



**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, 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. 3 "Genovese" (di seguito, ASL 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 dell'esercizio 2015, ha fatto emergere alcune criticità, per le quali è stata inviata richiesta istruttoria in data 23 marzo 2017. L'ASL n. 3 ha fornito chiarimenti con la nota di risposta del 20 aprile 2017. Sono residue alcune

A handwritten signature in black ink, appearing to be the name of the relator, Donato Centrone.

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'Asl n. 3 Genovese, il Direttore generale, dott. Bottaro Luigi, il Direttore amministrativo, dott. Bertorello Luigi, il Direttore del dipartimento giuridico, avv. Placido Rosa, il Direttore della struttura complessa-bilancio, dott. Greco Stefano, nonché, in rappresentanza della Regione Liguria, 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. Risultato della gestione operativa**

L'esame dei dati presenti nella relazione redatta dal Collegio sindacale ha permesso di accertare come il risultato della gestione operativa, a causa dell'aumento dei costi superiore all'incremento dei ricavi, peggiori notevolmente, passando dall'importo negativo di euro 2.620.284 nel 2014 a quello, del medesimo segno, di euro 9.458.099 nel 2015. Con lettera istruttoria del 23 marzo 2017 è stato chiesto di chiarirne le motivazioni.

Modello CE DM 15/6/2012	Bilancio d'esercizio 2012	Bilancio d'esercizio 2013	Bilancio d'esercizio 2014	Bilancio d'esercizio 2015	Variazioni 2015 su 2012	Variazioni 2015 su 2014
A) Valore della produzione	1.114.477.000	1.096.658.717	1.077.077.166	1.134.161.562	1,77%	5,30%
B) Costi della produzione	1.111.318.000	1.112.809.686	1.079.697.450	1.143.619.661	2,91%	5,92%
<b>Risultato della gestione operativa</b>	<b>3.159.000</b>	<b>-16.150.969</b>	<b>-2.620.284</b>	<b>-9.458.099</b>	<b>-399,40%</b>	<b>260,96%</b>

Nella risposta istruttoria del 20 aprile 2017, l'Azienda ha sottolineato che la Regione Liguria, con nota prot. n. PG/2015/25325 dell'11 febbraio 2015, ribadita dalla DGR n. 401 del 27 marzo

2015, ha stabilito, per la ASL 3 Genovese, un livello dei costi netti pari a euro 772.900.000, che, a consuntivo, è stato rispettato (euro 772.786.425) con un margine di euro 113.575.

Sul lato dei ricavi, l'Azienda ha evidenziato che la Regione, con DGR n. 1583 del 29 dicembre 2015 e n. 484 del 27 maggio 2016, ha stabilito l'importo del fondo sanitario spettante in complessivi euro 714.485.483, mentre, nell'esercizio 2014, il finanziamento era stato pari a euro 732.588.826, con un decremento di euro 18.103.343. A fronte di ciò, l'Azienda, con l'obiettivo di restare all'interno del tetto di costi sopra citato, ha dovuto intraprendere varie iniziative di risparmio, di cui le più significative sono state riferite all'assistenza farmaceutica convenzionata ed al personale dipendente. Nella prima i risparmi annuali (per euro 2.407.775) sono riconducibili ad un maggiore utilizzo dei farmaci generici e ad un rafforzamento dell'attività di controllo sull'appropriatezza prescrittiva; per il personale il contenimento dei costi (euro 3.353.131) è derivato dalla riduzione del numero dei dipendenti a tempo indeterminato, passato da 4.844 a 4.692 unità (-152).

Si è ritenuto opportuno approfondire le motivazioni che hanno portato al netto peggioramento del risultato della gestione operativa, con particolare riguardo alla riduzione del finanziamento del fondo sanitario regionale (pari a 18 milioni di euro rispetto all'esercizio precedente).

Nella memoria del 27 giugno, l'Azienda ha riferito che il riscontro sarà assicurato dai competenti uffici regionali.

La Sezione prende atto dei chiarimenti forniti dall'Azienda sanitaria, invitando a proseguire l'azione di monitoraggio dei costi sostenuti ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, anche sotto il profilo del congruo rapporto con i "ricavi" conseguiti (in particolare da remunerazione delle prestazioni tariffate).

## **II. Costituzione e certificazione fondi per la contrattazione integrativa**

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 3 ha riferito che i fondi destinati alla contrattazione integrativa per l'anno 2015 sono stati definiti formalmente, in via definitiva, con la deliberazione del Commissario straordinario n. 239 del 22 aprile 2016, e, in base alle tabelle allegate alla risposta istruttoria, è stata verificata l'osservanza dei limiti posti dall'art. 9, comma 2-bis, della legge n. 122 del 2010, come attestato, altresì, dal verbale n. 15 del 22 dicembre 2015 del



Collegio sindacale (che, all'unanimità, ha espresso parere favorevole di compatibilità economico-finanziaria, ex art. 40-bis del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165).

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

L'Azienda, nella memoria del 27 giugno 2017, ha allegato il prospetto riepilogativo aggiornato, specificando che l'indicazione riportata sulla tabella allegata alla risposta istruttoria precedente, ha esposto, erroneamente, il solo provvedimento relativo alla determinazione a consuntivo dei fondi della dirigenza medica e veterinaria. Inoltre, per le altre due aree di contrattazione, sono state emanate le deliberazioni del Commissario straordinario n. 240 del 22 aprile 2016 (per la dirigenza sanitaria-professionale-tecnica-amministrativa, c.d. SPTA) e n. 255 del 5 maggio 2016 (per il personale non dirigente). Le deliberazioni a "consuntivo" erano state precedute da altrettanti provvedimenti di costituzione "preventiva" dei fondi: deliberazione del Direttore generale n. 417 del 29 giugno 2015, per la dirigenza medica e veterinaria; deliberazione del Direttore generale n. 418 del 29 giugno 2015, per la dirigenza SPTA; deliberazione del Commissario straordinario n. 607 del 20 novembre 2015, per il personale non dirigente.

	Preventivo			Consuntivo		
	Delibera DG	Deliberato	Relazione Tecnica	Delibera CS	Deliberato	Relazione Tecnica
<b>DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA</b>	<b>Delibera DG n. 417 del 29/06/2015</b>			<b>Delibera CS n. 239 del 22/04/2016</b>		
Fondo posizione		14.182.964	14.305.932		14.372.512	14.372.512
Fondo accessorie		2.203.218	2.203.218		2.203.218	2.203.218
Fondo risultato medici		693.978	693.978		693.978	693.978
Fondo risultato veterinari		62.617	62.617		62.617	62.617
<b>Totale</b>		<b>17.142.777</b>	<b>17.265.745</b>		<b>17.332.325</b>	<b>17.332.325</b>
<b>DIRIGENZA SPTA</b>	<b>Delibera DG n. 418 del 29/06/2015</b>			<b>Delibera CS n. 240 del 22/04/2016</b>		
Fondo posizione sanitari		1.278.694	1.280.819		1.286.332	1.286.332
Fondo posizione PTA		623.315	623.315		626.289	626.289
Fondo accessorie		153.143	153.143		153.143	153.143
Fondo risultato sanitari		279.102	279.109		279.102	279.102
Fondo risultato PTA		128.642	128.642		128.642	128.642
<b>Totale</b>		<b>2.462.896</b>	<b>2.465.028</b>		<b>2.473.508</b>	<b>2.473.508</b>
<b>PERSONALE DEL COMPARTO</b>	<b>Delibera CS n. 607 del 20/11/2015</b>			<b>Delibera CS n. 255 del 05/05/2016</b>		
Fondo posizione		18.799.659	18.799.659		18.877.881	18.877.881
Fondo accessorie		6.121.388	6.121.388		6.121.388	6.121.388
Fondo risultato		2.303.434	2.303.434		2.303.434	2.303.434
<b>Totale</b>		<b>27.224.481</b>	<b>27.224.481</b>		<b>27.302.703</b>	<b>27.302.703</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>46.830.154</b>	<b>46.955.254</b>		<b>47.108.536</b>	<b>47.108.536</b>

### **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 ridotto 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.

### **III. 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 dall'ASL n. 3 nel medesimo esercizio, pari ad euro 27.450.217, nonché la ritardata erogazione dei finanziamenti attribuiti, allo stesso titolo, per gli esercizi 2011 e precedenti (per complessivi euro 22.255.985).

In riscontro ai chiarimenti richiesti, l'Azienda, nella risposta del 20 aprile 2017, ha fatto presente che la Regione Liguria, con DGR n. 1243 del 30 dicembre 2016, ha deliberato di liquidare alle aziende sanitarie ed enti equiparati, a titolo di copertura delle perdite, compatibilmente con le proprie disponibilità di cassa, la somma complessiva di euro 77.768.043, di cui euro 27.450.217 all'ASL n. 3 Genovese (somma non ancora incassata).

Per quanto riguarda le perdite degli esercizi 2011 e precedenti, l'Azienda ha riferito che risulta ancora da coprire il solo disavanzo del 2004, per il quale la legge 27 dicembre 2006, n. 296, all'art. 1, comma 796, lettera e), aveva precisato che *"ai fini della copertura dei disavanzi pregressi nel settore sanitario, cumulativamente registrati e certificati fino all'anno 2005, per le Regioni come la Liguria che, al fine della riduzione strutturale del disavanzo, sottoscrivono l'accordo di cui alla lettera b) del medesimo comma 796 (piano di rientro del disavanzo), risultano idonei criteri di copertura a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate"*. Su tale base, l'art. 2, comma 4, della legge regionale 3 aprile 2007, n. 15, ha stabilito che il maggior gettito derivante dalla variazione della tassa automobilistica (di cui all'articolo 6 della legge regionale 24 gennaio 2006, n. 2) deve essere destinato alla copertura del disavanzo del settore sanitario regionale per l'anno 2004. Pertanto, annualmente la Regione provvede a liquidare una quota parte delle suddette somme, e, di conseguenza, al 31 dicembre 2016, risulta ancora da ripianare, a titolo di perdita dell'esercizio 2004, l'importo di euro 24.328.056 (che, considerando gli avanzi registrati negli esercizi 1995 e 1996, si riduce ad euro 18.238.396).

Si è ritenuto opportuno il deferimento in adunanza collegiale, al fine di esaminare, in contraddittorio con la ASL n. 3 Genovese 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 l'Azienda ha riferito che il riscontro sarà assicurato dagli uffici regionali interpellati.

### **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, impone alle aziende sanitarie il perseguimento di economicità ed 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 dalle 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. 3 Genovese sul bilancio d'esercizio 2015

#### **accerta**

- a) il risultato negativo della gestione operativa, a causa, principalmente, del decremento del finanziamento annuale regionale;
- b) la chiusura in perdita dell'esercizio 2015

#### **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;
- 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.

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. 3 Genovese, 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)

Depositato in segreteria il 2/9/17  
IL FUNZIONARIO PREPOSTO  
(Dott.ssa Antonella Stattina)  
*Antonella Stattina*



*Fabio Viola*