

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
SUGLI ERRORI IN CAMPO SANITARIO
E SULLE CAUSE DEI DISAVANZI SANITARI REGIONALI**

RESOCONTO STENOGRAFICO

69.

SEDUTA DI MARTEDÌ 16 OTTOBRE 2012

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE ANTONIO PALAGIANO

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:			
Palagiano Antonio, <i>Presidente</i>	3	Barani Lucio (Pdl)	15, 16, 17, 18
Audizione del presidente della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Piemonte, Enrica Laterza, e del procuratore regionale, Piero Carlo Floreani:		Calgaro Marco (UdCpTP)	18, 19
Palagiano Antonio, <i>Presidente</i> ..	3, 9, 11, 14, 20	Floreani Piero Carlo, <i>Procuratore regionale della Corte dei conti per il Piemonte</i>	11, 19
Astegiano Giancarlo, <i>Consigliere della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Piemonte</i>	19	Laterza Enrica, <i>Presidente della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Piemonte</i>	3, 9, 16, 17, 18, 19
		Mezzapesa Giuseppe Maria, <i>Primo referendario della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Piemonte</i>	17, 18

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
ANTONIO PALAGIANO

La seduta comincia alle 12,20.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione del Presidente della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Piemonte, Enrica Laterza, e del procuratore regionale, Piero Carlo Floreani.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del presidente della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Piemonte, Enrica Laterza, e del procuratore generale Piero Carlo Floreani, che desidero ringraziare per aver recepito subito il nostro invito.

Questo incontro si colloca nel ciclo di audizioni che questa Commissione svolge per le regioni con piani di rientro. Il frutto di queste vostre audizioni rappresenterà un contributo per la relazione finale di fine legislatura al Parlamento per la Regione Piemonte e per le altre regioni con piani di rientro.

Nell'ambito di quest'audizione, la Commissione ha l'opportunità di procedere a un approfondimento conoscitivo tramite l'acquisizione di elementi di informazione sulla gestione finanziaria per l'esercizio 2010 e 2011 di tutti gli enti e le aziende del servizio sanitario della Regione Pie-

monte. L'audizione concernerà, pertanto, i profili di interesse istituzionale della Sezione di controllo in relazione agli enti e le aziende del servizio sanitario regionale con specifico riferimento ai risultati della gestione dei predetti enti e alla relativa esposizione debitoria. A tal proposito, chiedo alla dottoressa Laterza di soffermarsi, in particolare, sulle eventuali criticità rilevate dalla Sezione attraverso i questionari di cui all'articolo 1, comma 170, della legge n. 266 del 2005.

Per quanto riguarda il procuratore Floreani, l'audizione concederà i profili di interesse istituzionale della Procura regionale con riferimento a eventuali ipotesi di danno erariale accertato nei confronti dei soggetti che operano negli enti e nelle aziende del servizio sanitario regionale.

In tale occasione potranno, pertanto, essere trattati argomenti riconducibili alle attribuzioni di questa Commissione ai sensi della delibera istitutiva del 5 novembre 2008. Mi riferisco, in particolare, agli errori in campo sanitario e ai profili risarcitori e assicurativi connessi. L'indagine riguarda anche la cattiva o inefficiente gestione di risorse e fondi sanitari pubblici e, infine, situazioni di scarsa trasparenza ed economicità di procedure di affidamento di forniture di beni e servizi in ambito sanitario.

La Commissione resta disponibile, se lo desidererete, ad acquisire il vostro contributo anche in forma scritta al termine di quest'audizione. Ringrazio sin d'ora il presidente Laterza e il procuratore Floreani, ai quali cedo la parola.

ENRICA LATERZA, *Presidente della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Piemonte.* Abbiamo aderito volentieri e prontamente all'invito della Commissione per mettere a disposizione

del Parlamento le acquisizioni e i risultati dei controlli che la Sezione di controllo della Regione Piemonte ha in questi anni portato a termine. Abbiamo presentato una relazione scritta e allegato a questo documento gli ultimi referti adottati dalla Sezione sui temi specifici della sanità. Procederò a una lettura veloce del documento stesso.

La Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Piemonte ha posto, negli ultimi anni, una particolare attenzione al settore sanitario quale nodo nevralgico della finanza regionale con analisi specifiche sul servizio sanitario regionale piemontese. Queste si sono aggiunte alle analisi operate a livello nazionale dalle Sezioni riunite della Corte, nel più ampio quadro della finanza pubblica, e dalla Sezione delle autonomie, che presenta un referto annuale al Parlamento.

Il settore è stato oggetto di osservazione da parte della Sezione di controllo della Regione Piemonte in referti generali sulla finanza della Regione nell'ambito di indagini specifiche programmate dalla Sezione relativi alla sanità nel suo complesso o a particolari settori, come *l'intramoenia*, nonché oggetto di controlli eseguiti ai sensi dell'articolo 1, comma 170, della legge finanziaria per il 2006, che ha intestato alle Sezioni regionali di controllo ulteriori e più specifici compiti di controllo finanziario e contabile sugli enti del Servizio sanitario nazionale. Le considerazioni svolte in questo documento sono, quindi, essenzialmente il frutto dei controlli che sono stati eseguiti in questi anni e sono rinvenibili nelle citate relazioni che abbiamo prodotto e presentato.

Tuttavia, va precisato che quelli relativi alle singole aziende e riportati nelle tabelle allegate al documento e afferenti agli esercizi 2010 e 2011 sono dati parziali forniti dalla Regione, ovvero non rilevati direttamente dalla Sezione sui bilanci delle aziende che li presentano con fortissimi ritardi. Su questo aspetto mi soffermerò nel prosieguo della relazione.

Il documento è diviso in due parti: una prima, dedicata ai profili generali della spesa sanitaria della Regione Piemonte;

una seconda, dedicata agli aspetti specifici della gestione economico-finanziaria delle aziende sanitarie.

Nell'introduzione, sono stati fatti brevi cenni sulle caratteristiche sanitarie del sistema sanitario piemontese, negli ultimi anni oggetto di una serie di riorganizzazioni strutturali indotte dalla necessità di ridurre i livelli di spesa con interventi che si sono succeduti nel tempo. Si è, infatti, ridotto il numero delle aziende sanitarie che, a decorrere dal 3 aprile di quest'anno, in attuazione del piano socio-sanitario per il 2012-2015, approvato nell'aprile 2012 dal Consiglio regionale, sono state riorganizzate in sei federazioni sovrazionali, a cui afferiscono 13 aziende sanitarie locali, 6 aziende ospedaliere, di cui 2 ospedaliere universitarie, nonché l'azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino, che deriva dalla fusione di 3 aziende ospedaliere precedenti.

Rispetto alla media nazionale, il servizio sanitario piemontese presenta la peculiare caratteristica di una maggiore quota di servizi erogati direttamente nelle aziende sanitarie regionali e una minore presenza di ospedali pubblici non regionali, quali gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico o i policlinici universitari, e quindi di una minore presenza anche di soggetti erogatori privati, fatto che incide pesantemente, come si vedrà in seguito, sull'organizzazione e sulla gestione del servizio.

La distribuzione della popolazione e la dislocazione delle strutture sanitarie sul territorio incidono, inoltre, sulla mobilità sia regionale sia extraregionale. In particolare, il saldo della mobilità extraregionale è negativo per la Regione Piemonte, nel senso che sono maggiori le prestazioni ricevute in altre regioni da parte di persone servite dal servizio sanitario piemontese rispetto alle prestazioni erogate da quest'ultimo nei confronti di pazienti provenienti da altre regioni. I fattori determinanti il fenomeno possono essere i più vari, non necessariamente legati all'idoneità delle strutture ospedaliere.

Un altro aspetto particolarmente osservato nelle relazioni è quello della programmazione del sistema sanitario regionale. La Sezione ha costantemente segnalato forti criticità nella programmazione sia regionale sia aziendale. Si evidenzia, in primo luogo, la mancata approvazione per quasi un decennio del piano socio-sanitario, risultando quale atto fondamentale di programmazione regionale il piano per il 1997-1999, sino all'approvazione nell'ottobre 2007 del nuovo piano socio-sanitario per il triennio 2007-2010.

Da ultimo, come dicevo, con deliberazione del consiglio regionale del 3 aprile 2012, è stato approvato il piano socio-sanitario regionale per il quadriennio 2012-2015. Questo individua gli obiettivi generali di salute e di benessere da assumere per la programmazione locale e le linee di governo dei servizi socio-sanitari in coerenza, almeno nelle intenzioni, con i principi che hanno ispirato la definizione degli obiettivi del piano di rientro e del relativo *addendum*, di cui dirò più avanti.

Il piano socio-sanitario ha previsto la costituzione di quelle federazioni sovrazonali cui si accennava, ovvero di società consortili in capo alle quali sono poste attività in precedenza svolte da ciascuna azienda sanitaria regionale singolarmente per generare economia di scala, attività quali acquisti, stoccaggio, distribuzione e controllo di gestione e anche altre attività generali. Inoltre, il piano socio-sanitario ha quale elemento fondante la programmazione della rete ospedaliera per fornire un miglioramento nell'appropriatezza delle prestazioni di livello ospedaliero e un connesso risparmio di risorse.

Riservandosi la Sezione di verificare l'attuazione di dette misure, non può comunque sottacersi, al riguardo, come negli ultimi referti si sia dato atto della strategia di razionalizzazione dell'offerta di assistenza ospedaliera con contestuale rafforzamento dell'assistenza territoriale già in passato perseguita dalla Regione. Tuttavia, essendo rimasto invariato il tasso di ospedalizzazione e il numero di ricoveri evitabili, si è dedotto che l'incremento del-

l'offerta territoriale sia stato principalmente aggiuntivo e non sostitutivo dell'assistenza a livello ospedaliero.

Anche con riferimento alle misure tese a razionalizzare i costi degli acquisti di beni o servizi, le analisi svolte dalla Sezione hanno rilevato come le misure poste in essere, o quanto meno l'applicazione che di esse si è data nel periodo esaminato, non abbia portato a risultati degni di nota in termini di risparmi di spesa. I costi in esame, infatti, sono risultati crescere nel triennio preso in considerazione, 2009-2011, nonostante gli interventi posti in essere dalla Regione per la razionalizzazione delle politiche di acquisto. Solo nel 2011, dai dati da ultimo trasmessi dalla Regione e sui quali, però, la sezione si riserva di effettuare un'attenta verifica dei valori definitivi — ripeto, infatti, che ci sono pervenuti di recente e sono stati mandati dalla Regione — i costi per acquisti di beni e servizi sembrano diminuire.

Queste considerazioni assumono particolare importanza atteso che la razionalizzazione degli acquisti e dell'offerta di assistenza ospedaliera costituiscono le linee portanti degli interventi contenuti nel piano di rientro.

In relazione a questo, ai fini dell'accesso all'integrazione al finanziamento per il 2004 la Regione Piemonte, in data 29 luglio 2010, ha sottoscritto con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze un accordo con il quale si è impegnata ad attuare un piano di rientro, riqualificazione e riorganizzazione del servizio sanitario regionale per gli anni 2010-2012. A detto piano hanno fatto seguito il programma attuativo e, nel febbraio 2011, un *addendum* che la Regione ha successivamente proposto tenuto conto, da un lato, delle verifiche sui conti relativi alla prima parte del 2010, dall'altro, degli indirizzi strategici della giunta che *medio tempore* si era insediata.

Sulla base di quest'accordo, la Regione, ove adempiente agli impegni assunti, potrà eventualmente recuperare il maggiore fi-

nanziamento che, altrimenti, sarebbe andato perduto a causa del mancato rispetto dell'equilibrio economico-finanziario verificatosi nel 2004. Il piano propone interventi finalizzati a perseguire l'equilibrio della gestione del servizio sanitario regionale puntando, in particolare, sulla razionalizzazione della rete dell'emergenza ospedaliera, della rete dei laboratori di analisi e della rete di degenza.

L'attuazione del piano sembra aver prodotto effetti riscontrabili nella contrazione dei costi cui si accennava e rilevata dai dati provvisori relativi all'esercizio 2011. Dalle riunioni congiunte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e del Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza emergono, tuttavia, ancora delle criticità.

All'ultima riunione del luglio 2012 alcune delle criticità precedentemente rilevate si sono ritenute in parte superate. Si sono, in ogni caso, evidenziati aspetti problematici persistenti con riguardo, ad esempio, al piano di ridefinizione della rete ospedaliera, come l'eccesso di posti letto post-acuzie o l'insufficienza delle azioni intraprese sulla rete dell'emergenza e urgenza e la persistente assenza di provvedimenti sulla *governance* del sistema, con particolare riferimento alla razionalizzazione di beni e di servizi.

Si sono rilevate, inoltre, ancora in sede di Tavolo tecnico di verifica, importanti carenze informative nella relazione patrimoniale con particolare riguardo alle posizioni creditorie delle aziende da Stato e da Regione, che confermano le criticità rilevate anche da questa Sezione di controllo. Su questo aspetto nel documento si ritorna anche in seguito. Infine, sempre nell'ultimo tavolo di monitoraggio, è emerso un disavanzo per l'anno 2011 di circa 274 milioni di euro, ivi compresi gli ammortamenti non sterilizzati, che la Regione però riesce a coprire con risorse del proprio bilancio.

Come tutti ben sappiamo, la principale spesa sostenuta dalle regioni è quella sanitaria, che ha una componente prevalente che rientra nella spesa corrente e una quota di gran lunga inferiore riferita alla

spesa per investimenti. Nel 2011, al settore sanitario la Regione Piemonte ha destinato l'importo complessivo di 8 miliardi 303 milioni di euro, che costituiscono quasi il 77 per cento della spesa regionale complessiva. In particolare, la spesa impegnata in favore delle aziende sanitarie è stata pari a 8 miliardi 179 milioni di euro, mentre la spesa riferita da altri compiti regionali in materia sanitaria è stata pari a 123 milioni di euro.

Dal prospetto che è stato inserito nel testo di questa relazione emerge che l'importo della spesa impegnata in favore delle aziende sanitarie nel 2011 in termini assoluti è lievemente inferiore a quella impegnata nel 2010 e in linea con gli impegni del 2009; in termini percentuali, rispetto alla spesa corrente complessiva, è superiore a quello degli esercizi precedenti. Quanto alle fonti di finanziamento, la spesa sanitaria regionale è stata finanziata con fondi di derivazione statale provenienti dal riparto del fondo sanitario nazionale, con ulteriori fondi statali con vincolo di destinazione e con fondi regionali aggiuntivi a causa del disavanzo del settore.

Dalla tabella inserita nel testo a pagina 12 risulta con evidenza che in ogni anno del triennio considerato, 2009-2011 – ma il fenomeno è risalente nel tempo – vi è stato un finanziamento regionale aggiuntivo da parte della Regione destinato a coprire il disavanzo annuale. Esso è andato, comunque, diminuendo nel triennio, passando dai 392 milioni di euro del 2009 ai 280 del 2011. Ovviamente, le aziende sanitarie, al fine di coprire i costi del servizio, oltre al finanziamento proveniente dal bilancio regionale, dispongono di entrate dirette, quali la compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, i ricavi diretti per introiti *intramoenia*, fatturazioni dirette e altri cespiti.

Anche la spesa per investimenti destinati al settore sanitario è diminuita negli ultimi anni, come risulta dai dati riportati nelle tabelle inserite nel testo a pagina 12. La spesa per investimenti, infatti, nel 2011 ammonta a 91 milioni di

euro e costituisce circa il 12 per cento della spesa complessiva regionale per investimenti.

Una particolare attenzione è stata posta dalla Sezione sull'aspetto relativo alla gestione dei residui della Regione e i conseguenti rapporti finanziari con le aziende. Alla chiusura dell'esercizio 2011 i residui attivi della Regione, i crediti cioè non ancora riscossi, sono stati accertati in misura pari a circa 4 miliardi di euro al netto delle partite di giro. Di questi, quelli riferiti al settore sanità, che consistono principalmente in crediti nei confronti dello Stato, sono complessivamente pari a un miliardo 344 milioni di euro.

L'ammontare dei residui attivi è molto elevato, soprattutto se si considera che si tratta di crediti riferiti al riparto delle risorse del fondo sanitario nazionale che, a eccezione degli importi congelati in attesa dell'attuazione del piano di rientro, dovrebbero essere versati tempestivamente trattandosi di importo rilevante.

Sarebbe opportuno — la Sezione lo ha rimarcato in varie occasioni alla regione — che questo importo fosse riconciliato con i dati del Ministero dell'economia e delle finanze al fine di verificare l'effettiva sussistenza delle ragioni di credito, e quindi procedere alla riscossione di questi crediti, ovvero, in caso negativo, alla cancellazione degli stessi con un conseguente peggioramento del risultato di amministrazione della Regione.

Sul fronte delle uscite, l'ammontare complessivo dei residui passivi della Regione al termine dell'esercizio 2011, sempre al netto delle partite di giro, è pari a 4 miliardi 784 milioni di euro, ripartiti tra spesa corrente e spesa in conto capitale. Di questi, i residui passivi riferiti al settore della sanità, consistenti principalmente nei debiti della Regione nei confronti delle aziende sanitarie, ammontano a circa un miliardo 500 milioni di euro.

A questo proposito, anche in considerazione della cancellazione di alcuni impegni riferiti alla gestione 2009 disposta dalla giunta regionale nel 2010, la Sezione nelle sue relazioni ha rilevato l'opportu-

nità che la Regione proceda a una complessiva riconciliazione contabile della propria situazione debitoria nei confronti delle aziende sanitarie al fine di verificare l'effettiva sussistenza dei crediti di queste ultime.

La questione è stata affrontata anche al Tavolo di monitoraggio ed è in corso la verifica dei rapporti finanziari tra Regione e aziende sanitarie, che l'amministrazione regionale ha affidato a una società di revisione per accertare l'effettività dei rapporti di debito/credito nei confronti delle aziende sanitarie. Si tratta di una verifica assolutamente necessaria poiché le risultanze degli accertamenti potrebbero incidere negativamente sulla complessiva gestione finanziaria regionale laddove emergessero ulteriori situazioni di debito nei confronti delle aziende sanitarie, pertanto con incidenza negativa sul risultato finanziario della Regione e con la necessità per la Regione stessa di individuare altre specifiche fonti di finanziamento.

Per quanto riguarda la cancellazione degli impegni cui si è testé accennato, va rilevato che l'esigenza di sopperire alla crisi di liquidità del sistema sanitario ha origine in un'anticipazione straordinaria, pari a 509 milioni di euro, a cui la Regione ha fatto ricorso nel 2009 a fronte di trasferimenti attesi dallo Stato relativamente ai finanziamenti statali della spesa sanitaria per gli anni 2001 e 2004, anticipazione per la quale sono stati successivamente disposti provvedimenti di cancellazione degli impegni.

Si tratta di un tipo di operazione già verificatasi in passato. In particolare per quanto riguarda il 2009, in attuazione di una delibera di giunta del marzo 2010, si sono invitate le direzioni e le strutture speciali a procedere alla riduzione in misura non inferiore al 16 per cento degli impegni di spesa la cui obbligazione contabile non risultasse scaduta al 31 dicembre 2009. Conseguentemente, sono stati cancellati impegni per un importo complessivo di 709 milioni di euro, di cui 509 attengono alla sanità regionale essendosi

cancellato, appunto, l'impegno relativo al rimborso della citata anticipazione straordinaria.

Da quanto risulta, dunque, è stata effettuata la cancellazione di impegni di risorse destinate al rimborso dell'anticipazione passiva straordinaria, comunque trasferita per cassa alle aziende, senza riassunzione delle stesse somme nell'esercizio successivo. Per tale operazione, invece, continuano a essere assunti impegni per il pagamento all'ente creditore degli interessi passivi maturati.

Sulle operazioni descritte la Sezione ha formulato, nelle proprie relazioni, alcune considerazioni critiche. In generale, si è rilevato come operazioni siffatte alterino non solo il bilancio d'esercizio su cui incidono le cancellazioni o riduzioni, non risultando più registrati impegni contabili in corrispondenza degli impegni giuridici di competenza di quell'esercizio, ma anche il bilancio d'esercizio in cui sono eventualmente riassunti trattandosi di impegni di competenza di esercizi precedenti.

Con particolare riguardo all'operazione compiuta nel 2009, si è rilevato che la mancata iscrizione nei bilanci 2010 e 2011 delle risorse destinate al rimborso della descritta anticipazione ha causato, in definitiva, permanendo l'obbligo di restituzione nei confronti dell'istitutore, un debito sommerso, non più evidenziato nel bilancio della Regione e con effetto fuorviante sugli equilibri.

Al riguardo, comunque, la Regione ha comunicato di recente che nel corso dell'esercizio 2012 ha impegnato e versato l'importo di 111 milioni di euro a parziale estinzione del debito. Ha precisato, inoltre, che sempre nel corso del 2012 provvederà allo stanziamento di un importo pari a 63.000 euro, che sarà destinato alla restituzione di un'ulteriore quota. La quota di anticipazione che residuerà al termine dell'esercizio 2012, pari a 335 milioni di euro, sarà finanziata nel bilancio pluriennale 2013-2015.

Sono state, inoltre, a pagina 18 indicate le principali criticità rilevate nella gestione economica finanziaria delle aziende a seguito dei controlli eseguiti dalla Sezione.

In primo luogo, sono da evidenziare i fortissimi ritardi nell'adozione dei bilanci delle aziende sanitarie, una prassi negativa iniziata con il bilancio 2008, ma aggravatasi nel 2009, esercizio per il quale il bilancio è stato adottato da tutte le aziende sanitarie regionali con ben oltre un anno di ritardo rispetto al termine prescritto del 30 aprile dell'anno successivo, e cronicizzatasi anche negli anni a seguire. Anche i bilanci per il 2010 sono stati adottati, infatti, con più di un anno di ritardo e a tutt'oggi alcuni non risultano ancora adottati. La Sezione ha ritenuto che i rilevanti ritardi riscontrati costituiscono una grave irregolarità suscettibile di arrecare pregiudizi alla gestione delle aziende non già solo per essere in contrasto con le previsioni di legge nazionali e regionali, ma per le importanti conseguenze sulla programmazione del servizio sanitario, oltre che sui relativi controlli.

In particolare, si è evidenziato come possa risultare fuorviata la stessa assegnazione di risorse alle aziende in quanto effettuata sulla base di dati di bilancio non definitivi e di piani di rientro aziendali costruiti avendo come riferimento dati provvisori. Inoltre, si sono rilevate conseguenze sui tempi e sulle procedure di valutazione dei direttori, ritardandosi la possibilità di applicare eventuali sanzioni e procrastinando gestioni inefficienti.

Per quanto riguarda i risultati di esercizio delle aziende sanitarie, nel sistema sanitario piemontese, come si può rilevare dalle tabelle allegate, tutte registrano un risultato economico negativo in tutti e tre gli esercizi considerati, 2009, 2010 e 2011. La somma delle perdite nel complesso registrato delle aziende nel 2009 ammonta a 124 milioni di euro ed è superiore a quella dell'esercizio precedente. I dati provvisori forniti dalla Regione per il 2010 e il 2011 evidenziano ancora risultati complessivi fortemente negativi, pari a 144 milioni di euro nel 2010 e 126 ancora nel 2011.

Al riguardo, si ritiene rilevante sottolineare, stando a quanto rilevato dall'analisi su 2009 e 2010, che le perdite dell'esercizio non sono mai precedute da una vera

e propria autorizzazione preventiva da parte della Regione. In altri termini, molte aziende tendono a considerare la copertura anticipata dei disavanzi finanziari come un'implicita autorizzazione della perdita. Inoltre, nella relazione sulla gestione dei direttori generali è raro trovare riferimenti alle cause delle perdite. La maggior parte dei direttori, infatti, rilevando che la perdita è costituita, per lo più esclusivamente, da poste non monetarie, ha ritenuto di non dover fornire ulteriori precisazioni.

Per le stesse ragioni, pochi collegi sindacali si sono espressi in merito alle modalità di copertura delle perdite e alla loro attendibilità. Tanto induce, innanzitutto, a una riflessione rispetto all'entità delle perdite finanziarie rilevate e, soprattutto, alla dinamica con cui la Regione provvede alla loro copertura, ovvero alla tendenza a una gestione della spesa che non responsabilizza pienamente le aziende sanitarie.

In tutte le analisi svolte sui bilanci delle aziende sanitarie, questa Sezione ha rilevato gestioni delle spese non correlate strettamente alle risorse esistenti, affidandosi il ripiano delle perdite a successivi maggiori finanziamenti regionali e statali. Quanto rilevato risulta, peraltro, confermato dal sostanziale svuotamento di significato del bilancio previsionale. Una legge regionale del 1995 imporrebbe alle aziende di adottare un bilancio economico di previsione entro il 31 ottobre di ogni anno e di rappresentare la previsione annuale dei costi e dei ricavi di gestione in pareggio, norma generalmente disattesa.

Si rileva ancora come questa Sezione abbia sempre stigmatizzato nelle relazioni la prassi della Regione di destinare i contributi regionali a coprire non complessivamente le perdite economiche, ma solo le poste monetarie, le quali invece, non trovando copertura, sono destinate a incidere negativamente sul patrimonio netto dell'azienda depauperandolo. In ogni caso, i chiari segnali circa la necessità di modificare questa prassi sin qui seguita sono rilevabili nel decreto legislativo n. 118 del 2011 sull'armonizzazione dei

sistemi contabili e sono, inoltre, stati recepiti negli indirizzi emersi dagli ultimi tavoli tecnici per la verifica degli adempimenti regionali.

Venendo ai costi di produzione delle aziende, l'analisi svolta ha evidenziato un incremento dei costi di produzione dal 2008 al 2009 e, stando ai dati provvisori acquisiti, i costi si incrementano anche nel 2010, riducendosi invece lievemente nel 2011, presumibilmente per effetto delle misure assunte con il piano di rientro. Come già accennato, rispetto alla media nazionale, il sistema sanitario piemontese ha una maggiore quota di servizi erogati direttamente dalle aziende sanitarie regionali, e quindi la spesa per il personale e per acquisti di esercizio rappresenta la voce che maggiormente incide sui costi.

La spesa del personale, come si può evincere dalle tabelle allegate, è cresciuta dal 2008 al 2009 del 4 per cento; i dati provvisori relativi agli esercizi successivi evidenziano un ulteriore incremento nel 2010, pari all'1,71 per cento, e una riduzione nel 2011. Altra voce che incide significativamente sui costi della produzione è quella relativa agli acquisti di beni e servizi, che registra incrementi rilevanti nel 2009 e nel 2010. Anche per questa voce si rileva una lieve riduzione nel 2011.

Tra gli acquisti di beni e servizi assume particolare rilievo la spesa farmaceutica, che ha registrato nel suo complesso un aumento, dal 2008 al 2009, del 3,13 per cento. Anche nel 2010 si registra un incremento, del 2,78 per cento.

PRESIDENTE. Quale spesa farmaceutica?

ENRICA LATERZA, Presidente della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Piemonte. Quella complessiva. Nel 2011, invece, si assiste a una flessione del 3,62 per cento.

La rilevata incidenza della spesa farmaceutica sui costi complessivi rende particolarmente significative le risultanze del monitoraggio effettuato dall'AIFA sul rispetto dei tetti programmati per la spesa farmaceutica. Da questo monitoraggio

emerge lo sfioramento, in Piemonte, del tetto programmato per la spesa ospedaliera nonché, conseguentemente, per la spesa farmaceutica complessiva in tutti gli esercizi considerati, dunque anche nel 2011. Al fine di migliorare questi risultati diviene particolarmente rilevante l'indicazione, da parte della Regione, di specifici obiettivi per la spesa farmaceutica e per le stesse ragioni occorrerebbe una maggiore attenzione alle misure di controllo dell'appropriatezza prescrittiva.

Sempre in riferimento ai costi delle aziende, si vuole anche sottolineare e rilevare che, dall'esame svolto sugli esercizi dal 2006 al 2010, è emerso che le rimanenze all'inizio di ciascun anno risultano costantemente inferiori a quelle di fine anno. Si acquista, dunque, una quantità di beni superiori al consumo degli stessi. Alte percentuali di giacenze di magazzino non solo comportano l'immobilizzazione di rilevanti risorse finanziarie, ma possono, nel contempo, generare spreco di risorse per il deterioramento e la scadenza di materiali sanitari o per l'obsolescenza di beni a fecondità semplice ad alto contenuto tecnologico.

Una particolare attenzione è stata posta dalla Sezione, ed è stata quindi anche rimarcata in questo documento, all'aspetto della situazione creditoria e debitoria delle aziende verso la Regione e la crisi di liquidità delle aziende. Dall'analisi sui dati patrimoniali delle aziende emerge un credito complessivo delle aziende sanitarie regionali verso la Regione al netto dei debiti di 2.802,6 milioni di euro nel 2009, situazione che appare peggiorare nel 2010 e nel 2011, stando almeno ai dati provvisori trasmessi dalla Regione. Nel 2011, addirittura, si arriverebbe a un credito complessivo di 3 miliardi 131.000 euro.

Le analisi svolte hanno evidenziato l'entità e la vetustà dei crediti nei confronti della Regione per tutti gli enti del servizio sanitario piemontese, sia per i crediti di parte corrente sia per quelli di parte capitale. Ovviamente, la situazione sopra descritta influisce negativamente sulle disponibilità liquide, e dunque sulla situazione debitoria delle singole aziende, co-

stringendo le stesse, da un lato, a ricorrere ad anticipazioni di tesoreria che generano a loro volta interessi, dall'altro, a tardare in maniera quasi sistematica i pagamenti ai fornitori, facendo di questa modalità una sorta di autofinanziamento oneroso. Tutto ciò ha un'incidenza forte sulle possibilità di una corretta e puntuale programmazione influenzando sulla gestione e sui costi e assorbendo, di fatto, risorse da destinarsi all'assistenza sanitaria.

In particolare, si evidenzia che i debiti verso i fornitori ammontano nel 2011 a 2 miliardi 643.000 euro, con interessi di mora pari a circa 6 milioni, incrementandosi nel quadriennio del 40,70 per cento. I debiti verso istituti tesoreria ammontano, sempre nel 2011, a un miliardo 143 milioni di euro, comprensivi di interessi per 15 milioni.

In riferimento al debito, si accennerà molto brevemente a una operazione di ristrutturazione del 2006 e attuata nel 2007 di ripiano del debito commerciale. In particolare, la Regione ha ottenuto le risorse per il risanamento del disavanzo del 2004 attraverso un'operazione di cessione del credito e delegazione di pagamento relativa ai debiti delle aziende sanitarie. I due principali obiettivi che si è inteso perseguire con quest'operazione sono stati la riduzione della spesa sanitaria mediante il contenimento per le spese per oneri legali e interessi di mora e il completamento, entro il 31 dicembre 2006, del risanamento del deficit sanitario corrente al fine di ottenere risorse finanziarie previste a titolo premiale.

L'operazione ha consentito il perseguimento di quest'ultimo obiettivo, ma la considerazione complessiva e globale degli atti posti in essere, dei costi correlati e degli effetti prodotti evidenzia come la Regione Piemonte per ripianare il debito generato dalle ASL ne abbia traslato parte dai fornitori alle banche, ottenendo contestualmente risorse integrative previste dal fondo sanitario nazionale, ma con una destinazione di risorse pubbliche al sistema bancario in quanto a questo stesso sono stati riconosciuti indennizzi forfetari.

Per quanto riguarda l'attività *intramoenia*, la Sezione regionale di controllo per il Piemonte ha svolto una specifica analisi sui dati economici dell'attività libero-professionale intramuraria nonché sugli aspetti più strettamente gestionali nel 2010. I dati non sono, quindi, aggiornati, ma si riferiscono alle risultanze relative al 2010.

Rinviando alla relazione per un approfondimento sui risultati dell'analisi, basterà in questa sede evidenziare per sommi capi le principali criticità. Si è rilevata una diffusa carenza di strutture dedicate all'attività libero-professionale da imputarsi anche ai ritardi nell'attuazione degli interventi di ristrutturazione finanziati con i fondi all'uopo dedicati. Le maggiori criticità si sono riscontrate, tuttavia, con riguardo agli strumenti di governo aziendale della libera professione. Notevoli carenze sono state rilevate con riguardo ai controlli previsti dalle leggi, dalle circolari regionali, non si è riscontrato un pieno controllo sui limiti e i volumi di attività. Va, tuttavia, detto che la Regione, a seguito dei rilievi contenuti in questa relazione, ha emanato nel maggio 2011 una circolare indicando direttive alle aziende sugli aspetti che sono stati rilevati dalla Sezione.

Con questa sintetica analisi si è inteso mettere in luce le principali criticità rilevate nel servizio sanitario piemontese, di cui ci si auspica un superamento anche in virtù dell'attuazione delle misure di riorganizzazione e pianificazione previste nel piano di rientro e nel nuovo piano socio-sanitario regionale, volti ad assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza con una razionalizzazione dei costi. Resta da verificarne gli effetti in termini di funzionalità e risparmio di risorse. Si sono rilevate a oggi, in particolare per il 2011, delle lievi contrazioni dei costi, peraltro riconducibili anche alle misure di contenimento operanti a livello nazionale, quali gli interventi in materia di contenimento della spesa farmaceutica o il blocco dei contratti collettivi nazionali di lavoro.

Il pericolo paventato sull'esperienza degli anni passati e sui rilievi effettuati in

sede di verifica dell'attuazione del piano di rientro è, da un lato, che alle delibere regionali recanti atti di programmazione non seguano necessarie ed efficaci attività operative; dall'altro, che una continua riformulazione dei programmi renda difficile il perseguimento degli obiettivi.

Tutto ciò appare particolarmente significativo nella prospettiva di ulteriori tagli al settore e considerati i due elementi peculiari che caratterizzano il sistema sanitario piemontese: la necessità negli ultimi esercizi rilevata di una quota rilevante di finanziamento regionale aggiuntivo da parte della Regione per coprire i disavanzi e il rischio che dalla riconciliazione contabile della situazione debitoria nei confronti delle aziende sanitarie possano emergere ulteriori situazioni di debito nei confronti delle aziende sanitarie, con incidenza negativa, quindi, sul risultato finanziario della Regione e la necessità per la stessa di individuare altre specifiche fonti di finanziamento.

PRESIDENTE. Ringraziamo la dottoressa Laterza. Porremo delle domande dopo aver audito il procuratore Floreani, al quale chiedo di descrivere anche le funzioni giurisdizionali della procura che attengono all'inibizione di certe pratiche che, evidentemente, non fanno tornare i conti. Nel caso in cui il tempo a disposizione non dovesse essere sufficiente per la replica, potremmo in seguito ricevere delle risposte integrative per iscritto.

Ricordo che il Piemonte è forse la Regione più indebitata del nord, almeno nel comparto sanitario, e quindi è particolarmente attenzionata da questa Commissione. Bisogna capire anche voce per voce cosa non va, per cui chiedo innanzitutto al procuratore di provare a spiegarci: quali funzioni sono attribuite alla procura della Corte dei conti e cosa si fa davanti a questo quadro che mi sembra davvero drammatico?

PIERO CARLO FLOREANI, Procuratore regionale della Corte dei conti per il Piemonte. Chiedo scusa a codesta Commissione di non essermi premunito della

documentazione, che mi riservo comunque di inviare, sul presupposto, forse non adeguatamente ponderato, circa la scarsa significatività dei dati che può offrire una procura in relazione all'oggetto dei temi trattati qui o all'interesse della stessa Commissione parlamentare d'inchiesta.

L'incidenza della procura per le sue funzioni di perseguire i danni erariali non in quanto tali, ma in quanto commessi con dolo o colpa grave da parte di amministratori pubblici, quindi nella fattispecie quelli del comparto sanitario, ha una caratteristica assolutamente frammentaria. Sono sicuramente dati di un certo rilievo quelli attinenti all'esercizio delle nostre azioni di responsabilità diretta a perseguire questi danni o alle sentenze di condanna che hanno accertato positivamente gli illeciti amministrativi che abbiamo portato alla loro attenzione. Avrei ritenuto che, invece, fossero scarsamente interessanti i dati relativi a denunce o segnalazioni pervenute all'ufficio della procura e attinenti ai temi che qui stiamo trattando. Ciononostante, si possono enucleare ampi settori meritevoli di approfondimento di indagine.

Esistono esempi di danni ricorrenti e correlati all'acquisizione di beni e servizi delle amministrazioni sanitarie, ma che probabilmente non hanno caratterizzazioni particolari. Più interessanti sono, invece, gli illeciti amministrativi, come li definiamo, ossia quelli che fanno riferimento a errori sanitari o, comunque, in maggiore correlazione con i compiti assegnati alle aziende sanitarie. Possono essere errori diagnostici o terapeutici, che espongono quindi l'amministrazione a una responsabilità civile verso terzi. Questo probabilmente è il settore più ampio. Ci sono anche quelli correlati alle prescrizioni di farmaci, dove possono annidarsi fenomeni ampiamente non regolari, e quindi eventualmente suscettibili di generare un danno erariale.

Quest'esperienza è stata molto forte — posso dirlo anche se non è di immediato interesse — in Liguria, per esempio, dove ha formato oggetto di un'ampia richiesta di tutela di tipo risarcitorio. Va tenuto

presente, soprattutto in relazione all'invito del presidente sulla funzione della Corte, che il ruolo di riportare le amministrazioni nell'alveo di una corretta gestione in senso lato è offerta attraverso un mezzo a senso unico, ossia l'azione per il risarcimento dei danni subiti. Le forme di tutela cautelare interinale sono sempre correlate al risarcimento.

Vorremmo essere sinceri al 100 per cento nell'affermare che molto spesso la preoccupazione delle procure, anche di quella del Piemonte, è stata di svolgere un'azione preventiva avvisando le amministrazioni di non reiterare alcune pratiche amministrative in quanto avrebbero generato danni erariali o, comunque, di svolgere un'opera *lato sensu* di raccomandazione preordinata al fatto che le amministrazioni non possano creare ulteriori danni erariali.

Tanto premesso, l'azione cautelare si limita al sequestro di beni del presunto responsabile in relazione alla cui posizione la procura si accinge a esercitare un'azione di responsabilità. Non c'è dubbio che questo si inserisca nell'ambito di una violazione di norme, di un'ipotesi di attività irregolare e possa notevolmente offrire un contributo per ricostruire il tessuto amministrativo quale sarebbe dovuto essere rispetto a quello che è stato dove vi è stata una violazione della norma. In ogni caso, il nostro intervento, proprio in ragione di questa finalità, è necessariamente frammentario. Non fa riferimento ad attività di tipo generale, diversamente da quanto avviene per il controllo, dove l'esplicazione della sua attività non ha margine perché, chiaramente, è notevolmente più ampio.

Ciononostante, alcuni settori, ad avviso della procura piemontese, hanno moltissima importanza con riferimento a questi problemi. Quello che ritengo molto più ampio è correlato proprio alla responsabilità civile verso terzi delle aziende sanitarie o dell'apparato pubblico, per errori sanitari che possono essere di varia indole, non soltanto di tipo diagnostico o tera-

peutico, ma anche correlati a disavventure e pregiudizi subiti dagli utenti del Servizio sanitario nazionale.

Questo tipo di situazione offre un quadro di riferimento pletorico e gigantesco. Le risorse finanziarie sono, in ogni caso, di tipo regionale perché il fondo è regionale (è prevista una franchigia dell'azienda sanitaria che credo corrisponda a 1.500 euro, ben poca cosa), ha un limite di 500.000 euro, oltre il quale interviene l'azienda assicurativa.

Non ritengo, infatti, di condividere il limite di 500.000 euro non tanto in quanto limite, quanto per il fatto che funziona come un massimale del fondo. Se il sinistro dà luogo a un risarcimento di 700.000 euro, eventualmente oggetto di transazione con la compagnia assicuratrice che interviene necessariamente, a carico del fondo regionale restano sempre 500.000 euro, il che è assurdo. La transazione può giovare soltanto alla compagnia di assicurazione, è una sperequazione allucinante.

Il fatto che questo tipo di rischio sia a carico del fondo regionale, quindi caratterizzato da una neutralità del soggetto a danno del quale avviene, affranca sicuramente, a mio avviso, tutti gli operatori del servizio sanitario, amministrativi e tecnici, da una preoccupazione molto grossa relegando questo tipo di problema al di fuori.

È un problema gravissimo perché è vero che esistono molte vicende di tipo « bagatellare ». Nel caso di chi riceva una prestazione di *day hospital* in pronto soccorso e perde la dentiera, caso eclatante, un braccialetto, l'orologio, nell'esercizio dell'azione terapeutica, e riporti pregiudizio o danni collaterali, piccole contusioni si sostiene che ci sia comunque un'implicazione di colpa da parte delle aziende e dei loro operatori. Chiaramente, infatti, il rapporto organico fa in modo che il danneggiato si rivolga nei confronti dell'azienda, la quale eventualmente può rivalersi, ma non si rivale mai. La funzione della Corte è di selezionare i casi in relazione ai quali sia dato delineare o

ritenere configurato un illecito amministrativo vero e proprio e procedere al risarcimento del danno.

Chiaramente non si può agire per questioni di poco conto, che sul terreno della ricerca e della prova presentano una serie di problemi insormontabili. La Corte agisce in relazione a casi eclatanti. Un caso eclatante potrebbe essere quello in cui c'è, comunque, l'incidenza nella fattispecie penale o una condanna penale, che proprio per sua indole colpisce l'operatore sanitario.

Caso classico è quello del parto distocico oppure di errori correlati alla materia ostetrica: questo è condannato ma, anche a titolo personale, non c'è dubbio che il danneggiato si rivolga direttamente all'amministrazione, che non lo fa mai, ma dovrebbe rivalersi attraverso la Corte dei conti, la quale deve, attraverso un suo autonomo apprezzamento, agire in rivalsa.

Il fenomeno ha proporzioni drammatiche proprio per una ragione quantitativa. I soldi appartengono a un fondo gestito con un'operazione di mero prelievo e la gestione di questo tipo di pratiche, che chiameremo para-assicurative, è relegata a dei consulenti. Nella Regione Piemonte c'è un solo consulente, in sostanza uno studio legale cui non si sa né con quale meccanismo e perché sia stato devoluto questo tipo di pratica, né come sia retribuito.

Certo, l'amministrazione può rivalersi nei confronti di coloro che sono assistiti da una garanzia assicurativa. Questo avviene, è una specie di surroga nei confronti dell'assicuratore, ma credo che questo tipo di fenomeno incida sulle finanze regionali in maniera molto notevole. Inoltre, l'errore sanitario classico rende possibile alla procura conoscere questo tipo di situazione, non attraverso l'esercizio dell'azione immediata nei confronti dei responsabili, ma quando è stato comunque riconosciuto un risarcimento per la parte a carico del fondo regionale.

Le prescrizioni di farmaci, come ho riferito, hanno carattere assolutamente frammentario e danno luogo a questo tipo di problema: presuppongono un sindacato sull'attività tecnico-scientifica del medico.

Un esempio abbastanza eclatante è quello della somministrazione di ossigeno liquido, un tipo di terapia che è regolamentata, in qualche misura, attraverso fonti regionali, ma alla fine alla richiesta di un malato terminale si risponde erogando l'ossigeno anche quando non si dovrebbe. I casi previsti sono quelli di insufficienza respiratoria cronica o pochi altri anche tipici. Se per un moribondo è richiesto l'ossigeno, bisogna concederlo.

Il sistema di approvvigionamento dell'ossigeno comporta una spesa eccedentaria in ragione dell'organizzazione del servizio di assistenza attraverso la terapia d'ossigeno liquido. In sostanza, arriva il camioncino nelle case e anche se serve una bombola, ne scarica due; anziché prescrivere una bombola, se ne prescrivono tre. Chiaramente, non posso apprezzare l'entità di questo fenomeno, posso solo sospettarla in ragione di una serialità di casi che si era manifestata in Liguria. Non sono in grado di riferire su questo in relazione al Piemonte. I casi sottoposti all'attenzione della procura del Piemonte per errori in campo sanitario e connessi alle prescrizioni di farmaci o al diritto di prestazione dell'utente sono assai sporadici.

Un problema molto grosso, invece, a livello di assetto amministrativo riscontrato in non pochi casi attiene al modo di esercizio dell'azione amministrativa. Mi riferisco all'utilizzazione della figura di un consulente esterno. Questa forse in passato aveva uno spazio maggiore, ma è un fenomeno piuttosto grave. L'avvicendamento dei direttori generali apre la strada a percorsi di questo tipo. Il fenomeno è grave perché siamo convinti che i limiti correlati alla legittimità o illegittimità del conferimento di incarichi esterni derivino dal fatto che chiunque sia titolare di pubbliche funzioni debba essere dotato degli strumenti idonei a perseguire il pubblico interesse, chiaramente in un ambito di normalità.

Per essere più chiaro: con la legge n. 626 del 1994 furono conferiti alle ASL alcuni compiti inerenti proprio alla tutela della salute in tema di sicurezza sul la-

voro. Ricordo che un'ASL — l'esempio poi si reiterò negli anni — aveva semplicemente conferito un incarico all'esterno per stabilire quali fossero le attività che doveva perseguire, fenomeno aberrante, che non fu un caso unico. Succede anche adesso, attraverso varie forme di esternalizzazione dei pubblici servizi o dei pubblici poteri.

Si verificano anche casi attinenti alla gestione del personale, vessazioni, *mobbing*, che danno luogo sempre a ipotesi risarcitorie, ma restano casi frammentari. Individuare dei filoni o degli ambiti di interesse maggiore con riferimento ai compiti trattati da codesta Commissione è un po' più difficile. Quelli che ho cercato di indicare, a mio avviso, sono i più rilevanti. Per il resto, ci sono tutti i problemi di qualsiasi pubblica amministrazione.

Resto a disposizione per ogni eventuale chiarimento o approfondimento.

PRESIDENTE. Il procuratore sarà sicuramente più informato di me, ma ricordo che il decreto-legge del 10 ottobre 2012, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 237, conferisce molti più compiti: secondo il comma 2 dell'articolo 1: « Sono sottoposti al controllo preventivo di legittimità delle sezioni regionali di controllo della Corte dei conti secondo le procedure previste per il controllo preventivo sugli atti dello Stato di cui all'articolo 3 della legge 14 gennaio 1994, n. 20, con riduzione alla metà dei termini, gli atti normativi a rilevanza esterna, aventi riflessi finanziari, emanati dal governo regionale, gli atti amministrativi, a carattere generale e particolare, adottati dal governo regionale e dall'amministrazione regionale, in adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea, nonché gli atti di programmazione e pianificazione regionali, ivi compreso il piano di riparto delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario regionale. Il controllo ha ad oggetto la verifica del rispetto dei vincoli finanziari derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea, del patto di stabilità interno, nonché del diritto dell'Unione europea e di

quello costituzionale». Credo fosse necessaria una disposizione di questo genere proprio per porre fine a questa situazione.

C'è anche la presa d'atto, purtroppo un po' avvilente — facendo il punto sui risultati di esercizio delle aziende sanitarie piemontesi — che tutte registrano un risultato economico negativo. Abbiamo udito diverse regioni con lo stesso problema del Piemonte, ma si riscontrava, in qualche modo, un *trend*. Per la Campania, ad esempio, erano 7 su 17. Per quanto questi dati non siano aggiornati all'esercizio 2011 che non sono pervenuti, occorre che nella relazione al Parlamento forniamo numeri più attuali, per cui vi chiedo di inviarceli, non appena possibile, affinché possano essere inclusi nella relazione per il Parlamento.

Tra le voci che interessano maggiormente la stesura di questa relazione c'è l'importo totale del disavanzo sanitario. Stamattina, leggendo le notizie riportate dalle agenzie di stampa, ho verificato che il dato oscillava da 2,5 a 6 miliardi di euro e oltre, a seconda delle agenzie, quindi i dati sono un po' discordanti.

È importante sapere anche quali sono i debiti nei confronti delle aziende sanitarie non operanti nell'ambito del sistema regionale, qual è la voce dei mutui, dei debiti nei confronti dei fornitori, quali le spese legali, che in molte aziende incidono tantissimo, per i contenziosi legali, nonché qual è l'incidenza degli straordinari. Sono voci cruciali.

Lei ha scritto che i direttori generali spesso omettono specifiche dichiarazioni. C'è il disavanzo, ma dobbiamo scendere nel dettaglio per una terapia, altrimenti si tratta soltanto di un dato avulso da ogni forma di connessione. Sono questi, dunque, i punti, la fotografia dettagliata di cui la Commissione ha bisogno per fornire al Parlamento i relativi dati. Sicuramente, la descrizione attuale ci chiarisce il quadro, ma nello specifico non si può intervenire e dobbiamo fornire i dati richiesti.

Do ora la parola agli onorevoli colleghi che intendano intervenire per porre questi o formulare osservazioni.

LUCIO BARANI. Ringrazio la dottoressa Laterza e il procuratore Floreani, che credo ci abbiano fornito elementi su cui lavorare di un certo interesse e anche di una certa gravità.

Come Commissione, siamo abituati a sentire certe cose, abbiamo sentito i vostri colleghi: ogni Regione ha i suoi problemi. Credo di poter affermare che quella modifica del Titolo V della Costituzione del legislatore nel 2001 stia dando i suoi frutti negativi, che sono sotto gli occhi di tutti. Il disavanzo nelle regioni è di tutta evidenza. Abbiamo avuto notizia di aziende sanitarie che l'anno precedente erano in pareggio e l'anno successivo presentavano un buco di 300 milioni di euro con un bilancio della stessa entità: come è possibile?

Quanto ai residui attivi e passivi — lei, ovviamente, non può dircelo — la Regione sostiene di avere crediti nei confronti delle ASL, dalle varie aziende, mentre queste asseriscono di avere crediti nei confronti della Regione, i fornitori non si pagano e mi vien voglia di dire che queste voci devono sommarsi e che rappresentano il debito di gran lunga superiore a quello che ci raccontano.

I bilanci di previsione non sono presentati, i consuntivi lo sono anni dopo, i revisori dei conti non controllano nulla. Lo stesso procuratore Floreani ha ricordato, giustamente, che una voce importante è costituita da quella per i danni procurati in ambito sanitario. Nelle aziende è presente più personale amministrativo che sanitario, in certi reparti si è costretti a lavorare, a fare straordinari e garantire reperibilità 24 ore su 24. Abbiamo contezza che si esternalizzano le cucine e si continua a pagare i cuochi, abbiamo visto ambulanze senza autisti. Si è, effettivamente, approfittato della situazione perché con la sanità si è voluto fare clientelismo politico e ci sono state assunzioni per il giardinaggio, la guardiania, la manutenzione, servizi poi esternalizzati, laddove dai dati che abbiamo il personale sanitario medico-infermieristico e tecnico-sanitario

risulta in tutta Italia globalmente inferiore – non conosco la realtà piemontese – del 50 per cento.

È ovvio che il medico non è un santo e mi verrebbe voglia di lanciare l'avvertimento « guai a chi fa il medico » perché si mette in una condizione difficile. Il medico, per definizione, cerca di guarire e certe volte, per questioni anche oggettive, strumentali, strutturali, organizzative, si tutela con la famosa medicina difensiva, che costa 20 miliardi di euro all'anno. Quando, infatti, arriva qualcuno al pronto soccorso, gli è praticato ogni genere di accertamento per difendersi davanti alla procura della Repubblica per l'eventuale condanna penale e quella risarcitoria, sfuggendo all'accusa di non aver fatto tutto il necessario.

Ci sono buone pratiche e linee-guida internazionalmente acclamate, per cui credo di poter affermare che il medico, per definizione, cerchi di guarire, non di recar danno o commettere colpa. Se andiamo verso una sanità all'americana, bisogna garantire a questo personale sanitario anche le risorse per pagarsi tutte le assicurazioni. Siamo pieni di pubblicità di studi professionali fuori dagli ospedali che offrono sostegno per una rivalsa a chi si senta danneggiato.

Mi sembra di avere capito dalla relazione – la valuteremo con una certa ponderatezza – che, effettivamente, la sanità piemontese non sta proprio andando bene. Forse il piano di rientro non sta facendo rientrare nulla. Ho inteso anche che manca la liquidità, che tutte le aziende sono in sofferenza, che la stessa Regione, tra i 4 miliardi di residui attivi e i 4 di residui passivi...

ENRICA LATERZA, *Presidente della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Piemonte*. Quelli sono i residui complessivi.

LUCIO BARANI. Dove sono ricompresi anche quelli delle aziende? Lei ha affermato che bisogna riconciliarli e verificare se siano veri.

ENRICA LATERZA, *Presidente della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Piemonte*. Sì. Il problema è che, a fronte di crediti contabilizzati nei bilanci delle aziende sanitarie, crediti che le aziende vantano nei confronti della Regione, esiste la possibilità che non sussistano corrispondenti somme iscritte nel bilancio della Regione come residui passivi, come debiti, nei confronti delle aziende sanitarie. È a questo fine, un po' perché la situazione è ben nota al governo regionale, un po' perché l'abbiamo anche segnalato nelle relazioni, che è stato affidato l'incarico a una società di revisione esterna per procedere alla riconciliazione contabile.

Ci risulta che i lavori siano ancora in corso e, come accennavo nella relazione, le risultanze di questi accertamenti saranno oltremodo importanti perché, praticamente, o sono vere le iscrizioni contenute nei bilanci aziendali – non sempre è così, abbiamo rilevato che molti dei residui iscritti nei bilanci aziendali sono crediti antichi, risalenti nel tempo, quindi probabilmente la ragione della loro sussistenza non esiste più e andrebbero cancellati – oppure sono veri i residui passivi dichiarati dalla Regione, ma le poste non corrispondono, per cui questa riconciliazione è oltremodo necessaria.

Se da questa riconciliazione emergessero ulteriori situazioni debitorie della Regione, ovviamente questa dovrebbe ripianare quest'ulteriore situazione di disavanzo.

Abbiamo anche invitato alla riconciliazione dei crediti che la Regione vanta nei confronti dello Stato. Anche questi, infatti, sono crediti antichi, da riconciliare con il Ministero dell'economia e delle finanze.

LUCIO BARANI. Bisogna vedere se sono veri.

ENRICA LATERZA, *Presidente della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Piemonte*. Anche da questa riconciliazione potrebbero scaturire effetti e conseguenze pregiudizievoli sui risultati finanziari del bilancio generale della Regione.

LUCIO BARANI. La dottoressa Laterza ci ha dato un'idea, presidente: audire i rappresentanti del Ministero dell'economia e delle finanze perché ci dicano quali sono le poste dovute alle varie regioni italiane, compreso il Piemonte, perché almeno non faranno più i giochetti delle tre carte.

Credo che le imprese in Piemonte siano pagate mediamente a un anno o giù di lì.

GIUSEPPE MARIA MEZZAPESA, *Primo referendario della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Piemonte*. Dipende dalle situazioni. Rinvio su questo punto alla relazione sulle aziende sanitarie. C'è un dato riferito ai dei giorni di ritardo specifico per ciascuna azienda.

LUCIO BARANI. Grosso modo, credo di aver visto che siamo sui 9 mesi o 1 anno: significa che il bilancio di queste aziende è posticipato di un anno. La dottoressa afferma che si danno 15 milioni di interessi passivi alle banche, con l'aggiunta delle somme forfettarie per i prestiti per l'anticipazione di cassa. Questo è sintomatico di mancanza di liquidità, e quindi anche del fatto che i bilanci e i revisori dei conti, da questo punto di vista non fanno il loro mestiere.

Lei non l'ha detto, ma la filiera dei controlli è saltata. Diversamente, infatti, non possono esserci questi ammanchi. Andava bene una volta, quando c'erano i Comitati regionali di controllo anche sulla sanità, dove esisteva il controllo del bilancio di previsione e il controllo sul conto consuntivo. Adesso le vostre regioni non hanno controllo, resta solamente — uso un termine medico — l'autopsia praticata sul danno erariale prodotto, ma che avviene *a posteriori*, dopo che il danno ormai è fatto e il paziente è morto dal punto di vista economico contabile.

Il presidente, giustamente, ha ricordato che la legge adesso dà la possibilità alla Sezione distaccata di controllare e dare anche dei suggerimenti: forse sarebbe opportuno che ci fosse ancora maggiore coerenza e che il parere fosse vincolante per le aziende sanitarie. Si rischia, altri-

menti, che le regioni continuino a legiferare come credono e si producano sempre più debiti.

Ovviamente, non arrivo a conclusioni, ma da quanto ho letto non dormirei sonni tranquilli da un punto di vista di bilancio della Regione, non da altri punti di vista. Sembra che i risultati della Regione Piemonte siano più seri e severi di quanto pensassimo.

ENRICA LATERZA, *Presidente della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Piemonte*. Vorrei specificare che dai dati provvisori, che la Sezione si riserva di verificare, forniti dalla Regione, emergono lievi segnali di miglioramento nel 2011, come i costi generali complessivi, quelli della spesa farmaceutica, quelli del personale e di alcuni beni e servizi. Invertendo una tendenza ormai consolidata, queste voci hanno subito una flessione nel 2011.

Questo può essere il portato sia delle misure inserite nel piano di rientro, per cui la Regione si è obbligata a una razionalizzazione della spesa, degli acquisti in funzione di economie, sia anche delle misure di contenimento della spesa stabilite a livello nazionale dalle leggi finanziarie che si sono succedute negli ultimi anni.

La situazione, quindi, sicuramente non è rosea, ma dei leggeri segnali di miglioramento sono stati riscontrati.

LUCIO BARANI. Ha anche osservato, però, che il ricorso della farmaceutica a depositi di farmaci che sono buttati via, scaduti, è eccessivo.

ENRICA LATERZA, *Presidente della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Piemonte*. Abbiamo rilevato, dalle analisi del patrimonio, che le giacenze sono sempre inferiori...

LUCIO BARANI. Avete anche rilevato che la mobilità passiva in rapporto con quella attiva rappresenta un dato molto negativo. Dalla Liguria vengono in Piemonte e dal Piemonte in Lombardia.

GIUSEPPE MARIA MEZZAPESA, *Primo referendario della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Piemonte*. Questo, però, è un dato che la presidente aveva già evidenziato e che è anche determinato dalla situazione geografica della Regione. Non è detto che il dato della mobilità extraregionale sia di per sé negativo per un sistema sanitario regionale. Questo è un principio generale.

LUCIO BARANI. Inoltre, in un passaggio ha parlato del fatto che la sanità piemontese è prevalentemente pubblica: noi sappiamo che per la stessa prestazione nel privato la spesa è di circa il 50 per cento inferiore. Lo abbiamo visto in altre regioni.

Anche questo potrebbe dipendere dalla mancanza di complementarietà, di concorrenza con il privato e potrebbe far sì che il pubblico in Piemonte costi molto di più. Sarà da analizzare.

MARCO CALGARO. Il mio intervento sarà rapido. Quello dei residui attivi è un tema che riguarda globalmente tutte le amministrazioni locali, un cancro dell'amministrazione locale che hanno anche le ASL, ma non credo che vada sottovalutato. Tuttavia, è un tema che, probabilmente, andrebbe affrontato sistematicamente, magari cambiando anche regole con le quali — non sono esperto di bilancio — si mantengono nelle scritture contabili i residui attivi.

ENRICA LATERZA, *Presidente della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Piemonte*. L'ultimo decreto sull'armonizzazione dovrebbe in futuro porre rimedio a queste disfunzioni e a queste discrasie in quanto è impostato sull'adozione di bilanci consolidati. In questo modo, nel tempo queste discrasie non dovrebbero più verificarsi.

MARCO CALGARO. Sono le stesse che si verificano con le aziende municipalizzate.

È vero che la norma ci viene incontro, come lo è però che, per quanto riguarda

la contezza dei conti, ad esempio, mi sembra che ci siano norme che da anni imporrebbero teoricamente alle ASL, e di conseguenza alle regioni, una tempistica ragionevole nella trasmissione dei loro bilanci agli organi di controllo. Questo non avviene, in barba a disposizioni che, di fatto, esistono. Mi sembra di cogliere, infatti, che in giro per l'Italia, anche da quello che sentiamo, i tempi con cui i bilanci delle ASL, come quelli delle stesse regioni, sono trasmessi non sono degni di un sistema evoluto, per cui immagino che sarà necessaria una certa attenzione sull'applicazione di queste norme.

Per quanto riguarda i revisori dei conti, credo si tratti di un problema serio. Come ha già accennato l'onorevole Barani, sono ormai divenuti quasi una fonte di spesa accessoria, senza tuttavia costituire alcun vantaggio dal punto di vista della prevenzione del danno all'amministrazione.

Neanche questo è compito vostro, ma credo che, dal punto di vista legislativo, vadano fatte delle riflessioni. Io non ho contezza né sugli enti locali né sulle ASL di grandi vantaggi apportati dai revisori dei conti e dalle loro relazioni per quanto attiene l'emersione di fatti anche piuttosto gravi. Questo mi preoccupa.

Vorrei conoscere, invece, la vostra opinione sul fatto che siano scomparsi i Comitati regionali di controllo. A vostro avviso, questo rappresenta un problema? Per me è interessante saperlo. Io ho una mia opinione, ma mi interessa sentire la vostra.

Inoltre, ho molto apprezzato il fatto che, in qualche modo, si vada attribuendo alla Corte dei conti una funzione anche « di consulenza » rispetto all'ente pubblico, o almeno questa è la tendenza: mi chiedo, però, se le dimensioni di organico e le capacità di « produzione » delle Corti dei conti regionali, che conosco, consentano un'efficace azione di questo tipo.

Di nuovo, infatti, in quel caso saremmo a fronte di un'istanza positiva e ragionevole, ma che in realtà non riesce a essere esaudita nei tempi necessari.

ENRICA LATERZA, *Presidente della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Piemonte*. Vorrei, innanzitutto, dire che all'esigenza di ottenere da parte nostra dei dati asseverati, definitivi e non provvisori, ma soprattutto verificati, non possiamo purtroppo dare una risposta soddisfacente. Come, infatti, abbiamo evidenziato nella relazione, i bilanci del 2010 ancora non sono tutti approvati, mancano ancora tre aziende sanitarie locali; si può immaginare quale possa essere la situazione per il 2011: quei bilanci non esistono ancora.

MARCO CALGARO. Né adottati né approvati?

ENRICA LATERZA, *Presidente della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Piemonte*. Abbiamo riportato in questa relazione, per una vostra comodità, i dati che la Regione ci ha fornito, che aveva mandato al Sistema informativo sanitario del Ministero della salute e che risultano anche dalle contabilità di fine anno, ma non sono dati asseverati in bilanci approvati.

Per il 2010, abbiamo tutti quelli di tutte le aziende sanitarie a eccezione di tre; per il 2011, non ne abbiamo nessuno, per cui purtroppo, nostro malgrado, a quest'esigenza non possiamo dare una risposta esauriente.

Per quanto riguarda le osservazioni circa il Comitato di controllo, non credo competa a noi giudicare se sia stato positivo o negativo il venir meno di questi organismi. Sta di fatto che, con quest'ultima legislazione, non solo con il decreto legislativo n. 174, approvato pochi giorni fa, ma anche con il decreto «Premi e Sanzioni» dell'anno scorso, si è prevista una funzione sostitutiva, subentrante della Corte dei conti a quelle che erano un tempo le loro funzioni.

Va detto che il controllo finora esercitato dalle Sezioni regionali di controllo e anche dalle Sezioni centrali è sicuramente ad ampio raggio, teoricamente penetrante ma, a parte che deve fare il conto, appunto, con la copertura amministrativa,

con le risorse di organico, di materiali e di funzioni esistenti, sconta anche il fatto che si tratta di un controllo di tipo collaborativo. Sono controlli tesi a provocare misure di autocorrezione, che non hanno efficacia interdittiva, né tanto meno sanzionatoria di comportamenti.

È, dunque, sicuramente positivo che si siano attribuite recentemente alla Corte dei conti delle competenze che erano esercitate dai CO.RE.CO con, ovviamente, l'attribuzione di una magistratura esterna dotata di guarentigie, caratteristica che questi non avevano in quanto organi inseriti nell'organizzazione della Regione.

Verificheremo come la Corte si organizzerà, ma non sta a me valutare quanto l'esercizio di questi compiti venga a impattare sull'organizzazione interna. È un po' prematuro e sappiamo tutti che la riforma è stata fatta a costo zero, quindi senza aumento di organico, di risorse. Assolutamente, con le forze in campo dobbiamo cercare di assolvere a tutti questi altri compiti che sono stati attribuiti.

Sull'argomento, vorrei cedere, se mi è concesso, la parola al consigliere Astegiano.

GIANCARLO ASTEGIANO, *Consigliere della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Piemonte*. Proprio sul decreto-legge n. 174 del 2012 oggi pomeriggio porteremo i temi e le sollecitazioni poste in questa sede in Sezioni riunite come componenti e cercheremo di esporle in modo che il presidente della Corte dei conti, nella sua unitarietà, possa fornire una risposta generale a questo aspetto che penso sia di interesse non solo della nostra magistratura per il lavoro che andremo a fare, ma per la collettività e per i poteri che il Parlamento sta conferendo.

PIERO CARLO FLOREANI, *Procuratore regionale della Corte dei conti per il Piemonte*. La ringrazio, onorevole Calgaro, per avermi offerto uno spunto molto particolare in riferimento ai Comitati di controllo. Chiaramente, affronterei la materia in un ambito molto più ampio e generale: quello della Corte dei conti non

è solo e *stricto sensu* un problema di organico. Io sono tra quelli convinti che il legislatore nel 1994 abbia notevolmente ampliato i poteri della Corte dei conti, conferendole tutte le funzioni di controllo e questo è sbagliato.

La Corte dei conti non può assolverli perché esegue un controllo dall'alto, su fatti di gestione, immediati, che hanno un rilievo finanziario, economico e contabile. Questo deve essere restituito ai Comitati di controllo.

Inoltre, un *gap* culturale che si è verificato negli ultimi anni deriva dal fatto di non considerare, come i vecchi trattatisti di diritto amministrativo sostenevano, che l'attività dell'amministrazione si divide, innanzitutto, in tre tipologie (attiva, consultiva e di controllo) e nel fatto che la funzione di controllo è strettamente conaturata a quella amministrativa. Non si può amministrare e, allo stesso tempo, non controllare.

Questa discrasia è evidente con riferimento a tutto l'ambito dell'amministrazione sanitaria. Non si controlla per verificare un fatto altrui, ma per realizzare il proprio fatto. Non credo che sia eccessivo sostenere che questo manca nella pubblica amministrazione italiana.

PRESIDENTE. Ringrazio gli intervenuti e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 13,45.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VALENTINO FRANCONI

*Licenziato per la stampa
il 6 marzo 2013.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

