



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO

PER LA LIGURIA

composta dai magistrati:

Fabio VIOLA	Presidente
Donato CENTRONE	Consigliere (relatore)
Claudio GUERRINI	Consigliere
Carmelina ADDESSO	Primo Referendario
Giovanni DELLA PRIA	Referendario
Elisabetta CONTE	Referendario

nella camera di consiglio del 25 giugno 2020

VISTO l'art. 100, comma 2, 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 5 giugno 2003, n. 131, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;

VISTO il Regolamento per l'organizzazione delle funzioni di controllo della Corte dei conti (deliberazione Sezioni riunite 16 giugno 2000 e successive modifiche);

VISTI l'art. 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 e l'art. 3, commi 3 e 7, del decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174, convertito dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213;

VISTE le deliberazioni della Sezione delle Autonomie della Corte dei conti n. 12/2018/INPR e n. 16/2019/INPR, con cui sono state approvate le linee guida, con correlato questionario, attraverso le quali i collegi sindacali degli enti del servizio sanitario nazionale hanno dovuto riferire alle Sezioni regionali di controllo sui risultati di bilancio degli esercizi 2017 e 2018;

ESAMINATA la relazione del Collegio sindacale dell’Azienda sanitaria locale n. 3 “*Genovese*” (di seguito, anche ASL n. 3), in relazione alla quale, a seguito di apposita istanza istruttoria, l’Azienda ha fornito i chiarimenti richiesti con nota del 13 gennaio 2020;

VISTA l’ordinanza del Presidente della Sezione, trasmessa il 10 giugno 2020, unitamente alla relazione di deferimento del magistrato istruttore, con cui A.Li.Sa. è stata notiziata della convocazione dell’adunanza della Sezione in camera di consiglio del 25 giugno 2020, con invito a presentare memorie e documenti entro il 22 giugno 2020;

VISTI gli artt. 84, comma 6 e 85, commi 1 e 3, lett. e), del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, che introduce misure urgenti per contrastare l'emergenza epidemiologica da “*COVID-19*”, nonché disposizioni relative allo svolgimento delle funzioni della Corte dei conti;

VISTO il decreto del Presidente della Sezione n. 16 del 20 marzo 2020, recante misure organizzative sull’ esercizio delle funzioni di controllo, emesso in attuazione dell’art. 4 del già citato decreto-legge n. 18 del 2020, al fine di contenere gli effetti negativi sullo svolgimento delle attività istituzionali;

VISTO il decreto del Presidente della Corte dei conti n. 139 del 1° aprile 2020, recante “*Regole tecniche ed operative in materia di svolgimento delle udienze in videoconferenza e firma digitale dei provvedimenti del giudice nei giudizi dinanzi alla Corte dei conti*”;

VISTO l’art. 36, comma 4, del d.l. 8 aprile 2020 n. 23, convertito dalla legge 5 giugno 2020, n. 40, recante “*Termini processuali in materia di giustizia civile, penale, amministrativa, contabile, tributaria e militare*”;

CONSIDERATO che il contraddittorio, stante la suddetta situazione emergenziale e l’esigenza di fornire massima tutela al bene primario della salute dei rappresentanti degli enti sanitari convocati, è stato assicurato nella forma cartolare e che, in aderenza, l’ASL n. 3 ha fatto pervenire le proprie controdeduzioni scritte in data 22 giugno 2020;

UDITO il relatore, consigliere dott. Donato Centrone

PREMESSO

L’esame della relazione redatta dal Collegio sindacale dell’ASL n. 3 “*Genovese*”, ai sensi dell’art. 1, comma 3, del decreto-legge n. 174 del 2012, convertito dalla legge n. 213 del 2012, sul bilancio degli esercizi 2017 e 2018, ha fatto emergere alcune criticità, per le quali è stata inviata richiesta istruttoria in data 6 dicembre 2019, a cui l’Azienda ha fornito riscontro in data 13 gennaio 2020. In seguito, il magistrato istruttore ha chiesto ulteriori chiarimenti con

nota del 26 marzo 2020, a cui l'Azienda ha fornito riscontro in data 24 aprile. Sono residue alcune ipotesi di irregolarità amministrativo-contabili, che hanno reso opportuna la richiesta al Presidente della Sezione di esame collegiale.

Con ordinanza del Presidente della Sezione n. 37 del 10 giugno 2020, è stata comunicata all'Azienda la convocazione dell'adunanza in camera di consiglio per il 25 giugno 2020, dando termine al 22 giugno 2020, per il deposito di eventuali memorie e documenti.

CONSIDERATO IN FATTO E DIRITTO

I. Perdita d'esercizio

In sede istruttoria è stato chiesto di fornire indicazioni circa le modalità di ripiano, individuate dalla Regione Liguria, per le perdite registrate nel bilancio dell'ASL n. 3 sia nel 2017 (pari a euro 17.612.000) che nel 2018 (pari a euro 14.896.000), nonché di precisare se, a preventivo, la medesima Regione abbia assegnato obiettivi economici complessivi (in termini di pareggio economico, di percentuale di perdita, di livello dei costi, etc.).

L'ASL n. 3 Genovese ha riferito che la Regione, al momento, non ha ancora provveduto al ripiano delle perdite degli esercizi 2017 e 2018.

Per quanto riguarda la perdita del 2017, pari a euro 17.612.485, la Regione, con DGR n. 115 del 28 febbraio 2018, ha stabilito, per la ASL n. 3, un livello massimo di disavanzo in euro 21.900.000. Con successiva DGR n. 258 del 20 aprile 2018, ha rideterminato tale tetto in euro 21.200.000. Il risultato finale di esercizio ha manifestato una perdita pari ad euro 17.612.485, minore rispetto a quanto consentito.

A monte, nel bilancio di previsione 2017, adottato dall'Azienda con delibera n. 311 del 28 giugno 2017, ed approvato dalla Regione con DGR n. 743 del 20 settembre 2017, l'ASL n. 3 aveva indicato quale importo a pareggio dei costi il saldo negativo superiore di euro 22.151.000 (nel rispetto di quanto indicato da A.Li.Sa. con nota n. 2179 del 10 febbraio 2017).

Sempre con la DGR n. 258/2018, la Regione ha rinviato l'assegnazione delle risorse a copertura dei disavanzi a successivo provvedimento, sulla base dei risultati definitivi dei bilanci dell'esercizio 2017. Con deliberazione di Giunta n. 1120 del 21 dicembre 2018, ha attribuito, a titolo di copertura integrale della perdita di esercizio 2017, l'importo di euro 17.612.485, al momento, tuttavia, non ancora erogato.

Per quanto riguarda la perdita dell'esercizio 2018, pari a euro 14.896.393, la Regione, con la DGR n. 266 del 4 aprile 2019, ha stabilito, per la ASL n. 3, un livello massimo di disavanzo pari a euro 14.900.000. A monte, nel bilancio di previsione 2018, adottato con delibera n. 322

del 6 luglio 2018 ed approvato dalla Regione con DGR n. 666 del 3 agosto 2018, l'ASL n. 3 aveva indicato una quota a pareggio pari ad euro 13.000.000 (in linea con quanto indicato da A.Li.Sa. con nota prot. n. 19652 del 21 dicembre 2017).

Nella citata DGR n. 266/2019 l'eventuale copertura, con risorse regionali, veniva subordinata all'approvazione definitiva dei bilanci 2018. Successivamente, la Regione, con DGR n. 1168 del 27 dicembre 2019, ha attribuito, a titolo di copertura della perdita di esercizio 2018, l'importo di euro 14.896.394, al momento, tuttavia, non ancora erogato.

Peraltro, in base ai riscontri istruttori ricevuti, il bilancio dell'esercizio 2018 dell'ASL n. 3 non sarebbe stato ancora stato approvato dalla Regione in via definitiva, in quanto era in corso la predisposizione della risposta dell'Azienda alle osservazioni richieste con nota n. PG/2019/372629 del 19 dicembre 2019.

Per quanto riguarda il ripiano delle perdite per gli esercizi 2014 e precedenti, come già emerso in precedenti occasioni, risulta ancora da ripianare il solo disavanzo dell'anno 2004, pari a euro 10.620.826, in corso di effettuazione rateale, secondo le modalità previste dall'art. 1, comma 796, lettera e), della legge 27 dicembre 2006, n. 296. In particolare, la Regione, con DGR n. 750 del 6 settembre 2019, ha impegnato, quale quota di ripiano per il 2019, la somma complessiva di euro 12.000.000, di cui euro 4.017.588 a favore dell'ASL n. 3, interamente incassati. Alla data del 31 dicembre 2019, l'importo non ancora ripianato delle perdite di esercizio anteriori al 2014 risulta pari ad euro 6.603.238.

Si è ritenuto opportuno il deferimento in adunanza al fine di valutare collegialmente, previa eventuale audizione dei rappresentanti dell'ASL n. 3 e della Regione, le motivazioni alla base del riscontrato ritardo nell'erogazione dei deliberati finanziamenti a copertura delle perdite d'esercizio registrate nel 2017 e nel 2018, nonché delle ragioni alla base della mancata definitiva approvazione, da parte della Regione, del bilancio aziendale del 2018.

Nella memoria del 22 giugno 2020, l'Azienda ha precisato che il disavanzo dell'esercizio 2017, pari a euro 17.612.485, è stato totalmente ripianato dalla Regione Liguria (senza, tuttavia, fornire gli estremi documentali).

Invece, il disavanzo dell'esercizio 2018, pari a euro 14.896.393, è stato ripianato in minima parte (in particolare, per euro 879.096,98). Il valore residuo è pari a euro 14.017.297,02.

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 (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 ridetta 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 singole 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 dall'art. 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, 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, il cui art. 2 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 il predetto equilibrio economico-finanziario.

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 a fronte delle risorse assegnate.

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 nei riguardi dei soggetti eroganti attività ospedaliera), che, al comma 3, impone alle aziende sanitarie di perseguire economicità ed efficienza produttiva nella gestione, con obbligo, in particolare, per il direttore generale, ex art. 19, comma 6, della stessa legge, di raggiungere gli obiettivi indicati (la legge regionale richiama, infine, all'art. 88, quali disposizioni di chiusura, le norme del d.lgs. n. 502 del 1992, nonché le altre 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 ai 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.

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 concerne i tempi di erogazione per cassa, è stato precisato (considerazioni formalizzate anche in sede di interlocuzione istruttoria finalizzata alla parifica dei rendiconti consuntivi 2017 e 2018 della Regione, deliberazioni n. 106/2018/PARI e n. 69/2019/PARI) che la copertura dei disavanzi delle aziende sanitarie avviene, come previsto dalla normativa sopra 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, in 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 2019, coperte mediante l'innalzamento delle aliquote delle addizionali regionali di competenza 2019, vengono erogate nel corso del 2020, a seguito dell'incasso dei corrispondenti trasferimenti statali.

II. Prestazioni erogate da operatori privati accreditati

II.a) In sede di interlocuzione istruttoria è stato chiesto di compilare una tabella dimostrativa del rispetto dei tetti di spesa posti, dal legislatore nazionale (art. 15, comma 14, d.l. n. 95 del 2012, convertito dalla legge n. 135 del 2012), all'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati, nonché di riferire se, oltre all'ISCC Camogli, vi siano stati altri erogatori che hanno superato il budget contrattualizzato per gli esercizi 2017 e 2018, nonché i provvedimenti adottati in merito dall'Azienda o dalla Regione.

Rinviando, per quanto concerne il rispetto del limite di finanza pubblica, da osservare su base regionale, alla relazione sulla sanità allegata ai giudizi di parifica del rendiconto della Regione per gli esercizi 2017 e 2018 (cfr. deliberazioni della scrivente Sezione n. 106/2018/PARI e n. 67/2019/PARI), si riepilogano i costi sostenuti per acquisti di servizi per assistenza ospedaliera da privato nei due esercizi in parola, rapportandoli al 2011 (anno base preso a riferimento dalla sopra citata norma di finanza pubblica).

TIPOLOGIA DI COSTO	COSTI 2011	COSTI 2017	COSTI 2018
<u>ICLAS Villa Azzurra</u>	<u>2.278.171</u>	<u>5.470.624</u>	<u>5.513.999</u>
<u>Fondazione Don Gnocchi</u>	<u>0</u>	<u>1.714.698</u>	<u>1.140.496</u>
Fondazione Maugeri	5.073.590	4.905.550	4.771.185
Istituto Servizi Sanitari - ISCC	1.228.508	993.351	1.012.316

Altre prestazioni da privati area ortopedica	1.097.186		
Alma Mater			90.093
Biomedical spa			78.290
ENNE S.r.l. Casa di cura San Michele			547.610
TOTALE	9.677.455	13.084.223	13.153.989

I dati esposti palesano un sensibile incremento dei costi sostenuti per le prestazioni erogate da "ICLAS Villa Azzura" e "Fondazione Don Gnocchi, per i quali la risposta istruttoria (come per gli altri acquisti di servizi da privato) ha, comunque, fornito le richieste precisazioni.

Preso atto di queste ultime, si è ritenuto opportuno un ulteriore approfondimento finalizzato a valutare, collegialmente, previa audizione dei rappresentanti dell'Azienda e della Regione, i risultati ottenuti nel 2017 e 2018 (ed, eventualmente, anche nel 2019), a fronte dell'indicato incremento dei costi, in termini di riduzione, numerica ed economica, della mobilità passiva extraregionale (oggetto di rilievo nelle indicate relazioni allegate ai giudizi di parifica del rendiconto regionale) ovvero di contrazione dei costi presso le strutture pubbliche che erogano le medesime prestazioni.

Inoltre, è stato proposto il deferimento in adunanza al fine di valutare se, a fronte del superamento del tetto economico assegnato, per il 2017 e 2018, alle prestazioni erogate dall'ISCC Camogli (prospettato nel questionario), l'ASL n. 3 abbia provveduto, ed in che misura, al pagamento di quelle erogate in eccesso, nonché la situazione del 2019.

Nella memoria del 22 giugno 2020 l'Azienda, con riferimento alla mobilità passiva extraregionale, ha confermato, per il 2017 e 2018, il miglioramento del saldo, mentre, per il 2019 i dati non sono ancora disponibili. Per una visione complessiva, tuttavia, dell'effettivo valore, numerico ed economico, del saldo della mobilità, la stessa memoria precisa che occorre procedere all'integrazione di quella attiva delle strutture ospedaliere.

Relativamente al superamento del budget economico assegnato, per il 2017 e 2018, da parte di ISCC Camogli, la memoria precisa che, come da deliberazione A.Li.Sa. n. 73/2018 (recante "Modalità di definizione del Budget - Allegato A"), nel rispetto delle previsioni della normativa nazionale, annualmente viene fissato ai singoli istituti accreditati un budget preventivo, di importo pari al consuntivato dell'anno precedente. Entro il mese di febbraio dell'anno successivo A.Li.Sa. provvede a comunicare l'importo delle prestazioni liquidabili alle ASL capofila ed alle singole ASL (budget definitivo). ASL 3 ha, pertanto, riconosciuto,

per gli anni 2017, 2018 e 2019, gli importi definiti da A.Li.Sa. Di fatto, ogni anno si è provveduto a liquidare le fatture pervenute fino a concorrenza del budget definito a inizio anno ed a liquidare il residuo dopo l'approvazione del budget definitivo da parte di A.Li.Sa.

Anche relativamente al prospettato incremento dei costi per ICLAS, Maugeri, ISCC Camogli, Alma Mater, Biomedical S.p.A. ed Enne srl, la memoria richiama le considerazioni descritte. Riporta, altresì, la tabella dei costi sostenuti, aggiornati al 2019, che palesano un sensibile incremento complessivo.

	COSTI 2011	COSTI 2017	COSTI 2018	COSTI 2019
ICLAS Villa Azzurra	2.278.171	5.470.624	5.513.999	5.883.031
Fondazione Don Gnocchi	0	1.714.698	1.140.496	1.115.945
Fondazione Maugeri	5.073.590	4.905.550	4.771.185	4.872.780
Istituto Servizi Sanitari	1.228.508	993.351	1.012.316	1.205.828
Prestazioni da privati area ortopedica	1.097.186			
Alma Mater			90.093	165.895
Biomedical spa			78.290	129.602
ENNE srl - Casa di cura San Michele			547.610	508.466
TOTALE	9.677.455	13.084.223	13.153.989	13.881.547

II.b) In sede istruttoria è stato rilevato, altresì, l'incremento, rispetto all'anno base, il 2011, preso a riferimento dalla sopra citata norma di finanza pubblica, dei costi relativi all'acquisto di servizi sanitari per "assistenza riabilitativa da privato" e per "prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria" (entrambe, si precisa, prestazioni non oggetto di sottoposizione a limiti finanziari da parte del legislatore statale).

	Bilancio 2011	Bilancio 2017	Bilancio 2018
B.2.A.4.4) + B.2.A.4.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa da privato	47.247.000	50.191.459	50.847.450
B.2.A.12.4) + B.2.A.12.5) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	51.037.000	51.542.705	53.460.561

L'Azienda ha precisato che la voce "acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa da privato" ha registrato, nel 2017, una riduzione, rispetto all'esercizio 2016, di euro 724.269 (salvo crescere, nuovamente, in misura pressoché analoga nel 2018).

Nel 2017, in particolare, sono stati applicati, per le strutture accreditate, i nuovi contratti stipulati in base alla delibera di A.Li.Sa. n. 72/2017, con i quali è stato adottato il "concetto

della marginalità economica”, che supera il sistema della scontistica e avrebbe contribuito ad abbattere le liste di attesa (sistema confermato nel 2018, cfr. delibera A.Li.Sa. n. 73/2018).

Per quanto riguarda gli *“acquisti di prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria”*, l’ASL n. 3 ha precisato, in primo luogo, che, in questa voce, si rilevano i costi inerenti all’assistenza, prestata presso strutture private convenzionate, a soggetti tossicodipendenti (per circa il 10%) e ad anziani non autosufficienti (per il 90 per cento).

Anche in questo caso, sono stati applicati i nuovi contratti di cui alle deliberazioni di A.Li.Sa. n. 72/2017 e n. 73/2018, con le quali viene stipulato un unico contratto per ogni ente gestore e applicato il *“concetto della marginalità economica”*, che supera il sistema della scontistica e, in base a quanto riferito, contribuirebbe ad abbattere le liste di attesa.

La risposta evidenzia come la struttura demografica della popolazione residente nel territorio della ASL n. 3 è caratterizzata dalla forte presenza di persone in età anziana (coloro che hanno più di 64 anni sono arrivati a costituire oltre il 28 per cento della popolazione residente assistita, mentre la fascia superiore ai 74 anni raggiunge il 15,8 per cento). Poiché la prevalenza delle patologie croniche e della disabilità (che ad esse spesso si accompagnano) aumenta con l’aumentare dell’età, di pari passo si incrementa anche il consumo di risorse sanitarie e sociosanitarie.

Tale andamento, prosegue la risposta, rende necessaria, per la sostenibilità del sistema sanitario, una profonda riorganizzazione dell’offerta dei servizi, attraverso una ridefinizione delle *“cure primarie”* e della *“rete territoriale di assistenza socio-sanitaria”*.

Si è ritenuto opportuno il deferimento in adunanza al fine di valutare collegialmente, previa eventuale audizione dei rappresentanti dell’Azienda e della Regione, i primi risultati ottenuti, in termini di razionalizzazione dei costi, anche nel 2019, dal nuovo sistema di remunerazione basato sul concetto di *“marginalità economica”*, nonché dei suoi principali elementi caratterizzanti rispetto a quello basato sull’abbattimento delle tariffe (data la rilevanza, soprattutto in prospettiva, delle voci di spesa in esame).

Nella memoria del 22 giugno 2020 l’Azienda ha precisato che gli obiettivi della marginalità economica e dell’abbattimento tariffario hanno in comune lo scopo del contenimento della spesa per ciascun anno di competenza. Tuttavia, mentre il secondo sistema pone l’accento sullo sconto, necessario, da applicare alle tariffe, il primo lascia spazio (margine) economico al fornitore del servizio con riferimento alla combinazione dell’offerta, in modo da assicurare a preventivo una coerente programmazione delle attività

e far fronte alla prevalente tipologia di prestazioni attorno alla quale il fornitore deve specializzarsi o focalizzarsi. Pertanto, mentre l'abbattimento tariffario si applica in modo indifferenziato su tutte le prestazioni, la marginalità economica consente una scelta della tipologia di prestazione, nonché l'incentivo a proporre un limite maggiore in termini numerici di produzione per ottenere il medesimo livello di finanziamento (anche se, precisa la memoria, quanto più i sistemi di gestione risultano evoluti, tanto più le differenze fra i due sistemi tendono ad essere meramente semantiche)

Alcuni aspetti critici di partenza sono stati legati alla corretta valutazione di incidenza, in prospettiva futura, delle stime effettuate ad inizio contratto (basate sui dati storici). Gli ingressi infrannuali, per esempio, hanno determinato delle stime più stringenti, in ragione del fatto che il nuovo ingresso è stato presente per una sola parte nell'anno precedente (manifestando valori di costo superiori negli anni successivi). Per alcuni ambiti di attività si è registrato che, pur in presenza di incremento dei costi e di numero di pazienti, il numero delle giornate di degenza è cresciuto meno che proporzionalmente, esitando in costi medi decrescenti ovvero in casi più complessi (misurabili con il numero di prestazioni fruite da ciascun paziente) ovvero in una degenza media più lunga (che indicano una maggiore attenzione destinata al singolo caso). Un incremento dei volumi, quando verificatosi, ha comportato anche un abbattimento della lista di attesa, aspetto, tuttavia, che, in Regione Liguria, occorre sempre confrontare con la propensione di crescita dell'anzianità della popolazione e, per l'effetto, ad uno stato di salute caratterizzato da una o più cronicità).

Quando il riferimento economico è legato ad anni molto distanti nel tempo (come il 2011), oltre alla crescita dell'età media, concorre l'evoluzione nelle terapie e nella diagnostica, nonché gli inevitabili mutamenti dei modelli organizzativi o delle scelte adoperate, che, nel tempo, da una gestione diretta hanno favorito anche l'acquisizione di servizi esterni, determinando, talvolta, realtà difficilmente confrontabili.

La memoria si chiude rinviando, alla luce delle scelte operate centralmente dal sistema regionale, per il tramite dell'Azienda Ligure Sanitaria, ad eventuali ulteriori elementi acquisibili dalla Regione o da A.Li.Sa.

La Sezione prende atto dei chiarimenti forniti, invitando a proseguire l'attività di monitoraggio e controllo sul livello complessivo dei costi, in particolare di quelli oggetto di limitazione in base a regole di finanza pubblica (nel caso di specie, su base regionale).

III. Limiti di finanza pubblica ai costi per dispositivi medici

In sede istruttoria è stata chiesta conferma dell'assenza, per gli esercizi 2017 e 2018, di direttive regionali tese al rispetto del limite di finanza pubblica posto, ai costi per dispositivi medici, dall'art. 15, comma 13, lett. f), del citato d.l. n. 95 del 2012, come integrato dall'art. 9-ter, comma 1, lett. b), del d.l. n. 78 del 2015, convertito dalla legge n. 135 del 2015.

L'ASL n. 3 ha confermato l'assenza, per gli esercizi indicati, di direttive regionali tese al rispetto del tetto di spesa in parola (posto, va precisato, a livello regionale). Tuttavia, riferisce di aver, comunque, per quanto di sua pertinenza, rispettato il limite del 4,4 per cento del fondo sanitario assegnato. Si riporta evidenza nella tabella sottostante (l'importo del FSR indicato corrisponde a quanto assegnato dalla Regione, per gli anni 2017 e 2018, rispettivamente con DGR n. 1183/2017 e n. 1121/2018).

Dispositivi medici				2017	2018
Altri diagnostici e reagenti	BA0220	2106	120006025	-	1.781
Presidi chirurgici e materiale sanitario	BA0220	2107	120007010	12.013.107	14.088.094
Materiale protesico	BA0220	2108	120007015	2.731.532	3.056.009
Dialisi	BA0220	2109	120007020	1.730.692	1.524.002
Aferesi	BA0220	2109	120007025	-	-
Materiale per cardiocirurgia	BA0220	2107	120007030	-	-
Strumentario medico chirurgico	BA0220	2107	120007070	364.172	364.024
Dispositivi medici B.1.A.3.1.			BA0220	16.842.502	19.033.911
Materiale protesico impiantabili attivi	BA0230	2108	120007016	1.010.208	1.028.601
Dispositivi medici impiantabili attivi B.1.A.3.2.			BA0230	-	-
TOTALE PARZIALE VOCI CE BA0220-BA0230				17.852.710	20.062.511
Diagnostici e reagenti di laboratorio in	BA0240	2105	120006005	7.548.773	7.879.601
Service comuni ed esclusivi	BA0240	2105	120006015	850.012	817.187
Carica virale	BA0240	2106	120006020	109.767	100.694
Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) B.1.A.3.3.			BA0240	8.508.552	8.797.483
TOTALE				26.361.263	28.859.994
FSR				709.250.29	689.630.76
Percentuale				3,7168	4.1848

Preso atto di quanto riferito dall'Azienda, si è proposto il deferimento in adunanza al fine di valutare collegialmente, previa eventuale audizione dei rappresentanti della Regione, le motivazioni alla base dell'omesso invio di indicazioni funzionali al rispetto, su base regionale, del limite di spesa posto ai dispositivi medici nel 2017 e nel 2018 (non oggetto di conseguimento, come già accertato con le deliberazioni della scrivente Sezione n. 106/2018/PARI e n. 67/2019/PARI).

Nella memoria pre-adunanza l'Azienda non ha fornito ulteriori ragguagli.

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 per cento 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 e l'eventuale superamento del limite di legge 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 in parola, 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.

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 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 2017 e 2018 (cfr. deliberazioni della Sezione n. 106/2018/PARI e n. 69/2019/PARI), la Regione Liguria, nel corso del biennio in parola, ha emanato specifiche direttive tese a conseguire il limite finanziario in parola, imposto a livello di complessivo sistema sanitario regionale (e, per inciso, non conseguito, nemmeno al livello statale, in entrambi gli esercizi).

Appare, pertanto, necessario proseguire nelle azioni di monitoraggio e razionalizzazione dei consumi per dispositivi medici al fine di poter conseguire l'obiettivo finanziario prescritto dalla norma di legge nazionale. Pur prendendo atto che quest'ultima, come accade per il simile 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 assorbito 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.

IV. Controllo appropriatezza prestazioni ospedaliere

La tabella 17.4 del questionario sul bilancio d'esercizio 2018 ha palesato, all'esito dei controlli a campione effettuati sulle cartelle cliniche (pari al 12% e al 3,30% per quelle ad alto rischio), una percentuale dell'8,40% di prestazioni di ricovero a rischio di inappropriata. In sede istruttoria è stato chiesto di precisare se quest'ultima percentuale sia rapportata al numero delle cartelle controllate o all'ammontare complessivo delle prestazioni eseguite nel corso del 2018, nonché le azioni (eventualmente anche economiche) adottate dalla Azienda al fine di garantire più elevati livelli di appropriatezza. Infine, di

precisare se, fra le cartelle cliniche campionate, sono state comprese le prestazioni ospedaliere erogate da strutture private accreditate.

Nella risposta l'ASL n. 3 ha riferito che la percentuale del 8,40 per cento di prestazioni di ricovero inappropriate è relativa alle 800 cartelle cliniche indicate dalla Regione come ad alto rischio di inappropriatezza (pari al 3,3 per cento di quelle complessive eseguite nel 2018) e, come tali, da controllare, ed ammonta in totale a 67 cartelle. Si riporta tabella di sintesi.

Percentuale obiettivo minimo, indicato da Regione, di cartelle cliniche da monitorare sul totale delle prestazioni ospedaliere	Percentuale di cartelle cliniche effettivamente controllate	Percentuale regionale di cartelle cliniche da controllare inerenti a prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza (DPCM 12.01.2017)	Percentuale delle cartelle cliniche ad alto rischio di non appropriatezza (DPCM 12.01.2017) effettivamente controllate da Azienda (su totale delle prestazioni erogate)	Percentuale prestazioni di ricovero ospedaliero risultate non appropriate (su totale delle cartelle controllate)
10%	12%	2,5%	3,3%	8,4%
Ricoveri totali anno 2018 24.393	24.393	24.393	24.393	800
10% = 2439	12% = 2.921	2,5% = 609	3,3% = 800	67

La risposta ha precisato, altresì, che in Azienda sono costantemente monitorati la correttezza del regime di erogazione prescelto e la durata della degenza del paziente, anche attraverso indicazioni cogenti fornite in sede di contrattazione del budget annuale.

Invece, le prestazioni erogate dalle strutture private accreditate non sono comprese nei controlli sopracitati, trattandosi di attività per la quale l'Azienda effettua controlli sul cento per cento dei ricoveri effettuati dai propri residenti (con azioni economiche, in caso di rilevazione di inappropriatezza, che possono andare dal ricalcolo del DRG alla sottrazione di giornate di degenza nel caso di strutture riabilitative).

Questi i dati complessivi comunicati dall'ASL 3 nella risposta del 27 aprile 2020.

Cartelle cliniche controllate	2017	Abbattimento economico operato (in euro)	2018	Abbattimento economico operato (in euro)	2019	Abbattimento economico operato (in euro)
Per prestazioni interne di ricovero	3.224	-	2.921	-	2.450*	-
Per prestazioni interne ad alto rischio di inappropriatezza	752	-	800	-	548*	-

Per prestazioni erogate da strutture private accreditate	1479	39.534,56	1595	60.650,12	1.033**	55.350,26**
--	------	-----------	------	-----------	---------	-------------

* Per il 2019 i controlli, sia per le prestazioni interne di ricovero che per quelle, sempre interne, ad alto rischio di inappropriatazza sono in fase di completamento.

** I controlli per le prestazioni erogate da strutture private accreditate nel secondo semestre 2019 erano stati calendarizzati nel mese di marzo 2020, ma non è stato ancora possibile effettuarli per le limitazioni alla circolazione imposte dall'emergenza sanitaria in corso (il dato dei controlli ed il conseguente abbattimento economico è relativo unicamente al primo semestre 2019).

Preso atto di quanto esposto, si è ritenuto opportuno il deferimento in adunanza al fine di valutare, previa eventuale audizione dei rappresentanti dell'Azienda e della Regione, le azioni, anche economiche, adottate a fronte dell'accertamento della non appropriatezza delle prestazioni di ricovero, in particolare di quelle erogate da operatori privati accreditati.

In allegato alla memoria del 22 giugno 2020 l'ASL n. 3 ha inviato una breve relazione sull'attività del Nucleo operativo di controllo aziendale, incentrata sui controlli effettuati sul privato accreditato, che hanno avuto anche una positiva ricaduta economica per l'Azienda.

La Sezione prende atto dei chiarimenti forniti, invitando a proseguire l'attività di costante verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, sia internamente che mediante operatori privati accreditati.

V. Crediti verso Regione per spesa corrente e versamenti a patrimonio netto

In sede istruttoria è stato chiesto di fornire aggiornamenti, rispetto a quanto già comunicato in sede di istruttoria sui bilanci precedenti, sull'evoluzione dei crediti verso Regione, derivanti dagli esercizi 2014 e precedenti, per spesa corrente (euro 19.923.566 al 31 dicembre 2018) e per versamenti a patrimonio netto (euro 5.084.256 al 31 dicembre 2018).

Nella risposta istruttoria l'Azienda ha riportato, nella tabella sottostante, l'evoluzione dei sopra indicati crediti verso la Regione Liguria alla data del 31 dicembre 2019.

Tipologia di credito ante 2014	Importo al 31/12/2018	Importo al 31/12/2019
Per spesa corrente	19.923.566	8.913.486
Per versamenti a patrimonio netto	5.084.256	4.421.923

I dati esposti evidenziano come i crediti per spesa corrente si siano più che dimezzati (anche se rimangono da riscuotere, a oltre 5 anni di distanza, quasi 9 milioni di euro), mentre

quelli per versamenti a patrimonio netto si sono ridotti per il 20 per cento circa, residuando da riscuotere circa 4,4 milioni di euro.

Si è proposto il deferimento in adunanza al fine di valutare, previa eventuale audizione dei rappresentanti di ASL n. 3 e Regione, le motivazioni alla base del ritardo nella riscossione dei crediti esposti, in particolare di quelli per versamenti a patrimonio netto.

Nella memoria del 22 giugno 2020, l'Azienda ha precisato che le motivazioni della ritardata riscossione dei crediti, specialmente per i versamenti a patrimonio netto, è dovuta alla complessità dei lavori di manutenzione straordinaria, che si protraggono per anni, e la cui richiesta di rimborso alla Regione viene effettuata in ragione degli stati di avanzamento dei lavori e a fine progetto.

La Sezione prende atto dei chiarimenti, rimarcando, tuttavia, la presenza, nello stato patrimoniale 2018, di una cospicua mole di crediti verso Regione, risalenti ad esercizi anteriori al 2014, per finanziamenti correnti e per investimenti, per i quali occorre proseguire le azioni, amministrative, negoziali e contabili, tese alla riscossione.

VI. Crediti verso clienti privati

I crediti in parola (voce (B.II.7.a, al netto del fondo svalutazione crediti) ammontavano, al 31 dicembre 2018, ad euro 6.089.006, in sensibile crescita rispetto al precedente esercizio 2017 (euro 4.667.432). Pertanto, in sede istruttoria, è stato chiesto di precisare le azioni intraprese ai fini dell'effettiva riscossione (indicando l'ammontare dei crediti esistenti, rispettivamente, al 31 dicembre 2017 e al 31 dicembre 2018, poi riscossi al 31 dicembre 2019) e se il fondo svalutazione presente nella contabilità aziendale (pari, al 31 dicembre 2018, ad euro 2.857.558) sia ancora congruo.

L'Azienda ha riferito che la voce dello stato patrimoniale "*crediti verso clienti privati*" raggruppa i conti relativi alle fatture emesse, a quelle da emettere, nonché alle note di credito da ricevere. Al totale registrato su questi conti viene detratta la quota del fondo svalutazione crediti, riferita a clienti privati, come da indicazione regionale (cfr. nota prot. n. PG/2016/109458 del 20 maggio 2016, in base alla quale, in aderenza alla normativa privatistica, richiamata in merito dal d.lgs. n. 118 del 2011, il fondo svalutazione crediti deve essere portato in diretta diminuzione dei crediti iscritti nell'attivo patrimoniale).

Nello specifico, a fine 2017 la quota di fondo svalutazione crediti detratta dalla voce “crediti verso clienti privati” ammontava ad euro 1.795.170 ed è rimasta sostanzialmente stabile a fine 2018 (euro 1.790.902). Viene ritenuta congrua se rapportata ai crediti aperti.

Alla data del 31 dicembre 2019 risultano riscossi crediti, riferiti a fatture o note di credito anteriori al 2019, per euro 5.454.687.

In tale voce (B.II.7.a) sono registrati crediti verso clienti privati principalmente per rette di degenza in strutture per disabili, psichiatriche ed anziani, per sperimentazioni farmaci e sponsorizzazioni di corsi aggiornamento, per rette per ricoveri in casa di salute e per sanzioni comminate da parte dei vigili sanitari.

La risposta prosegue precisando che, nel corso del 2019, le strutture complesse Bilancio e contabilità e Avvocatura hanno cercato di definire alcuni percorsi di ottimizzazione relativamente alla procedura di recupero crediti. In particolare, è stata creata una cartella condivisa tra le due Strutture al fine di veicolare i “file” (posizioni creditorie) di interesse comune ed avere sempre una situazione aggiornata delle azioni poste in essere da ciascun ufficio e dello stato del recupero, con monitoraggio trimestrale sull’andamento delle attività.

Infine, nella risposta del 27 aprile 2020, l’ASL n. 3 ha fornito la seguente tabella esplicitante l’evoluzione dei crediti “verso clienti privati” (voce ABA670 dello stato patrimoniale) nel quinquennio 2015-2019.

Anno	Crediti verso clienti privati	
	Iscritti al 1° gennaio	Riscossi al 31 dicembre
2015	5.774.565,07	7.413.834,84
2016	7.284.460,91	8.973.090,92
2017	8.404.075,11	7.997.764,42
2018	6.462.602,62	7.461.221,84
2019	7.879.908,60	9.358.062,41

Si è proposto il deferimento in adunanza al fine di valutare, collegialmente, previa eventuale audizione dei rappresentanti di ASL n. 3 e Regione, la complessiva gestione dei crediti verso clienti privati, nonché, alla luce dell’andamento delle riscossioni nell’ultimo quinquennio, la congruità del fondo svalutazione crediti presente in bilancio.

Nella memoria l’ASL n. 3, allo scopo di valutare l’aggiornamento del fondo svalutazione crediti, ha integrato le informazioni del prospetto sopra esposto con il valore, in incremento, relativo alla voce del credito verso clienti privati maturato nell’anno di riferimento.

CREDITI VERSO CLIENTI PRIVATI (SP - VOCE ABA670)			
Conti 025.040.005 - 025.045.005 - 025.050.005			
Anno	Crediti verso clienti privati		
	Iscritti al 1° gennaio	Incrementi dell'anno	Riscossi al 31 dicembre
2015	5.774.565,07	9.343.370,91	7.413.834,84
2016	7.284.460,91	11.612.759,09	8.973.090,92
2017	8.404.075,11	7.833.205,84	7.997.764,42
2018	6.462.602,62	8.634.503,45	7.461.221,84
2019	7.879.908,60	9.289.877,18	9.358.062,41

La lettura del prospetto suggerisce un andamento positivo nella azione di recupero del credito che, tuttavia, resta limitata ad una percentuale ridotta (29%). Alla luce di tale andamento, in sede di chiusura dell'esercizio, si potrà eventualmente adeguare il fondo svalutazione crediti alla data del 31 dicembre 2020.

DETTAGLIO PER ANNO INCASSI 2015-2019 VOCE SP ABA670					
ANNO CREDITO	INCASSATO 2015	INCASSATO 2016	INCASSATO 2017	INCASSATO 2018	INCASSATO 2019
2005	471,37				
2006	811,89	718,14	311,09		
2007	1.414,11				17.329,61
2008	5.261,82	1.787,99	2.717,71	924,05	11.952,93
2009	12.344,66	4.588,96		937,58	3.288,63
2010	1.352,96	6.490,64		305,80	3.416,87
2011	75.588,89	2.306,93	1.583,10	17.821,47	3.342,26
2012	5.036,93	11.090,53	527,70	1.415,40	
2013	2.402,00	3.880,29	125,00	10.616,68	2.604,72
2014	513.141,73	214.758,29	1.486,70		11.485,88
2015	6.796.008,48	1.894.624,81	409.401,88	181.090,22	95.252,61
2016		6.832.844,34	1.586.665,93	410.054,07	322.458,57
2017			5.994.945,31	1.060.500,03	263.648,69
2018				5.777.556,54	1.512.852,59
2019					7.110.429,05
TOTALE	7.413.834,84	8.973.090,92	7.997.764,42	7.461.221,84	9.358.062,41
di cui incassato da anni precedenti	617.826,36	2.140.246,58	2.002.819,11	1.683.665,30	2.247.633,36

Iscritti al 1/1	5.774.565,07	7.284.460,91	8.404.075,11	6.462.602,62	7.879.908,60
Percentuale incassato su residuo anni precedenti	11%	29%	24%	26%	29%

Per semplicità di lettura si è proposto, anche per l'anno 2019, il valore dei crediti al lordo del conto "Fornitori c/note di credito da ricevere", che, giusto in sede di chiusura esercizio 2019, su indicazione della Regione (decreto n. 7824 del 12 dicembre 2019), non risulta più essere compreso nella voce dello stato patrimoniale "ABA670", ma in diminuzione del debito verso fornitori alla voce "PBA302".

CREDITI VERSO CLIENTI PRIVATI (SP - VOCE ABA670)			
Conti 025.040.005 - 025.045.005 - 025.050.005			
Anno	Crediti verso clienti privati		
	Iscritti al 1° gennaio	Incrementi dell'anno	Riscossi al 31 dicembre
2019	7.158.935,12	7.336.638,44	8.685.204,26

La Sezione prende atto dei chiarimenti forniti, sottolineando, tuttavia, la presenza, nello stato patrimoniale 2018, di una cospicua mole di crediti verso clienti privati, per i quali occorre proseguire le azioni tese alla riscossione (con parallela costante verifica della congruità del pertinente fondo di svalutazione).

VII. Debiti verso fornitori

L'indicatore di tempestività dei pagamenti, redatto secondo le modalità previste dal DPCM 22 settembre 2014, ha palesato il rispetto, a livello medio ponderato, dei tempi massimi. Tuttavia, una consistente mole di singoli pagamenti (euro 138.697.052, su un totale di euro 325.063.088, pari a circa il 42 per cento) risulta effettuata, nel 2018, oltre i termini prescritti dal d.lgs. n. 231 del 2002. Pertanto, è stato chiesto di fornire aggiornamenti in ordine alle sottostanti motivazioni, già oggetto di precedente interlocuzione istruttoria.

In proposito, il conto economico degli esercizi 2017 e 2018 ha palesato la presenza di interessi passivi (voce "C.3.C Altri interessi passivi") in riduzione, pari, rispettivamente, a 165 mila e 101 mila euro.

Nella risposta, l'Azienda ha precisato che l'algoritmo utilizzato per il calcolo dei giorni di pagamento tiene conto, da un lato, del differenziale temporale rispetto alla scadenza e,

dall'altro, del peso economico della fattura rapportato a tutti i pagamenti effettuati. Pertanto, pochi giorni di anticipo nel pagamento, rispetto alla scadenza, per fatture di elevato importo, determinano un abbattimento del tempo medio. Di conseguenza, anche se i tempi medi sono in linea con quelli massimi, possano verificarsi, contestualmente, casi di pagamento in ritardo.

Per questi ultimi, precisa la risposta, l'Azienda è chiamata a gestire delle transazioni, che, mentre in alcuni casi portano a negare il riconoscimento di interessi passivi, in altre, soprattutto con determinati tipi di imprese (di factoring, *in primis*), portano a saldare interessi passivi anche per pochi o pochissimi giorni di ritardo.

Preso atto della puntuale esposizione delle azioni attivate dall'ASL n. 3 per ridurre i pagamenti effettuati oltre i limiti massimi (che si omette di riportare in questa sede, in ragione dell'avvenuto inserimento in interlocuzione istruttoria pregressa), si è proposto il deferimento in adunanza al fine di valutare, collegialmente, previa eventuale audizione dei rappresentanti dell'Azienda e, se necessario, della Regione, le misure adottate, in particolare alla luce dei risultati ottenuti nel corso dell'esercizio 2019.

Nella memoria pre-adunanza l'Azienda ha riferito che, nel corso del 2019, sono state effettuate varie azioni, non solo di adeguamento delle procedure organizzative e delle sottostanti istruzioni operative (sulle modalità di protocollo, liquidazione e pagamento delle fatture passive), ma anche di tipo correttivo alla luce dell'esito sui monitoraggi (dapprima mensili e, poi, settimanali). Tali azioni hanno evidenziato un cambio di rotta decisivo, sia in termini di tempi di pagamento che di valore assoluto dei documenti contabili pagati in ritardo (pur in mancanza di un valido supporto da parte della piattaforma contabile in uso, che, nel corso del 2020, vedrà la sua dismissione e sostituzione).

La memoria riporta i principali indicatori, che testimonierebbero il buon esito delle iniziative adottate.

Valore assoluto del fatturato pagato con ritardo

Anno	Valore annuo	Media mensile
2017	158.478.514	13.206.543
2018	137.063.383	11.421.949
2019	122.934.193	10.244.516

Tempi medi di pagamento (rilevazione settimanale 2020)

Settimana	Tempo medio gg
6-10 aprile	23,05
13-17 aprile	15,54
20-24 aprile	14,63
27-30 aprile	17,54
4-8 maggio	24,92
11-15 maggio	20,84
18-22 maggio	22,58
25-29 maggio	27,13

La Sezione prende atto dei chiarimenti forniti, nonché delle azioni adottate nel corso del 2019 e 2020, che hanno prodotto gli esposti miglioramenti, evidenziando, tuttavia, il consistente importo di pagamenti effettuati, nel 2018, oltre i termini prescritti dal d.lgs. n. 231 del 2002, pur nell'osservanza dei tempi massimi calcolati con l'indicatore medio ponderato. Appare necessario proseguire nell'attività di rivisitazione delle procedure amministrative e contabili, anche informatiche, tese a ridurre la mole di pagamenti effettuati oltre i tempi massimi prescritti dalla legge.

P.Q.M.

la Corte dei conti, Sezione regionale di controllo per la Liguria, sulla base dell'esame dei questionari del Collegio sindacale dell'ASL n. 3 "Genovese" sul bilancio degli esercizi 2017 e 2018

accerta

- 1) le perdite d'esercizio registrate negli esercizi 2017 e 2018, contenute entro i limiti autorizzati dalla Regione;
- 2) la presenza, nello stato patrimoniale 2018, di una cospicua mole di crediti verso Regione, risalenti ad esercizi anteriori al 2014, per finanziamenti correnti e per investimenti;
- 3) la presenza, nello stato patrimoniale 2018, di una mole di crediti verso clienti privati, in crescita rispetto al precedente esercizio 2017
- 4) un consistente importo di pagamenti effettuati oltre i termini prescritti dal d.lgs. n. 231 del 2002, pur nell'osservanza dei tempi massimi calcolati con l'indicatore medio ponderato

invita

- a) l'ASL n. 3 *Genovese* a proseguire nell'attività di
 - monitoraggio e controllo sul livello complessivo dei costi, in particolare di quelli oggetto di limitazione in base a regole di finanza pubblica;

- verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, sia internamente che mediante operatori privati accreditati;
- riscossione dei crediti verso clienti privati, nonché di costante verifica della congruità del pertinente fondo di svalutazione;
- rivisitazione delle procedure amministrative e contabili, anche informatiche, tese a ridurre la mole di pagamenti effettuati oltre i tempi massimi prescritti dalla legge

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, nonché ad erogare tempestivamente i finanziamenti deliberati a titolo di ripiano perdite;
- fornire agli enti del SSR apposite direttive tese a garantire il rispetto dei limiti di finanza pubblica imposti a livello di bilancio sanitario regionale, da verificare in sede di conto economico sanitario consolidato;
- garantire l'erogazione dei finanziamenti per spesa corrente, deliberati a favore degli enti del SSR, entro i termini prescritti dalla legge

dispone

la trasmissione della presente deliberazione 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. 3 "Genovese", nonché la pubblicazione, ai sensi dell'art. 31 del d.lgs. n. 33 del 2013, sul sito internet istituzionale della medesima Azienda sanitaria.

Genova, così deciso nella camera di consiglio del 25 giugno 2020.

Il magistrato istruttore

Il Presidente

Depositato in segreteria il 03/08/2020

Il funzionario preposto

