l'Azienda, dall'altro, a sottoscrivere conseguentemente i contratti con gli stessi.

Si invita inoltre l'Azienda a monitorare costantemente l'attività delle strutture accreditate al fine di ridurre al minimo l'insorgere del contenzioso, anche alla luce delle non trascurabili controversie già esistenti in ordine ad obblighi di pagamenti inerenti prestazioni sanitarie rese da strutture private.

4.1 L'Azienda non ha conseguito l'obiettivo di riduzione del valore dei contratti e delle connesse prestazioni di beni e servizi previsti dall'art. 15 co. 13 D.L. 95/2012 convertito dalla legge 135/2012.

4.2 In sede istruttoria l'Azienda ha precisato che l'aumento della voce relativa all'acquisto di beni e servizi è legato al sensibile incremento della spesa farmaceutica, a causa dell'elevato costo dei farmaci innovativi.

Con nota del 10 marzo 2016 l'Azienda ha precisato di aver avviato nel 2012 la procedura di rinegoziazione di tutti i contratti di fornitura di beni e servizi. Su un totale di 284 contratti rinegoziati, 61 hanno comportato una riduzione dei prezzi con sconti medi di circa il 5%, sui rimanenti 223 contratti si sono ridotte le prestazioni in misura talvolta anche superiore al dettato normativo. Inoltre ha evidenziato che l'aggregato beni e servizi del bilancio 2014, al netto delle voci relative alle forniture di farmaci e dispositivi medici (espressamente escluse dalla sopracitata normativa), ha registrato una riduzione dei costi e conseguentemente una riduzione del valore dei contratti, nella misura del 8,1% rispetto al 2012 e del 3,5% rispetto al 2013, avendo parzialmente rispettato la previsione legislativa.

4.3 Si rileva che l'art. 15, comma 13, lettera a) del D.L. 95/2012 convertito dalla l. 135/2012 prescrive alle Aziende, l'obbligo di riduzione del valore dei contratti e delle rispettive forniture di beni e servizi in misura pari al 10% a decorrere dal 1 gennaio 2013.

E' evidente che le misure previste dalla legge mirino all'effettivo conseguimento della riduzione di spesa per consumi intermedi che costituisce obiettivo fondamentale per il rispetto dell'equilibrio economico degli enti, dal momento che la legge 135/2012 ha operato tagli al finanziamento del SSN ascrivibili in parte alle economie attese da tale riduzione. Si aggiunga che l'obiettivo fissato dal legislatore ha decorrenza sin dal 1.1.2013, conseguentemente il

mancato raggiungimento dello stesso per l'esercizio 2014 a distanza di due anni dalla novella appare maggiormente grave. -L'Azienda non ha quindi ottemperato alla previsione legislativa.

5.1 Il Collegio sindacale invita l'Azienda ad adottare un sistema di contabilità separata per l'attività intramoenia, nonché ad utilizzare esclusivamente strumenti idonei a garantire la tracciabilità dei pagamenti e un sistema di prenotazione CUP anche per la libera professione.

In sede istruttoria si è chiesto di specificare i controlli posti in essere dal servizio ispettivo aziendale sull'attività ALPI svolta presso gli studi professionali collegati in rete.

5.2 L'Azienda ha precisato che "a seguito della DGR 20-1086 del 23/02/2015 sta completando l'attivazione di un sistema di gestione dell'attività libero professionale che non è stato implementato precedentemente in quanto si era in attesa del rilascio della piattaforma informatica regionale unica che non è mai avvenuto." L'Azienda prevede di poter utilizzare il software entro gli ultimi mesi del 2016, informatizzando:

1. prenotazioni dell'attività intramoenia svolta all'interno dei locali dell'ASL (già realizzato);

2. prenotazioni dell'attività intramoenia allargata svolta presso gli studi convenzionati (realizzato in parte);

3. prenotazioni dell'attività intramoenia allargata svolta presso gli studi dei professionisti che sarà possibile prenotare presso gli sportelli dell'ASL presso il Cali Center e/o presso lo studio privato del medico;

4. pagamenti presso gli sportelli dell'ASL e le strutture esterne con modalità atte a garantirne la tracciabilità.

Tale informatizzazione consentirà di incrociare i dati relativi alle agende di prenotazione, alle prestazioni prenotate e alle prestazioni erogate/pagate consentendo quindi un controllo dettagliato dei volumi di attività svolta. Tale procedura consentirà anche l'utilizzo di maggiori automatismi contabili indispensabili per l'implementazione della contabilità separata.

Con successiva nota del 10 marzo 2016 l'Azienda ha precisato di essere dotata di una contabilità analitica per centri di costo (di cui uno relativo alla Libera Professione) in grado di rilevare, oltre che le spese direttamente imputabili, anche i costi generali e indiretti ascrivibili a una determinata attività, come richiamato all'art. 3 commi 6 e 7 della legge 23/12/1994 n. 724. Ha precisato inoltre di essere dotato, già da anni, di un sistema informatico che consente la gestione separata delle agende, delle prenotazioni e dei pagamenti di libera professione erogata all'interno dei locali dell'ASL ed era stata avviata una sperimentazione presso uno studio convenzionato. L'estensione completa a tutte le strutture esterne è stata poi sospesa in attesa del rilascio di un'unica piattaforma software a livello regionale, ipotesi poi superata dalla D.G.R. n. 20 — 1086 del 23 febbraio 2015 laddove si prevedeva che ciascuna Azienda sviluppasse un proprio progetto di informatizzazione. In tal senso, l'A.S.L. CN2 ha previsto di poter utilizzare il software entro settembre 2016, provvedendo ad aggiornare i programmi esistenti per permettere l'utilizzo degli stessi da parte delle strutture esterne.

Infine l'Azienda ha garantito di disporre di strumenti di incasso tali da assicurare la tracciabilità dei pagamenti e ha specificato che non è utilizzato contante per i pagamenti delle prestazioni rese negli studi esterni.

Si prende atto del superamento di tale criticità nel momento in cui verrà implementata la piattaforma soprariferita, auspicando l'effettivo rispetto delle tempistiche riferite.

6.1 Ulteriore attività istruttoria è stata svolta sull'attività di vigilanza posta in essere dall'azienda per verificare in generale l'osservanza del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e specificamente per aree a specifico rischio quale quella concernente l'affidamento di lavori, servizi e forniture.

6.2 L'Azienda ha precisato di aver posto in essere essenzialmente tre tipologie di attività di monitoraggio del rispetto delle previsioni del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione:

- a) Corso di formazione obbligatorio per il dipendenti sull'argomento
- b) Acquisizione al Responsabile della Prevenzione del Corruzione (RPC), da parte di tutti i Direttori di struttura complessa, delle autocertificazioni ex art. 20 del D. Lgs. n. 39/2013;
- c) Audit interni con i Responsabili dei Servizi Tecnico, Tecnologie Biomediche, Economato/Provveditorato per verificare le criticità eventualmente presenti nei relativi servizi in materia di affidamento di lavori, servizi e forniture.

Tali verifiche hanno dato esito negativo in termini di evidenza di rischio corruttivo.

L'Azienda riferisce che è consapevole della scarsa incisività dell'attività di controllo e che in sede di stesura del nuovo Piano aziendale 2016-2018 ha individuato ed inserito con maggiore precisione e dettaglio gli strumenti di verifica del Piano, individuando attività oggetto di verifica, soggetti coinvolti, modalità di controllo e la scadenza.

Con nota del 10 marzo 2016, l'Azienda ha riferito che l'attività di controllo svolta nel corso del 2014, non ha evidenziato situazioni concrete di possibile illecito, per cui non sono seguiti provvedimenti sanzionatori o di segnalazione agli organi giudiziari.

Le operazioni di verifica effettuate nel corso del 2014 nell'ambito dell'area di affidamento di lavori, servizi e forniture, hanno riguardato la totalità delle gare di appalto di importo uguale o superiore a 40.000 euro, acquisendo tutta la documentazione in originale riferita a due ditte per ciascuna gara. E' stata altresì verificata l'assenza di ricorsi avverso le aggiudicazioni effettuate.

Inoltre sono state indicate le principali misure di prevenzione del rischio corruttivo di cui l'Azienda si è dotata, già nel 2014, nel settore dell'affidamento di lavori, servizi e forniture.

Infine ha evidenziato di aver ritenuto utile assegnare, a partire dall'anno 2015, quali obiettivi organizzativi ai propri Dirigenti dei ruoli amministrativo, professionale e tecnico, la realizzazione di azioni preordinate alla attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di potenziamento della trasparenza previste dal Piano triennale per la prevenzione della corruzione 2015/2017 e dal Piano per la Trasparenza attraverso l'individuazione di ulteriori misure specifiche per l'Azienda.

6.3. In considerazione di quanto riferito dall'Azienda si rammenta che l'area concernente l'affidamento di lavori, servizi e forniture appare tradizionalmente tra le più esposte sotto il profilo del rischio corruttivo, latamente inteso, soprattutto in ragione dei notevoli interessi economici sottesi alla stipulazione dei contratti pubblici. Del resto anche con il recente aggiornamento del Piano nazionale anticorruzione l'A.N.A.C. ha dedicato specificamente una serie di indicazioni rilevanti in materia, oggi definita "Contratti pubblici". Inoltre nell'ambito delle aree a rischio specifico per l'ambito sanitario è stata evidenziata la necessità di considerare una serie di segmenti specifici quali quelli dei rapporti contrattuali con privati accreditati, nonché dell'acquisizione di prodotti farmaceutici, dispositivi medici ecc... Si prende altresì atto della positiva iniziativa volta all'introduzione di ulteriori misure specifiche nell'ambito dell'area dell'affidamento di forniture di beni e servizi, utili per riscontrare eventuali anomalie.

Con riferimento specifico alla necessità di svolgere attività di monitoraggio e riscontro sulle misure assunte nell'ambito del piano triennale occorre rammentare che, in conformità alle indicazioni del P.N.A. aggiornato, il monitoraggio riguarda tutte le fasi di gestione del rischio onde poter intercettare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio. Occorre inoltre sottolineare che un corretto monitoraggio delle misure assunte può e deve naturalmente consentire tempestivi interventi correttivi a fronte delle criticità emerse, in particolare a fronte di scostamenti tra valori attesi e quelli rilevati attraverso gli indicatori di monitoraggio.

Alla luce di tutto quanto sin qui esposto, la Sezione ritiene necessario segnalare le criticità rilevate, al fine di evitare che la loro mancata correzione possa causare nel tempo una gestione non economica delle risorse. Si ritiene peraltro sufficiente e congruo riservarsi le verifiche sull'osservanza delle predette indicazioni nell'ambito delle procedure ordinarie di controllo che verranno eseguite.

Per completezza si evidenzia che, nella scheda di sintesi trasmessa in sede istruttoria, sono state segnalate altre criticità rispetto alle quali si è preso atto delle deduzioni fornite dall'amministrazione e che saranno comunque oggetto di continuo monitoraggio nelle verifiche sugli esercizi successivi.

P.Q.M.

la Corte dei conti, Sezione regionale di controllo per la Regione Piemonte,

INVITA

1. l'Azienda all'adozione del bilancio preventivo, nel rispetto dei termini e delle prescrizioni di cui all'art. 25 del d.lgs 118/2011 e dell'art. 20 legge regionale 8/1995 nonché alla pubblicazione sul sito istituzionale degli allegati al bilancio di previsione e al consuntivo,

- ai sensi dell'art. 29 del d.lgs. 33/2013 e la Regione Piemonte a provvedere a predisporre l'assegnazione delle risorse alle Aziende in tempo utile per consentire alle stesse di adempiere alla normativa nazionale e regionale nei termini;
2. l'Azienda ad adeguarsi ai principi discendenti in materia di contenimento della spesa di personale di cui all'art. 9, comma 28 del d.l. 78/2010, convertito con l n. 122/2010;
 3. la Regione Piemonte a definire tempestivamente i tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati e l'Azienda a sottoscrivere tempestivamente i contratti con gli stessi, a pubblicarli tempestivamente, nonché a monitorare costantemente l'attività delle strutture accreditate al fine di ridurre al minimo l'insorgere del contenzioso;
 4. l'Azienda al rispetto delle previsioni di legge in materia di contratti di cui all'art. 15 comma 13 lettera a) della l. 135/2012 di conversione del d.l. n. 95/2012;
 5. l'Azienda a porre in essere periodiche e puntuali attività di monitoraggio e riscontro circa le misure preventive della corruzione assunte ad analizzare i relativi esiti e ad assumere ogni consequenziale misura.

DISPONE

- che la presente delibera venga trasmessa ai Presidenti del Consiglio Regionale e della Giunta Regionale del Piemonte ed all'Assessore alla Sanità, Livelli essenziali di assistenza, Edilizia sanitaria della Regione Piemonte;
- che la medesima delibera venga trasmessa al direttore dell'ASL CN2.

Così deliberato in camera di consiglio il 15.3.2016

IL RELATORE
F.to Dott. Adriano GRIBAUDO

IL PRESIDENTE
F.to Dott. Mario PISCHEDDA

Depositato in Segreteria il 30/06/2016

IL FUNZIONARIO PREPOSTO
F.to Dott. Federico SOLA