



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER IL PIEMONTE

CORTE DEI CONTI - CODICE UFF. T95



DOC. INTERNO N.64635479 del 09/05/2017

**Al Sig. Presidente della Sezione Regionale
di Controllo per il Piemonte
SEDE**

Oggetto: Richiesta di deferimento per l'esame del bilancio consuntivo 2015 dell'ASL VCO in seguito all'istruttoria nell'ambito procedura di cui all'art. 1, comma 170, della legge n. 266/2005 e dell'art. 1, comma 3, del D.L. n. 174/2012 convertito dalla legge n. 213/2012.

In base alle considerazioni contenute nell'allegata scheda, inerente l'esame del bilancio consuntivo 2015 dell'ASL VCO, si chiede al Sig. Presidente della Sezione di voler fissare apposita adunanza pubblica al fine adottare una delibera che abbia ad oggetto pronuncia ai sensi dell'art. 1, comma 170, della legge n. 266/2005, previo formale contraddittorio con la Regione Piemonte e l'Azienda, con concessione di congruo termine per l'eventuale deposito di deduzioni e di pertinente documentazione da parte delle amministrazioni.

**Il Magistrato Istruttore
Dott. Adriano Gribaudo**

ASL Verbano Cusio Ossola– bilancio d'esercizio 2015

Scheda di deferimento ai sensi dell'art. 1, comma 170, della legge n. 266/2005 e dell'art. 1, comma 3, del D.L. n. 174/2012 convertito dalla legge n. 213/2012.

Alla luce della complessiva istruttoria sinora svolta, sono emerse nei confronti dell'ASL VCO irregolarità, suscettibili di specifica pronuncia, nonché disfunzioni del sistema e criticità gestionali, tali da rendere necessario ed opportuno relazionare alla Amministrazione regionale ed all'Azienda interessata, al fine di acquisire ulteriori elementi utili nell'ambito del presente procedimento. Di seguito vengono analizzate le suddette irregolarità, precedute da una generale analisi economico patrimoniale della realtà aziendale.

I. Analisi economico patrimoniale

Il risultato d'esercizio 2015 chiude con una perdita di 421 migliaia di euro, in peggioramento rispetto al 2014 che chiudeva in pareggio. La perdita, tuttavia, è dovuta alla contabilizzazione dei contributi vincolati extra FSR assegnati dalla Regione nel 2015, ma accertati nel bilancio regionale 2016. Pertanto su parere del MEF tali contributi sono stati contabilizzati come ripiano perdite nel bilancio dell'esercizio 2016. L'adeguamento ha comportato un ritardo nella redazione del bilancio che infatti è datato 31 maggio 2016.

Il saldo della gestione operativa è positivo (pari a 5 milioni di euro), in diminuzione rispetto al 2014 (pari a circa 7 milioni di euro).

Entrambe le componenti il saldo della gestione operativa aumentano: sono i costi della produzione ad incrementarsi in percentuale superiore. Il valore della produzione infatti passa da un valore di 353 milioni di euro del 2014 a 358 milioni di euro del 2015, i costi della produzione invece passano da 346 milioni di euro a 353 milioni di euro. Si evidenzia un aumento delle voci di costo "acquisti di beni e servizi", andamento contrario alle disposizioni di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria. In particolare, aumentano sia la voce "acquisti di dispositivi medici" sia alcune voci di costo relative alla spesa farmaceutica (ospedaliera, la distribuzione per conto e la distribuzione diretta).

Al riguardo, l'Azienda ha giustificato l'incremento della spesa farmaceutica in relazione all'utilizzo di specifici prodotti farmaceutici ed all'incremento dell'uso di taluni farmaci già in uso.

Le stesse componenti sono superiori anche rispetto a quanto previsto nel bilancio di previsione, il cui saldo della gestione operativa è negativo e pari a circa 3 milioni di euro. Si evidenzia ancora come non siano stati inseriti nel bilancio di previsione né proventi né oneri

straordinari. Non si può non sottolineare come, per quanto tali voci siano determinati da eventi straordinari, e quindi non prevedibili per loro natura, una stima vada effettuata tenuto conto dell'incidenza che ha sul risultato finale.

Analizzando lo stato patrimoniale riclassificato emerge quanto segue.

La Regione, con DGR 44-3352 del 23 maggio 2016, ha provveduto a riconciliare le risorse liquidate ai sensi del DL 35/2013 con le perdite degli esercizi pregressi, azzerando la voce del patrimonio netto "perdite portate a nuovo". Nonostante questo, le fonti di finanziamento a lungo termine (patrimonio netto e debiti a lungo termine), pari a 118 milioni di euro, non riescono a finanziare gli investimenti di pari durata (immobilizzazioni e crediti esigibili oltre i 12 mesi), pari a 186 milioni di euro. L'Azienda deve ricorrere a fonti di finanziamento a breve termine che richiedono di essere rimborsate entro l'anno, per finanziare gli investimenti a lungo termine. Questo è sintomo di una difficoltà finanziaria, confermata dal continuo ricorso ad anticipazioni di tesoreria. Peraltro i crediti a lungo termine includono quelli verso Regione, crediti che per loro natura dovrebbero essere a breve termine, essendo contributi in conto esercizio per spesa corrente o contributi a copertura delle perdite pregresse. Tuttavia il ritardo nell'erogazione degli stessi porta l'ASL a considerarli giustamente a lungo termine.

Il 39% dei crediti per versamenti a patrimonio netto risale ad annualità anteriori al 2013; la percentuale scende al 32% per quelli per spesa corrente.

Rispetto ai dati relativi nel 2014 (come riportati nel relativo questionario), inoltre, i crediti per versamenti a patrimonio netto diminuiscono di appena l'1%, mentre quelli per spesa corrente diminuiscono del 40%.

Lo stesso squilibrio tra fonti e impieghi si rileva anche nel breve termine: l'attivo a breve (pari a 15 milioni di euro) non permette di rimborsare i debiti della stessa durata (pari a 82 milioni). Anche in questo caso il rilevante squilibrio è determinato dall'aver sottratto dalla liquidità a breve i crediti verso Regione.

Peraltro anche il debito verso fornitori diventa una forma di finanziamento: il 65% dei debiti commerciali sono stati pagati oltre i termini previsti dal d.lgs. 231/2002, del resto l'indicatore di tempestività evidenzia un ritardo medio nei pagamenti di 42 giorni.

II. Irregolarità specifiche o disfunzioni gestionali

1.1 Il bilancio di previsione 2015 è stato adottato in ritardo e chiude in perdita, non rispettando né il disposto dell'art 32 del d.lgs. 118/2011 né l'art. 20 della l.r. 8/1995. Peraltro anche il collegio sindacale ha espresso parere negativo sullo stesso.

1.2 L'Azienda, in sede istruttoria, ha precisato di aver predisposto il bilancio di previsione entro i tempi e con le modalità stabilite dalla Regione con nota regionale n. 2830 del 11/02/2015.

Inoltre è stato redatto iscrivendo, su indicazione regionale, una quota di finanziamento provvisoria che necessariamente non poteva coprire tutti i costi aziendali stimati, determinando la chiusura in perdita.

1.3 Il D.Lgs. 118/2011, nel dettare una disciplina volta all'armonizzazione dei sistemi contabili anche in ambito sanitario, ha previsto regole uniformi per il bilancio economico annuale delle aziende sanitarie (oltre che per le Regioni che attuino la gestione accentrata). In particolare l'articolo 32 indica come termine per l'approvazione da parte della Giunta regionale dei bilanci preventivi economici annuali degli enti e del bilancio preventivo economico annuale consolidato il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Il dettato normativo ben si coordina con il tuttora vigente disposto dell'articolo 20 della legge regionale n. 8/95 che prevede come termine di adozione del bilancio di previsione il 31 ottobre di ciascun esercizio, con successiva trasmissione alla Regione entro il 30 novembre.

La stessa legge regionale inoltre impone alle Aziende di rappresentare la previsione annuale dei costi e dei ricavi di gestione nonché della situazione patrimoniale attraverso un bilancio economico redatto in pareggio.

La ASL dunque non ha rispettato nella redazione del bilancio di previsione 2015 tali disposizioni e la Regione non risulta aver dato indicazioni coerenti con la disciplina legislativa.

2.1 L'Azienda non ha rinegoziato i contratti in essere per l'acquisto di beni e servizi, non rispettando il disposto dell'art. 9 ter, co. 1 lettera a) D.L. 78/2015, già oggetto di specifica pronuncia sul bilancio 2014 (del. 84/2016).

2.2 La mancata rinegoziazione, come precisato dall'Azienda, deriva da svariate cause, tra cui il fatto che ormai la gran parte dei contratti derivano dall'adesione a gare fatte da Enti Aggregatori (CONSIP, SCR Piemonte) o altri organismi superiori (Area Interaziendale di Coordinamento) che determinano prezzi ed altre condizioni contrattuali, che non devono subire modificazioni da parte degli enti aderenti alle gare medesime. Evidenzia che per alcuni servizi (lavanolo biancheria, ristorazione degenti e pulizie ospedaliere) è stata chiesta la migliororia economica che non è stata accolta dai fornitori. Infine evidenzia che le forniture di altri beni e servizi avevano quasi tutte durata annuale e una modesta consistenza economica, tale da far supporre il diniego di migliororie economiche di fronte al rischio di recessi anticipati.

2.3 Si evidenzia che l'art. 9 ter del d.l. 78/2015 prescrive che, fermo restando la riduzione prevista dall'articolo 15, comma 13, lettere a), b) ed f), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95,

convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e successive modificazioni, per l'acquisto di determinati beni e servizi (elencati nell'allegato A al decreto stesso) gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti in essere che abbia l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti in essere, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto, al fine di conseguire una riduzione su base annua del 5 per cento del valore complessivo dei contratti in essere.

L'Azienda non risulta dunque aver rispettato le disposizioni normative.

3.1 Come già rilevato sul bilancio 2014, il costo per il personale con contratto a tempo determinato o con contratto Co.Co.Co. nel 2015 è superiore di oltre il 50% rispetto a quello rilevato nel 2009, non rispettando il disposto dell'art. 9, comma 28 del D.L. 78/2010.

3.2 L'Azienda ha precisato che la Regione Piemonte, con DGR 36-1483 del 25/05/2015, ha emanato disposizioni sul contenimento dei costi delle risorse umane anno 2015, fissando un tetto di spesa annuale, rispetto alle quali le Aziende Sanitarie avrebbero dovuto attenersi.

In adesione alle disposizioni regionali, l'Azienda ha dovuto garantire la necessità di sostituzione di personale assentatosi in detto esercizio per motivi di aspettativa, lunga malattia e congedo parentale, al fine di garantire la continuità assistenziale. Tali esigenze hanno determinato l'opportunità di mantenere una flessibilità sulla consistenza organica nei primi 3 trimestri dell'esercizio 2015, determinando una maggiore incidenza delle forme contrattuali a termine rispetto ai contratti a tempo indeterminato. L'aumento del costo di tali forme contrattuali è stata però ampiamente compensata dal considerevole decremento, determinatosi nei periodi intercorrenti dall'anno 2009 al 2015, del personale a tempo indeterminato, rispettando il tetto di spesa complessivo imposto dalla Regione.

3.3. Si ribadisce che l'art. 9, comma 28 del D.L. 78/2010 pone in capo alle amministrazioni pubbliche sanitarie disposizioni di principio in ordine ai limiti al costo del personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, che non può superare, a decorrere dal 2011, il 50 per cento della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009.

4.1 I contratti 2014-2016 con le strutture private accreditate risultano essere stati sottoscritti tardivamente (fine 2015). In sede istruttoria si è chiesto di riferire per ciascuna struttura accreditata l'entità dei controlli effettuati ai sensi dell'art. 88 co. 2 della legge 388/2000 e ai sensi del DM 10/12/2009, l'entità degli abbattimenti sulla spesa complessiva e se vengono effettuati ulteriori controlli rispetto a quelli previsti dalla Regione e dalla normativa vigente.

Infine si sono chiesti i provvedimenti adottati dall'azienda per adempiere all'art. 15 co. 14 del D.L. 95/2012 in materia di riduzione della spesa per l'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati.

4.2 L'Azienda ha precisato che la tempistica per la sottoscrizione dei contratti con le strutture accreditate è correlata all'attività regionale di approvazione dei tetti di spesa e degli schemi contrattuali. In particolare si sono susseguite una serie di DGR regionali che di fatto hanno concluso l'iter per la sottoscrizione dei contratti con le accreditate nella seconda metà del 2015.

Con deliberazioni del Direttore Generale n. 310 e 311 del 28 agosto 2015, l'Azienda adottava le proposte di accordo contrattuale per il triennio 2014-2016, rispettivamente con l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Auxologico Italiano e con la Casa di Cura L'Eremo di Miazzina.

Il contratto con la Casa di cura L'Eremo di Miazzina è stato sottoscritto in data 1 settembre 2015.

Con nota prot 328 del 7 settembre 2015, l'Istituto Auxologico Italiano ha presentato alcune osservazioni al testo della proposta di accordo contrattuale (incentrate sulle modalità di pagamento del finanziamento per funzioni legate al programma sperimentale) che hanno, di fatto, dilatato i tempi per la sottoscrizione del contratto che è stato sottoscritto e trasmesso in Regione con nota prot. 3718 del 21 gennaio 2016.

I controlli effettuati dalla Regione, "Controlli di post valorizzazione (Flusso SDO) - Controlli differiti", riguardano ad esempio i controlli per non continuità assistenziale, i ricoveri sovrapposti e i ricoveri ripetuti. Gli abbattimenti che hanno riguardato gli erogatori privati presenti nel territorio dell'Azienda sono stati gli "abbattimenti per non continuità assistenziale" e sono quantificati in 1.069.920,15 euro (181 SDO abbattute) per la Casa di Cura Eremo di Miazzina e 2.122.468,50 euro (404 SDO abbattute) per l'Istituto Auxologico Italiano.

L'Azienda evidenzia il numero delle SDO controllate per ciascuna struttura controllata specificando quelle oggetto di abbattimento.

4.3 Si evidenzia che l'accreditamento, che si configura come atto di concessione di servizio pubblico, trovando specifica fonte normativa nella legge e non più, come nel sistema previgente al d.lgs. 502/92, nelle convenzioni, è requisito necessario perché la struttura possa operare per conto del SSN, sulla base di contratti o accordi che specifichino i volumi di prestazioni da erogare e i controlli di qualità e appropriatezza sui servizi resi. L'erogazione di servizi sanitari da parte degli operatori privati accreditati deve essere dunque preceduta dalla stipula di contratti che determinano il budget e i volumi massimi di prestazioni erogabili da ciascun centro di cura

accreditato.

Si ribadisce, come già sottolineato nella delibera 84/2016, l'importanza di sottoscrivere tempestivamente e soprattutto in via preventiva i contratti che definiscono i tetti alla produzione.

In merito ai controlli effettuati ai sensi dell'art. 88 co. 2 della legge 388/2000 e ai sensi del DM 10/12/2009, i dati riportati non consentono di verificare il rispetto delle percentuali imposte, non essendo stato indicato il totale delle prestazioni erogate da ciascuna struttura, ma unicamente le SDO controllate e quelle oggetto di abbattimento.

Si chiede inoltre di indicare quante cartelle sono state controllate per alto rischio inappropriata e in quanti casi siano state rilevate anomalie/irregolarità, precisando se le stesse siano o meno ricomprese nel numero delle SDO controllate già indicate in sede istruttoria. Si rammenta che, ai sensi di legge, il controllo dovrebbe riguardare tutte le prestazioni ad alto rischio di inappropriata.

Si richiama inoltre l'Azienda circa il dovere di riferire in ordine a quanto effettuato per adempiere all'art. 15 co. 14 del d.l. 95/2012.

5.1 In sede istruttoria si è chiesto di dare atto del rispetto delle disposizioni in materia di dispositivi medici (art. 15 c. 13 lett. f) del d.l. 95/2012 e art. 9 ter, c 1 lettera b) d.l. 78/2015) avendo dichiarato di non aver ricevuto dalla Regione degli obiettivi specifici, e considerato anche l'aumento della spesa rilevato nel 2015, come sopra evidenziato (sub "analisi economica e patrimoniale").

Anche alla Regione è stato richiesto, con nota istruttoria n. 131 del 11 gennaio 2017, di riferire in materia.

5.2 L'Azienda precisa che, nell'esercizio 2015, si è riscontrato un incremento della spesa per dispositivi medici dovuto soprattutto ai costi per l'attività di emodinamica, effettuata a partire da aprile 2014, che ha determinato una maggior spesa rispetto all'esercizio 2014, pari ad euro 404.611. Inoltre evidenzia che il confronto dei costi per dispositivi medici 2015/2014 risente anche delle modifiche contabili fornite dalla Regione per "materiale sanitario dispositivo medico (CND) non collocato", che nell'esercizio 2014 era collocato nella diversa categoria "altri beni sanitari".

L'Azienda infine precisa di aver istituito, al fine di garantire un utilizzo appropriato anche dei dispositivi medici, una commissione multidisciplinare per il monitoraggio e la conseguente valutazione dei consumi.

La Regione, con nota del 2.2.2017, ha confermato la mancata individuazione di obiettivi specifici in materia per l'esercizio 2015.

5.3 Nel prendere atto di quanto riferito, non si evincono i motivi per cui la Regione non

abbia assegnato per il 2015 alcun obiettivo specifico per la farmaceutica e l'acquisto di dispositivi medici, a differenza di quanto effettuato precedentemente.

6.1 Si chiedono aggiornamenti sul processo di trasformazione del COQ da gestione sperimentale dei servizi a gestione ordinaria.

6.2 L'Azienda in sede istruttoria ha riferito sull'iter, iniziato nel 2001, per l'approvazione del progetto di sperimentazione gestionale, ai sensi dell'art. 9 bis del D.Lgs. n. 502/1992, per gestire il Presidio Ospedaliero di Omegna che ha portato alla costituzione della Società Mista denominata "Centro Ortopedico di Quadrante Ospedale Madonna del Popolo" S.p.A. Con successive DGR la Regione ha prorogato la sperimentazione gestionale fino al 31/12/2012. Con D.G.R. n. 69-5191 del 28.12.2012 veniva accolta la richiesta della ASL di trasformare la gestione sperimentale dei servizi in gestione ordinaria.

Con Deliberazione n. 445 del 29.10.2013 l'Azienda ha provveduto ad un primo inoltro dello schema degli atti societari relativi alla Società mista C.O.Q. S.p.A. per la conversione della gestione sperimentale in gestione ordinaria che sono stati sottoposti alla valutazione del gruppo di lavoro istituito con D.D. n. 410/D82000 del 18.06.2012.

Tuttavia il contenzioso instaurato dal socio privato della Società COQ S.p.A., nel corso dell'iter di revisione degli atti/patti sociali, nonché il successivo programma di revisione della rete ospedaliera regionale piemontese, avviato con deliberazione n. 1-600 del 19 novembre 2014, successivamente integrata con deliberazione n. 1-924 del 23 gennaio 2015, non hanno consentito la conclusione entro i termini previsti dal percorso avviato con la citata DGR n. 69-5191 del 28 dicembre 2012.

A dimostrazione della correttezza della trasformazione in gestione ordinaria, l'Azienda evidenzia quanto segue. *“Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria" e s.m.i., all'articolo 9-bis, disciplina le sperimentazioni gestionali prevedendo che le Regioni autorizzano programmi di sperimentazione gestionale aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato. Al comma 3 dell'articolo 9-bis è inoltre previsto che al termine del primo triennio di sperimentazione, sulla base dei risultati conseguiti, il Governo e le Regioni adottano i provvedimenti conseguenti.*

La Regione Piemonte, in conformità al disposto di cui al comma 3 dell'art. 9 bis, con legge regionale n. 1/2012, che ha sostituito l'art. 23 della legge regionale n. 12/2008, ha dettato una disciplina specifica con riguardo alle sperimentazioni gestionali avviate a livello regionale. In particolare il

legislatore regionale, al comma 3 dell'art. 23 L. R. 12/2008 e s.m.i., ha definito la durata massima delle sperimentazioni gestionali (5 anni) prevedendo altresì la possibilità di una proroga delle stesse per una durata massima di 5 anni qualora ciò si renda necessario per il completamento del piano di attività e finanziario approvati in sede di autorizzazione della sperimentazione gestionale (art. 23 comma 6). La legge regionale n. 1/2012 prevede altresì che, alla scadenza della fase sperimentale (quinquennio o fino a dieci anni nel caso di proroga regionale), la Giunta regionale previa valutazione degli esiti della sperimentazione sotto il profilo della convenienza economica, della qualità dei servizi e della conformità alla programmazione regionale, dispone la chiusura della sperimentazione ovvero la trasformazione della gestione sperimentale dei servizi in gestione ordinaria".

6.3 Nel richiedere ulteriori aggiornamenti circa la fase di conversione della gestione sperimentale ad ordinaria, che risulta ormai procrastinata da lungo tempo, si ricorda, come già evidenziato nella delibera di questa Sezione n. 126/2015, che l'art. 9 bis comma 2 del d.lgs 502/1992 vieta alle Aziende sanitarie, al di fuori dei programmi di sperimentazione gestionale, di costituire società di capitali aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute.

7.1 In sede istruttoria si è chiesto di riferire se in relazione ai beni materiali (mobili) siano periodicamente resi i rendiconti dei consegnatari con debito di custodia e se detti rendiconti siano trasmessi al collegio sindacale per le verifiche del caso ed inoltre alla competente Sezione giurisdizionale della Corte dei Conti.

7.2 L'Azienda ha precisato di aver approvato, con Deliberazione n. 498/1999 e successiva Deliberazione n. 302/2001, uno specifico regolamento in materia di amministrazione e gestione del patrimonio, avvalendosi, per la gestione dell'inventario, di due procedure informatiche:

1) "OLIAMM - Cespiti" per la gestione dell'Inventario dei beni mobili; procedura integrata con la procedura "approvvigionamenti" che consente un raccordo diretto con gli ordini emessi dalle strutture competenti e con le Fatture pagate;

2) "ABACO - INVEAMM" per la gestione dell'Inventario di beni immobili.

La cancellazione dei cespiti "fuori uso" avviene nel rispetto delle procedure previste dall'art. 9 della L.R. 8/1995.

Periodicamente vengono trasmessi ai Responsabili Consegatari, gli elenchi dei beni mobili assegnati, per le dovute verifiche.

Per quanto riguarda la gestione inventario beni mobili, l'Azienda precisa che la rilevazione avviene tramite procedura integrata "OLIAMM - CESPITI" e si articola nelle seguenti fasi:

- Classificazione e codifica dei cespiti patrimoniali;
- Registrazione dei Ricevimenti (D.D.T. di consegna dei beni);

- Registrazione Verbali di Presa in carico inventariale, con assegnazione numeri di inventario, Centri di Costo, valorizzazioni, ecc.

- Aggiornamento dei dati dei cespiti, mediante registrazione dei trasferimenti di beni mobili (variazioni c.d.c., ubicazioni, ecc.), sulla base delle richieste trasmesse dai Responsabili dei C.d.C., nonché mediante emissione dei Verbali di Fuori Uso, riguardo ai cespiti dismessi.

Per gli acquisti di beni mobili effettuati con contributi vengono inviate al Collegio Sindacale schede dettagliate che riassumono diversi dati relativi agli acquisti (ordini, fatture) ed i dati relativi ai centri di costo assegnatari (consegnatari). Il Collegio provvede a campione a verificare l'esistenza fisica del bene presso il centro di costo assegnatario.

7.3 L'Azienda non ha puntualmente risposto a quanto domandato in sede istruttoria, avendo essenzialmente riferito della procedura di inventariazione dei beni mobili.

E' stata invece formulata istruttoria sui beni mobili oggetto di debito di custodia ed in particolare della loro rendicontazione da parte dei consegnatari e delle verifiche del collegio sindacale e della trasmissione alla competente Sezione della Corte dei Conti.

Al riguardo va rammentato che mentre il debito di "custodia" caratterizza, in linea di massima, il consegnatario incaricato di gestire un deposito o magazzino alimentato direttamente dalla produzione o dall'acquisizione in stock di beni mobili destinati a ricostituire le scorte operative delle varie articolazioni dell'amministrazione di appartenenza (compresi ovviamente i farmaci), il debito di "vigilanza" invece connota l'azione del consegnatario, presso ciascuna articolazione funzionale dell'amministrazione, competente alla sorveglianza sul corretto impiego dei beni dati in uso agli utilizzatori nonché circa la gestione delle scorte operative di beni assegnati all'ufficio e destinati all'uso.

Non si è quindi domandato della gestione dei beni già attribuiti ai singoli uffici o reparti dell'Azienda (né ovviamente dei beni mobili in uso). Si chiede quindi all'Azienda di riferire in ordine a quanto richiesto circa i beni oggetto di debito di custodia.

8.1 Nella delibera 84/2016 di questa Sezione si invitava l'Azienda *"a porre in essere periodiche e puntuali attività di monitoraggio e riscontro di quanto effettuato, ovviamente da utilizzare altresì per apportare gli opportuni correttivi al Piano triennale aziendale e per avere utili elementi ai fini della relazione annuale del Responsabile della prevenzione della corruzione"*. In sede istruttoria si è inteso conoscere quali misure consequenziali sono state adottate dall'Azienda in materia.

Si è chiesto inoltre di riferire in ordine all'effettiva applicazione o meno del principio di rotazione di cui all'art. 1, co. 10, lett. b) della l. 190/2012, indicando altresì gli uffici ed i profili per cui è stato applicato nel corso del 2015, nonché i criteri seguiti per la nomina del Responsabile

della Prevenzione e della Corruzione (R.P.C, oggi R.P.C.T.).

8.2 L'Azienda precisa che l'adozione del piano triennale prevenzione della corruzione ha determinato specifiche azioni di verifica, monitoraggio e di controllo riguardo alle principali aree a rischio nell'ASL VCO.

Nello specifico, l'attenzione e l'azione nel precedente PTPC si è focalizzata soprattutto su uno specifico ambito, quella del monitoraggio e verifica a campione della concordanza, ovvero sovrapposizione delle liste degli utenti che hanno prenotato a CUP e gli utenti ai quali effettivamente è stata erogata la prestazione, per quella branca specialistica, per quella data e per quella sede.

Analogo obiettivo, e monitoraggio, è stato effettuato sui Distretti. In questo caso l'azione di prevenzione della corruzione e trasparenza era sul raffronto tra graduatoria di utenti in attesa di inserimento in Strutture Protette (RSA) e lista dei nomi degli utenti che effettivamente, nel rispetto della graduatoria, sono stati poi inseriti in RSA.

In entrambi i casi, l'Azienda dichiara di non aver rilevate discordanze tra quanto atteso e quanto verificato.

Sempre in quest'ottica è stata effettuata, in collaborazione con il responsabile della SOC Personale e Formazione, una costante attività di monitoraggio sull'attività svolta all'esterno dell'Azienda da parte del personale dipendente. Ciò ha determinato, in più di un'occasione, comunicazioni di richiamo e inibizioni dallo svolgere attività extra lavorative in contrasto con la norma. Al riguardo questa azione, d'intesa con la Direzione Generale, è stata rafforzata con la diffusione a tutto il personale dipendente del codice di comportamento dei dipendenti dell'ASL che ha visto questa azione, obiettivo di attività dell'anno 2016.

In merito al principio di rotazione, la rotazione del personale è stata applicata per alcune funzioni infungibili: ha interessato, in questa prima fase di avvio (in attesa del consolidamento organizzativo del nuovo atto aziendale), il Dipartimento di Prevenzione.

Sono state coinvolti quelle strutture afferenti al dipartimento che effettuano vigilanze (lo SPRESAL e il Servizio veterinario) e i profili coinvolti sono stati i Tecnici della Prevenzione e i Dirigenti Veterinari.

L'obiettivo è stato quello di assegnare ad altro ambito territoriale quelle figure professionali che storicamente, da anni, svolgevano la funzione di verifica e di vigilanza in uno stesso ambito. Per altri (com'è stato il caso dello Spresal) alcune vigilanze sono state avocate e garantite direttamente dal responsabile.

Inoltre, anche in coerenza con il nuovo atto aziendale, attraverso l'individuazione e la

nomina di nuovi responsabili, è stato riformato l'elenco dei nuovi direttori delle SOC in staff alla Direzione Generale.

Riguardo infine ai criteri per la nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, nelle more della definitiva applicazione del nuovo atto aziendale che prevede l'individuazione del responsabile della prevenzione della corruzione in seno agli Affari Generali, l'Amministrazione ha ritenuto di confermare nell'incarico il Responsabile in carica e dare continuità al presidio della funzione.

8.3. Con riferimento a quanto richiesto nella nota istruttoria l'Azienda ha provveduto ad una serie di descrizioni di quanto effettuato nell'ambito delle misure preventive e di verifica in generale, tuttavia non ha riferito in ordine all'avvenuto o meno monitoraggio delle misure assunte nell'ambito del Piano e quindi dell'eventuale attivazione di interventi correttivi volti a porre rimedio ad eventuali carenze/ inadeguatezze individuate, anche a riscontro della deliberazione n. 84/2016.

Quanto alla rotazione del personale si chiede di riferire puntualmente circa il numero del personale coinvolto sul totale di quello in servizio, riferendo in particolar per il personale dirigenziale e per i responsabili di uffici/unità organizzative, anche alla luce del P.N.A.