Da "liguria.controllo" <liguria.controllo@corteconticert.it>

A "direzionegenerale@pecgaslini.it" <direzionegenerale@pecgaslini.it>,
"collegiosindacale@pecgaslini.it" <collegiosindacale@pecgaslini.it>

Data martedì 12 aprile 2016 - 10:33

Istituto Giannina Gaslini - Rendiconto 2013/2014- invio deliberazione n. 35/2016/PRSS - prot. 0001877-12/04/2016-SC_LIG-T85-P

PROT. 0001877-12/04/2016-SC_LIG-T85-P

ISTITUTO GIANNINA GASLINI

c.a. Direttore Generale Istituto Giannina Gaslini Dott. Paolo Petralia
Presidente Collegio Sindacale Istituto Giannina Gaslini Dott. Giulio Torlonia

Su disposizione del magistrato istruttore, Dott. Donato Centrone, si trasmette, in allegato, copia della deliberazione n. 35/2016/PRSS adottata da questa Sezione regionale di controllo ai sensi dell'art. 148-bis del d. lgs.267 del 2000 (TUEL).

La Segreteria della Sezione Regionale di Controllo
della Corte dei Conti per la Liguria

Allegato(i)

GASLINI.pdf (1088 Kb)

ISTITUTO GIANNINA GASLINI
0012298/16 - 12/04/2016
Protocollo Generale 002.001.134
C.IPA: igg_010 AOO: igg_010

DOCUMENTO ASSEGNATO PER:					
SERVIZIO	Comp.	Conosc.	SERVIZIO	Comp.	Conosc.
DIR. GENERALE	X		DIR. SANITARIA		
STAFF			DIPS		
SIA			FARMACIA		
CCD			SPEDALITA'		
AGL			R.S.P.P.		
COMITATO ETICO			DIR. AMM.VA		
CISEF			PERSONALE		
DIR. SCIENTIFICA			BILANCIO		
REVISORI		X	TECNICO		
			ACQUISTI/RIS.		

Liguria/35/2016/PRSS

REPUBBLICA ITALIANA
CORTE DEI CONTI
SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO
PER LA LIGURIA

composta dai magistrati:

Ermanno GRANELLI	Presidente
Angela PRIA	Consigliere
Alessandro BENIGNI	Primo Referendario
Francesco BELSANTI	Primo Referendario
Donato CENTRONE	Primo Referendario (relatore)
Claudio GUERRINI	Primo Referendario

nell'adunanza del 24 febbraio 2016

visto il testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, approvato con il regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214;
viste le leggi 21 marzo 1953, n. 161 e 14 gennaio 1994, n. 20;
vista la deliberazione delle Sezioni riunite della Corte dei conti n. 14 del 16 giugno 2000, che ha approvato il regolamento per l'organizzazione delle funzioni di controllo, modificata con le deliberazioni delle Sezioni riunite n. 2 del 3 luglio 2003 e n. 1 del 17 dicembre 2004;
vista la legge 23 dicembre 2005, n. 266, art. 1, comma 170;
visto l'art. 3, commi 3 e 7, del decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174, convertito dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213;
vista le deliberazioni della Sezione delle Autonomie della Corte dei conti n. 13/2014/INPR e n. 20/2015/INPR, con cui sono state approvate le linee guida con correlato questionario attraverso le quali i collegi sindacali degli enti del servizio sanitario nazionale riferiscono alle Sezioni regionali di controllo relativamente ai bilanci degli esercizi 2013 e 2014;
udito il relatore, primo referendario dott. Donato Centrone

Premesso in fatto

L'esame delle relazioni redatte dal Collegio sindacale dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Giannina Gaslini" di Genova (di seguito, Istituto Gaslini), ai sensi dell'art. 1, comma 3, del decreto-legge n. 174 del 2012, convertito dalla legge n. 213 del 2012, sui bilanci degli esercizi 2013 e 2014, ha fatto emergere alcune criticità, per le quali sono state inviate richieste istruttorie in data 13 febbraio 2015 e 25 novembre 2015. L'Istituto Gaslini ha fornito chiarimenti con le note di risposta del 6 marzo 2015 e 15 dicembre 2015.

Sono residuate alcune potenziali irregolarità amministrativo-contabili, che hanno reso opportuna la richiesta al Presidente della Sezione di convocazione di adunanza pubblica per l'esame collegiale in contraddittorio con l'Istituto pediatrico.

All'adunanza pubblica del 24 febbraio sono intervenuti, in rappresentanza dell'Istituto pediatrico, il Direttore generale dott. Paolo Petralia, il Direttore amministrativo dott. Paolo Faravelli, e il Presidente del Collegio sindacale dott. Giulio Torlonia.

Considerato in fatto e diritto

L'art. 1, commi 166 e seguenti, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, ha previsto che le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti, "*ai fini della tutela dell'unità economica della Repubblica e del coordinamento della finanza pubblica*", svolgano verifiche ed accertamenti sulla gestione finanziaria degli enti locali e degli enti del servizio sanitario nazionale, esaminando, per il tramite delle relazioni trasmesse dagli organi di revisione economico finanziaria, i relativi bilanci. La magistratura contabile ha sviluppato tali verifiche in linea con le previsioni contenute nell'art. 7, comma 7, della legge 5 giugno 2003, n. 131, quale controllo ascrivibile alla categoria del riesame di legalità e regolarità, che ha la caratteristica di essere finalizzato all'adozione di effettive misure correttive da parte degli enti interessati.

L'art 1, comma 3 del decreto-legge n. 174 del 2012, convertito dalla legge n. 213 del 2012, ha integrato la predetta disciplina, disponendo che "*le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti esaminano i bilanci preventivi e i rendiconti consuntivi delle Regioni e degli enti che compongono il Servizio sanitario nazionale, con le modalità e secondo le procedure di cui all' articolo 1, commi 166 e seguenti, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, per la verifica del rispetto degli obiettivi annuali posti dal patto di stabilità interno, dell'osservanza del vincolo previsto in materia di indebitamento dall'articolo 119, sesto comma, della Costituzione, della sostenibilità dell'indebitamento e dell'assenza di irregolarità suscettibili di pregiudicare, anche in prospettiva, gli equilibri economico-finanziari degli enti. I bilanci preventivi annuali e pluriennali e i rendiconti delle Regioni con i relativi allegati sono trasmessi alle competenti Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti dai Presidenti delle regioni con propria relazione*". In base al successivo comma 7, qualora le Sezioni regionali della Corte accertino "*squilibri economico-finanziari, mancata copertura di spese, violazione di norme finalizzate a garantire la regolarità della gestione finanziaria o mancato rispetto degli obiettivi posti con il patto di stabilità interno*", consegue l'obbligo per le amministrazioni interessate "*di adottare, entro sessanta giorni dalla comunicazione del deposito della pronuncia di accertamento, i provvedimenti idonei a rimuovere le irregolarità e a ripristinare gli equilibri di bilancio. Tali provvedimenti sono trasmessi alle Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti che li verificano nel termine di trenta giorni dal ricevimento*". Nel caso in cui la regione "*non provveda alla trasmissione dei suddetti provvedimenti o la verifica delle Sezioni regionali di controllo dia esito negativo, è preclusa l'attuazione dei programmi di spesa per i quali è stata accertata la mancata copertura o l'insussistenza della relativa sostenibilità finanziaria*", precetto normativo che, alla luce della

sentenza della Corte costituzionale n. 39/2014, va limitato ai programmi di spesa presenti nei soli bilanci delle aziende sanitarie e ospedaliere.

Le leggi n. 266 del 2015 e n. 213 del 2012, come ha precisato la Corte Costituzionale (per tutte, sentenze n. 60 del 2013 e n. 40 del 2014), hanno istituito tipologie di controllo, estese alla generalità degli enti locali e del servizio sanitario nazionale, funzionali a prevenire rischi per gli equilibri di bilancio. Tali controlli si collocano su un piano distinto rispetto a quelli sulla gestione amministrativa, aventi fonte nell'art. 3 della legge 14 gennaio 1994, n. 20, soprattutto in relazione agli esiti, e sono stati ritenuti compatibili con l'autonomia costituzionalmente riconosciuta a regioni, province e comuni, in forza del supremo interesse alla legalità finanziaria e alla tutela dell'unità economica della Repubblica perseguito in riferimento agli artt. 81, 119 e 120 Cost. Alla Corte dei conti è, infatti, attribuito il vaglio sull'equilibrio economico-finanziario del complesso delle amministrazioni pubbliche a tutela dell'unità economica della Repubblica (artt. 81, 119 e 120 Cost.). Tali prerogative assumono maggior rilievo nel quadro delineato dall'art. 2, comma 1, della legge costituzionale 20 aprile 2012, n. 1, che, nel comma premesso all'art. 97 della Costituzione, nonché nel riformulato art. 119, richiama il complesso delle pubbliche amministrazioni, in coerenza con l'ordinamento dell'Unione europea, ad assicurare l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico.

I. Equilibrio economico-patrimoniale

L'esame del "modello CE", riportante i dati di conto economico secondo gli schemi ed i criteri contenuti nel decreto del Ministro della salute del 15 giugno 2012, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, ha evidenziato un risultato negativo per l'esercizio 2014 pari a euro 10.395.284. La perdita d'esercizio risulta in crescita rispetto a quanto registrato nei precedenti esercizi 2013 (euro 7.238.454) e 2012 (euro 6.955.324).

Il collegio sindacale dell'Istituto, nella relazione-questionario sul bilancio 2013, ha precisato che la perdita del 2014 è correlata alla modalità di contabilizzazione delle quote del fondo sanitario attribuite con delibera di giunta regionale n. 596 del 10 aprile 2015. Infatti, il predetto provvedimento ha stabilito il livello massimo dei disavanzi degli enti del servizio sanitario per l'esercizio 2014, attribuendo all'Istituto Gaslini la soglia di euro 12.600.000. La medesima delibera stabilisce che le tali importi non vanno iscritti a bilancio, e che le risorse a copertura sono assegnate con successivo provvedimento sulla base dei risultati finali dei bilanci dell'esercizio.

Anche l'Istituto, nella risposta istruttoria riferita all'esercizio 2013, ha precisato che la perdita di competenza, pari ad euro 7.238.545, è correlata alla modalità di contabilizzazione delle quote di fondo sanitario attribuite dalla Regione. Infatti, la delibera di giunta n. 363 del 27 marzo 2014 ha stabilito gli importi a copertura delle perdite d'esercizio, riconoscendo all'Istituto, per il 2013, la soglia massima di euro 7.800.000 (sempre con la precisazione che si tratta di contributi non iscrivibili a ricavo e che le risorse vengono assegnate in via definitiva, con successivo provvedimento, sulla base dei risultati finali dei bilanci d'esercizio).

Anche il saldo della gestione operativa si palesa negativo sia nel 2014 (per euro 4.153.560) che nel 2012 (per euro 1.353.786).

Conto economico	Bilancio 2012	Bilancio 2013	Bilancio 2014	Variazione 2014 su 2012	Variazione 2014 su 2013
Valore della produzione	171.085.202	185.668.462	179.753.891	5,1%	-3,2%
Costi della produzione	172.438.989	185.234.670	183.907.451	6,7%	-0,7%
Risultato della gestione operativa	-1.353.786	433.792	- 4.153.560	207%	-1.058%

Nella risposta del 15 dicembre 2015 l'Istituto ha precisato che il peggioramento, nel 2014, del risultato della gestione caratteristica è dovuto alla diminuzione, per circa 6 milioni di euro, del valore della produzione, solo parzialmente compensata da una parallela riduzione dei costi (per 1,3 milioni di euro). In particolare, come dettagliato nella Relazione sulla gestione, allegata al bilancio, il decremento dei ricavi risulta principalmente imputabile ai *"Contributi in conto esercizio da privati"* (da euro 5.734.589 nel 2013 ad euro 1.894.269 nel 2014).

Alla luce dei dati esposti e dei chiarimenti forniti, è parso opportuno approfondire le azioni che l'Istituto, di concerto con la Regione Liguria, intende intraprendere al fine di conseguire, nei prossimi esercizi, l'equilibrio economico.

Nella memoria del 22 febbraio 2016, l'IRCCS ha confermato che le delibere di Giunta regionale n. 363 del 27 marzo 2014 e n. 596 del 10 aprile 2015 hanno stabilito il livello massimo dei disavanzi economici degli esercizi 2013 e 2014, pari per l'Istituto, rispettivamente, a euro 7,8 milioni e ad 12,6 milioni di euro. In entrambi i casi, la perdita economica effettiva si è attestata al disotto delle predette soglie.

Inoltre, la memoria precisa che, per ogni esercizio, la Regione assegna a ciascun ente del SSR un tetto massimo di costi per l'erogazione dell'attività di assistenza. A tal riguardo, l'IRCCS Gaslini ha riferito che, nell'esercizio 2014, come nei precedenti, ha contenuto i propri costi entro il livello fissato dalla Regione. Rimanda, in proposito, a quanto dettagliatamente precisato nelle Relazioni sulla gestione accompagnatorie ai (si dice "accompagnatorie ai"?) bilanci d'esercizio. In particolare, la memoria precisa che, negli ultimi anni, l'Istituto ha posto in essere alcune manovre gestionali, concordate con la Regione, che hanno consentito di razionalizzare le risorse e realizzare consistenti risparmi, compatibilmente con il mantenimento di adeguati livelli nelle attività di assistenza e di ricerca.

Nel corso del 2014, alle manovre di risparmio e contenimento dei costi si sono aggiunte altre azioni, attivate su indicazione regionale, finalizzate all'implementazione delle attività di alta complessità ed alla migliore appropriatezza dei ricoveri.

Il conseguimento dell'equilibrio economico degli enti del SSN nella legislazione statale e regionale

Il legislatore ha imposto da tempo agli enti del servizio sanitario regionale, in ossequio ai principi di economicità ed efficienza, il rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi. In questo senso varie norme, contenute nella legge di riforma del servizio sanitario (art. 4, comma 8, del d.lgs. n. 502 del 1992), nelle leggi finanziarie o di stabilità succedutesi nel tempo (art. 10 legge 724 del 23 dicembre 1994; art. 3, comma 2, del decreto-

legge n. 347 del 18 settembre 2001, convertito dalla legge n. 405 del 16 novembre 2001, art. 1 comma 274 della legge 266 del 23 dicembre 2005, etc.), nonché negli accordi stipulati in seno alla Conferenza Stato-Regioni (per esempio, Intesa del 23 marzo 2005, i cui contenuti sono stati confermati nelle premesse dei Patti per la salute del 3 dicembre 2009 e del 10 luglio 2014). In particolare, con l'art. 6 dell'Intesa del 23 marzo 2005, le Regioni si sono impegnate a garantire l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale sia nel suo complesso, sia con riferimento alle proprie aziende sanitarie, ospedaliere e ospedaliere-universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. A tal fine, sono state confermate le forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti e l'obbligo dell'adozione di misure, compresa l'eventuale decadenza dei direttori generali, per la riconduzione in equilibrio della gestione (fermo restando quanto disposto dal comma 174 dell'art. 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, norma che impone alle regioni di garantire il complessivo equilibrio economico del servizio sanitario, attribuendo poteri di controllo sostitutivo allo Stato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131). In caso di andamento economico non coerente con gli obiettivi, i direttori generali degli enti del SSR sono tenuti a presentare un piano, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati (da assicurare entro il 30 settembre, qualora lo squilibrio sia stato certificato nel primo o secondo trimestre; entro il 31 dicembre qualora lo squilibrio si sia verificato nel corso del terzo o quarto trimestre), pena la dichiarazione di decadenza, ad opera della regione. Quest'ultima sanzione opera, in particolare, nei seguenti casi: *a*) mancata o incompleta presentazione della certificazione trimestrale nei termini stabiliti; *b*) mancata presentazione del piano di rientro; *c*) mancata riconduzione della gestione entro gli obiettivi assegnati. Infine, si dispone che le regioni adottino provvedimenti per definire l'obbligo per gli enti del SSR di effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento.

Gli obblighi di conseguimento dell'equilibrio economico-patrimoniale degli enti del servizio sanitario sono ribaditi anche dalla legge regionale della Liguria 7 dicembre 2006, n. 41 (più volte modificata ed integrata). L'art. 2, in particolare, dispone che la Regione presiede alla programmazione, al monitoraggio ed al controllo dei livelli di assistenza erogati dai soggetti pubblici e privati accreditati, perseguendo vari obiettivi, fra i quali l'equilibrio economico-finanziario del sistema regionale.

Il successivo art. 3, comma 4, prescrive, poi, che le aziende sanitarie e gli altri soggetti erogatori rispondano alla Regione, oltre che della qualità e appropriatezza delle prestazioni rese, anche della capacità di conseguire gli obiettivi di salute assegnati a fronte di risorse determinate. Ancora più specifico appare l'art. 17 (Funzioni delle aziende sanitarie locali), i cui contenuti precettivi trovano applicazione, in virtù della norma di rinvio contenuta nell'art. 29 della medesima legge regionale, anche ai soggetti eroganti attività ospedaliera (fra i quali l'IRCCS Gaslini). La norma prevede, infatti, al comma 3, che le aziende sanitarie perseguano l'economicità e l'efficienza produttiva della gestione, con obbligo posto in capo, in particolare, al

direttore generale che, in virtù dell'art. 19, comma 6, della stessa legge, è responsabile del raggiungimento degli obiettivi indicati dalla Regione.

La legge regionale richiama, infine, all'art. 88, quale norma di chiusura, le disposizioni di cui al d.lgs. n. 502 del 1992, nonché le normative nazionali vigenti in materia.

Gli obblighi di conseguimento dell'equilibrio economico-patrimoniale posti in capo agli enti del SSN risultano maggiormente verificabili (e confrontabili) dopo l'emanazione del d.lgs. n. 118 del 2011 sull'armonizzazione dei bilanci, che, agli articoli 26, comma 3, e 32, comma 6, stabilisce, al fine di conferire struttura uniforme alle voci del preventivo economico annuale e del bilancio d'esercizio, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci, che i bilanci di esercizio debbano essere predisposti secondo appositi schemi (allegati al medesimo decreto legislativo). Oltre a uniformare questi ultimi (conto economico, stato patrimoniale, nota integrativa e rendiconto finanziario), l'art. 29 del d.lgs. n. 118 del 2011 impone l'osservanza di precisi principi contabili, con l'obiettivo di consentire l'iscrizione delle poste economiche e patrimoniali con le medesime regole su tutto il territorio nazionale. Per quanto interessa in questa sede, in particolare, il comma 1, lett. d), prevede che "*i contributi per ripiano perdite sono rilevati in un'apposita voce del patrimonio netto sulla base del provvedimento regionale di assegnazione, con contestuale iscrizione di un credito verso regione. Al momento dell'incasso del credito, il contributo viene stornato dall'apposita voce del patrimonio netto e portato a diretta riduzione della perdita all'interno della voce utili e perdite portati a nuovo*".

Il comportamento contabile adottato dall'IRCCS appare, pertanto, conforme alla norma contabile del decreto sull'armonizzazione ora esposta, che, per evitare che i contributi per ripiano perdite, erogati dalle regioni in anni successivi a quello di emersione, inquinino il risultato economico dell'esercizio di attribuzione (gonfiando, impropriamente, i ricavi), ha imposto la rilevazione di questo tipo di contributi (quali quelli erogati dalla Regione Liguria con le citate DRG n. 1580 del 2015, per l'esercizio 2013, e n. 1775 del 2014, per l'esercizio 2014) solo nelle scritture patrimoniali.

Sul piano sostanziale, poi, come esposto in precedenza, la legge regionale n. 41 del 2006, di disciplina del servizio sanitario, nel declinare, nell'esercizio della potestà concorrente di coordinamento della finanza pubblica, attribuita dall'art. 117 della Costituzione (nonché dei poteri, sempre concorrenti, attribuiti in materia di tutela della salute), l'obbligo del perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario del sistema sanitario, ha imposto alle aziende sanitarie (ed ai soggetti equiparati) l'onere di raggiungere predeterminati obiettivi (di livello dei costi o di rapporto fra ricavi e costi), senza richiedere necessariamente (anche quale obiettivo dei direttori generali) l'equilibrio annuale del conto economico.

Si tratta di scelta che appare imposta dalla natura di enti a finanza, quasi integralmente, derivata propria delle aziende sanitarie e ospedaliere. Di conseguenza, le scelte di gestione aziendale possono (e devono) incidere sul livello dei costi (in primo luogo di quelli modulabili nel breve-medio periodo), mentre quasi nulla è l'incidenza sui ricavi (secondo fattore del risultato

economico), condizionata dalla quantità di finanziamenti attribuiti dalla Regione nel corso dell'esercizio di competenza.

Il vincolo ora descritto non esenta, tuttavia, da un lato, le aziende sanitarie dall'obbligo di perseguire gli obiettivi di costo attribuiti in sede di budget (e le relative responsabilità, poste in capo principalmente al direttore generale), dall'altro, la Regione ad adottare adeguata programmazione finanziaria tesa a permettere, in presenza di obiettivi di costo rispettati, il conseguimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie.

I chiarimenti istruttori forniti dalla Regione

Sulla base degli elementi acquisiti dall'azienda ospedaliera, anche nel corso dell'adunanza pubblica, con nota del 11 febbraio 2016, è stato chiesto alla Regione di precisare le motivazioni alla base della scelta di erogare nell'anno successivo (per esempio, delibera di giunta regionale n. 596 del 10 aprile 2015, per l'esercizio 2014, e delibera n. 363 del 27 marzo 2014, per l'esercizio 2013) i finanziamenti destinati al ripiano dei disavanzi economici registrati dagli enti del servizio sanitario regionale nell'esercizio precedente.

La Regione, nella nota del 29 febbraio 2016, ha precisato di fornire copertura ai disavanzi delle aziende sanitarie con le risorse derivanti dalle manovre fiscali dell'esercizio successivo (variazione delle aliquote dell'imposta regionale sulle attività produttive e dell'addizionale all'imposta sul reddito), come stabilito dal comma 174 della legge 311 del 30 dicembre 2004, che disciplina le azioni imposte alle regioni per conseguire l'equilibrio economico-finanziario della gestione sanitaria (per il cui contenuto si rinvia al testo normativo). In aderenza, le leggi regionali succedutesi a partire dal 2005 hanno destinato le risorse derivanti dalle manovre di finanza pubblica regionale a copertura dei disavanzi sanitari pregressi, stanziando nella spesa, all'UPB 9.208 *"Finanziamento per ripiano disavanzi pregressi"*, le risorse relative.

Le disposizioni sopra richiamate non consentono, pertanto, prosegue la nota regionale, l'impegno delle risorse nell'anno di competenza, ma solo nell'esercizio successivo, e, di conseguenza, alle aziende non è consentito iscriverle, quali ricavi, nel bilancio del medesimo esercizio. La nota regionale evidenzia che anche il Tavolo tecnico costituito presso il MEF, previsto dall'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, prende in considerazione il risultato della gestione sulla base del conto economico consolidato regionale al netto della voce *"AAOO8O - Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA"*, che costituisce il finanziamento aggiuntivo per garantire il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.

II. Utilizzo anticipazioni di cassa

Nella relazione sul bilancio 2013 il Collegio sindacale ha riferito circa l'utilizzo di anticipazioni di cassa, in particolare per n. 112 giorni nel corso dell'esercizio, per un valore medio di euro 13.236.362 ed una punta massima di euro 22.478.196.

Anche sulla base dei riferiti dati finanziari, nell'istanza istruttoria del 13 febbraio 2015, è stato chiesto di descrivere le iniziative intraprese al fine di ridurre l'incidenza delle voci *"C.3.A -*

interessi passivi su anticipazioni di cassa" (euro 45.875) e *"C.3.C - altri interessi passivi"*, in crescita cospicua rispetto al 2012, nonché di illustrare le ragioni dell'elevato numero di giorni medi (138) intercorrenti tra il ricevimento ed il pagamento delle fatture (tabella 10 del questionario redatto dal collegio sindacale, sezione stato patrimoniale).

Nella risposta del 6 marzo 2015, l'Istituto ha precisato che l'incremento, nel 2013, degli oneri finanziari (in particolare, per la voce interessi passivi su anticipazioni di cassa, passata da euro 28.361 ad euro 45.875) trae fonte già dalla delibera di giunta n. 1158 del 23 settembre 2011, con la quale la Regione Liguria aveva disposto un minor finanziamento per gli ultimi tre mesi dell'anno 2011 per un importo totale di euro 19.500.000. Tale minore liquidità ha determinato l'esigenza del ricorso, già a partire dal 2012, all'anticipazione ordinaria dell'istituto cassiere (come previsto dall'art. 78, comma 1, della legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41). La predetta carenza di liquidità è proseguita anche nel 2013 ed è ulteriormente peggiorata a causa della necessità di far fronte al pagamento tempestivo dei debiti verso fornitori. In tale esercizio, infatti, l'Istituto ha dovuto fare ricorso anche all'anticipazione straordinaria (prevista dall'art. 78, comma 2, della citata legge regionale n. 41 del 2006).

Per far fronte alle difficoltà di cassa del sistema sanitario, la regione ha aderito alla procedura di accesso all'anticipazione concessa dal Ministero dell'economia e delle finanze in ottemperanza al decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito dalla legge 6 giugno 2013, n. 64. Conseguentemente, a partire dal mese di agosto 2013, ha corrisposto alle aziende sanitarie le diverse rate di liquidità necessarie a far fronte al pagamento dei propri debiti verso i fornitori e, in tal modo, l'Istituto ha potuto conseguire una gestione di cassa ordinaria. Evidenzia, infatti, che, nel 2015, come risulta dai dati pubblicati sul sito internet, i tempi medi di pagamento si sono notevolmente ridotti e ricondotti a livelli di regolarità.

Infine, la risposta precisa che il numero elevato di giorni medi che sono intercorsi, nel 2013, tra il ricevimento ed il pagamento delle fatture è stato dovuto ai tempi che i centri di responsabilità ordinatori della spesa, deputati alla verifica della regolarità delle forniture ed alla liquidazione delle fatture, hanno dovuto impiegare nell'espletamento di tali procedure. Si sono, infatti, verificate numerose problematiche esecutive, che hanno dato luogo a contestazioni nei confronti dei fornitori, richiedendo lunghe verifiche. Peraltro, la risposta precisa che, nel 2015, tale dato si è sensibilmente contratto.

Il magistrato istruttore ha proposto il deferimento in adunanza collegiale al fine di accertare il protratto ricorso ad anticipazioni di cassa, sintomo di potenziali squilibri nella complessiva gestione di liquidità, nonché per analizzare le azioni, di breve e medio periodo, programmate dall'Istituto al fine di contenere in futuro il fenomeno ed i conseguenti oneri.

Nella memoria del 22 febbraio 2016 l'Istituto ha confermato l'utilizzo dell'anticipazione ordinaria di cassa dal 3 aprile 2012 al 2 agosto 2013, con contestuale ricorso (non continuativo) a quella straordinaria nei mesi da aprile a giugno 2013, principalmente per far fronte al pagamento dei fornitori e degli stipendi. La relativa autorizzazione, prescritta dall'art. 78,

comma 2, della legge regionale n. 41 del 2006, è stata concessa dalla Regione con le DGR n. 55 del 25 gennaio 2013 e n. 720 del 21 giugno 2013.

L'insufficienza di cassa, nell'arco temporale sopra esposto, è stata determinata, prosegue la memoria, dalla riduzione delle assegnazioni mensili dell'ultimo trimestre 2011, disposta dalla Regione con DGR n. 1158 del 23 settembre 2011 (diminuzione, per il Gaslini, pari a circa 6,5 milioni di euro mensili). L'Istituto aveva prontamente segnalato alla Regione, con nota n. 41517 del 9 novembre 2011, le difficoltà di cassa causate dalla citata deliberazione, difficoltà (lo ripeterei, oppure riformulerei così: "tali da rendere") che avrebbero reso necessario il ricorso ad anticipazione di cassa.

Inoltre, la memoria ricorda che la liquidità dell'Istituto è prevalentemente influenzata dalle erogazioni di cassa che pervengono dalla Regione (a titolo di fondo sanitario, copertura perdite, etc.) e che tali risorse finanziarie venivano, spesso, corrisposte in periodi successivi rispetto all'esercizio di competenza. Dalla seconda metà del 2013, anche a seguito delle anticipazioni di liquidità erogate dalla Regione in virtù dell'art. 3 del decreto-legge 35 del 2013, convertito dalla legge 64 del 2013, l'Istituto dichiara di avere sempre avuto un saldo di cassa positivo.

Contestualmente, l'andamento dei crediti verso la Regione nel periodo 2012-2014 ha subito un notevole decremento, passando da euro 62.492.924 al 31 dicembre 2012, ad euro 24.751.183 al 31 dicembre 2013 e ad euro 14.661.777 al 31 dicembre 2014.

Il miglioramento della liquidità dell'Istituto ha avuto effetti positivi anche sugli interessi passivi da anticipazione di cassa, che dagli euro 45.875 del 2013 si sono azzerati nel 2014. La tendenza positiva è proseguita nell'esercizio 2015 che si è chiuso, come il precedente, senza che l'Istituto abbia sostenuto alcun onere a tale titolo. In proposito, la memoria sottolinea che il ricorso all'anticipazione di cassa (con corresponsione all'istituto cassiere di interessi passivi pari al tasso BCE, aumentato di dieci centesimi di punto percentuale) ha consentito di evitare il maggior aggravio economico derivante dall'addebito di interessi moratori da parte dei fornitori.

La memoria, infine, sottolinea, come, a seguito delle azioni organizzative intraprese dal 2014, i tempi medi di pagamento si siano notevolmente ridotti. Gli indicatori di tempestività dei pagamenti previsti dagli artt. 9 e 10 del DPCM 22 settembre 2014, calcolati secondo le metodologie indicate nelle circolari MEF-RGS n. 3 del 14 gennaio 2015 e n. 22 del 22 luglio 2015, evidenziano performance ampiamenti in linea con gli obiettivi del legislatore.

I limiti all'utilizzo di anticipazioni di cassa e gli oneri di tempestivo pagamento fra amministrazioni

Il cospicuo utilizzo di anticipazioni di cassa è stato oggetto di vari pronunciamenti da parte delle Sezioni regionali di controllo, evidenzianti come il protratto ricorso sia sintomo di possibili anomalie nella gestione, trattandosi di un indebitamento a breve termine (anche) per spesa corrente. Alla luce dell'art. 119 della Carta costituzionale, infatti, la costante giurisprudenza contabile, formatasi principalmente in sede di esame dei bilanci degli enti locali, ha ritenuto che un ripetuto, notevole e cospicuo ricorso ad anticipazioni rischia di eludere il divieto di

indebitamento per spesa corrente (tramutandosi in una situazione di costante esposizione debitoria, con assunzione dei relativi oneri, verso l'istituto cassiere).

L'art. 2, comma 2-*sexies*, del d.lgs. n. 502 del 1992 dispone che le Regioni disciplinino la possibilità per le aziende sanitarie di ricorrere ad anticipazioni, da parte del proprio cassiere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi iscritti nel bilancio preventivo annuale.

Per gli enti della Liguria, la legge regionale n. 41 del 2006, all'art. 78, prevede che le aziende sanitarie sono autorizzate, per sopperire a temporanee deficienze di cassa, ad accendere anticipazioni nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi iscritti nel bilancio preventivo annuale. Fino all'esercizio 2014, il comma 2 della norma ora richiamata prevedeva anche la possibilità, previa autorizzazione regionale, di incrementare l'anticipazione di un ulteriore dodicesimo, per sopperire a straordinarie deficienze di cassa. Tale facoltà è venuta meno con l'art. 14, comma 6, della legge regionale 9 marzo 2015, n. 7.

Il ricorso all'anticipazione, se reiterato nel tempo, protratto per gran parte *dell'esercizio*, ovvero di sensibile entità, costituisce, anche se contenuto entro i limiti previsti dalla legge, sintomo di rischi per la complessiva gestione finanziaria e per la garanzia dei futuri equilibri di bilancio. Pertanto, in disparte l'aggravio finanziario a titolo di interessi passivi (per l'ASL n. 2 Savonese pari nel 2013 a euro 474.00 e, nel 2014, a euro 67.000), l'accertato fenomeno impone di riprogrammare (anche sulla base delle scelte politiche regionali) i tempi di erogazione delle spese in misura maggiormente aderente ai flussi di entrata, salvo, naturalmente, il rispetto delle scadenze contrattuali e della disciplina in tema di tempi massimi di pagamento posta dal d.lgs. n. 231 del 2002. Nel caso in cui, invece, la costante criticità di cassa derivi da una strutturale deficienza degli incassi rispetto ai pagamenti, in sede di programmazione gli organi aziendali di vertice devono adottare, nei limiti dei propri poteri e competenze, le misure atte ad incrementare l'ammontare delle entrate e/o a ridurre la mole delle spese ovvero, se necessario, segnalare ai competenti uffici regionali le cause della criticità finanziaria.

Appare, pertanto, necessario che l'Istituto Gaslini, per quanto di sua competenza, prosegua nell'attività di attento monitoraggio dei tempi di pagamento e riscossione, e della conseguente generale gestione di cassa.

La presenza di costante deficienza di cassa nella gestione finanziaria di un'azienda sanitaria impone di valutare, come la Sezione ha già fatto in occasione della relazione annuale sulla sanità allegata al giudizio di parifica del rendiconto regionale (si rinvia, per il 2013, alla deliberazione n. SCRLIG/46/2014/PARI e, per il 2014, alla deliberazione n. SCRLIG/56/2015/PARI), le azioni adottate dalla Regione Liguria, in particolare derivanti dal decreto legislativo sull'armonizzazione o da recenti norme di finanza pubblica. Va ricordato, infatti, che, al fine di attenuare fenomeni di sottofinanziamento degli enti del SSN, causati da un eventuale distorto utilizzo dei fondi, nazionali e regionali, destinati alla sanità, il d.lgs. n. 118 del 2011, all'art. 20, ha imposto alle Regioni, oltre alla perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del SSR, l'obbligo di accertare ed impegnare a favore degli Enti del

SSN, nel corso dell'esercizio, l'intero importo corrispondente al finanziamento della sanità. Inoltre, dal 2013, l'art. 3, comma 7, del decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, ha prescritto alle stesse Regioni l'erogazione per cassa agli enti del SSN, entro il 31 dicembre di ogni anno, di almeno il 90% delle risorse incassate dallo Stato a titolo di finanziamento del servizio sanitario e di quelle autonomamente destinate ai medesimi fini. In seguito, l'art. 1, comma 606, della legge n. 190 del 2014, ha elevato, a decorrere dal 2015, la percentuale sopra esaminata al 95%, disponendo, altresì, che la restante quota debba essere erogata entro il 31 marzo dell'anno successivo.

Al fine di riscontrare la congruità fra assegnazioni di competenza ed erogazioni di cassa (in aderenza agli obblighi normativi ora citati), a seguito degli elementi emersi nel corso delle adunanze pubbliche, con nota del 11 febbraio 2016, è stato chiesto alla Regione di specificare, producendo apposita tabella, l'ammontare dei pagamenti effettuati a favore degli enti del servizio sanitario regionale negli esercizi 2013 e 2014, rispetto agli impegni assunti nei provvedimenti di finanziamento adottati nel corso dei medesimi esercizi.

La Regione, con nota del 29 febbraio 2016, ha prodotto analitiche tabelle, in base alle quali risulta aver pagato, al 31 dicembre, il 98% delle risorse dovute nel 2013 ed il 99% nel 2014.

III. Equilibrio economico dell'attività libero-professionale intramuraria

La relazione-questionario sul bilancio 2013, redatta dal collegio sindacale, aveva evidenziato il mancato conseguimento dell'equilibrio economico per la gestione dell'attività libero-professionale intramuraria (la tabella 3.2.5 riporta, infatti, un disavanzo di euro 171.488). Pertanto, con l'istanza istruttoria del 13 febbraio 2015, è stato chiesto di precisare le misure poste in essere per riportare in equilibrio tale gestione.

L'Istituto, nella risposta del 6 marzo 2015, ha precisato di aver avviato un percorso di ricognizione delle tariffe delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria, legate all'evoluzione della normativa e, in particolare, alla legge 3 agosto 2007, n. 120 ed alle correlate disposizioni regionali. La citata normativa nazionale (art. 1, comma 4, lettera *c*) ha previsto, infatti, una serie di criteri su cui costruire le ridette tariffe, alcuni dei quali innovativi, come quelli connessi all'attività di prenotazione e di riscossione. Detta analisi è stata avviata per le prestazioni specialistiche con maggiori volumi di attività (quali le visite specialistiche svolte negli spazi aziendali, dove il consumo di risorse è maggiormente misurabile). Relativamente, invece, ai ricoveri eseguiti in libera professione negli spazi aziendali (peraltro in numero limitato), l'Istituto sta svolgendo un'analisi dei costi mediante l'utilizzo dello stesso sistema di rilevazione avviato per l'attività di degenza istituzionale (mediante la partecipazione all'apposito network per la condivisione dei costi standard in ambito sanitario).

Sempre per quanto riguarda l'attività libero professionale intramuraria, il collegio sindacale ha evidenziato, per l'esercizio 2014, un risultato positivo di euro 17.605. Tuttavia, la pertinente tabella 3.2.5 del questionario non ha indicato i costi diretti, quelli generali aziendali ed il fondo di perequazione, tutti oneri che concorrono, assieme a quelli diretti (retrocessione di quota

parte della tariffa incassata al medico erogante), all'equilibrio dell'attività intramoenia. Lo stesso collegio sindacale ha sottolineato la necessità che i provvedimenti autorizzativi all'esercizio di tale attività approvino contestualmente le prestazioni, le tariffe e le fasce giornaliere nelle quali può essere prestata. Inoltre, ha richiesto alla direzione dell'Istituto di fornire i criteri utilizzati per la determinazione dei costi diretti ed indiretti.

Si riporta tabella di sintesi dei costi e dei ricavi dell'attività libero professionale intramuraria negli esercizi 2013 e 2014, tratti dal questionario redatto dal collegio sindacale.

Prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	2014	2013
A.4.D.1) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera	48.262	26.337
A.4.D.2) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica	2.168.820	2.703.510
A.4.D.4) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58 CCNL)	207.573	172.601
Totale ricavi intramoenia	2.424.655	2.902.448
B.2.A.13.1) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area ospedaliera	9.385	54.008
B.2.A.13.2) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area specialistica	1.863.019	2.428.992
B.2.A.13.4) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58 CCNL)	400.383	202.250
Totale quote retrocesse al personale (escluso IRAP)	2.272.787	2.685.250
IRAP relativa ad attività di libera professione	134.263	176.531
Costi diretti aziendali	/////	54.136
Costi generali aziendali	/////	54.136
Fondo di perequazione	/////	103.883
Totale altri costi intramoenia	134.263	388.686
Saldo economico	17.605	-171.488

Nella risposta istruttoria del 15 dicembre 2015, l'Istituto ha precisato i criteri di determinazione dei costi diretti aziendali, quantificati complessivamente in circa 51 mila euro annui. Invece, per quanto concerne i costi generali, riferisce che l'attuale sistema contabile non consente una puntuale disponibilità di tali dati e, per questa ragione, l'Istituto ha avviato una collaborazione con il Dipartimento di economia dell'Università di Genova (provvedimento del direttore generale n. 657 del 2014) per consentire la definizione di una serie di criteri su cui costruire le nuove tariffe delle prestazioni di libera professione, anche alla luce della necessaria definizione di tali costi. La risposta si chiude evidenziando che l'Istituto confida di potersi allineare al più presto e, comunque, non oltre l'esercizio 2016.

E' stato ritenuto opportuno il deferimento in adunanza collegiale al fine di verificare l'effettivo conseguimento dell'equilibrio economico della gestione separata dell'attività libero professionale intramuraria nell'esercizio 2014, nonché le azioni intraprese al fine di conseguire il ridetto equilibrio negli esercizi futuri.

La memoria prodotta in data 22 febbraio 2016 evidenzia, in via preliminare, che la tabella di sintesi dei costi e dei ricavi dell'attività libero-professionale intramuraria dell'esercizio 2014, tratta dal questionario redatto dal collegio sindacale, risente di alcuni dati non chiaramente interpretabili. A parte i costi generali, non puntualmente valorizzati in assenza di un programma di rilevazione automatizzato (che l'Istituto ha dichiarato essere in corso di elaborazione), per

quanto riguarda i costi diretti la memoria precisa che l'importo riportato alla voce *"B.2.A.13.4 - Compartecipazione al personale per attività libero professionale intramoenia"*, pari ad euro 400.383 (ribaltato in contabilità generale dai conti della sezione gestione del personale), si riferisce, per euro 82.081, a costi relativi all'esercizio 2014 e per i restanti euro 318.301 a compensi arretrati, relativi agli anni 2011, 2012 e 2013 (come meglio specificato nella nota integrativa del bilancio 2014, prodotta in allegato). Pertanto, l'effettivo onere di competenza 2014, riferito a tale voce, è pari ad euro 82.081, con conseguente incremento del saldo economico positivo da euro 17.065 ad euro 335.366 (al lordo dei costi diretti e di quelli generali aziendali).

Al fine di giungere ad una rivisitazione di tutto il sistema e consentire l'eliminazione di eventuali squilibri economici nell'attività libero-professionale intramuraria, la memoria conferma che l'Istituto ha avviato, con delibera del direttore generale n. 657 del 2014, un rapporto di collaborazione, a titolo gratuito, con il Dipartimento di economia dell'Università di Genova, attraverso il quale sta procedendo all'analisi ed all'individuazione di nuovi meccanismi per la definizione delle tariffe relative all'intramoenia. A tal riguardo, rappresenta che il lavoro di rilevazione dei dati e della metodologia di costruzione delle tariffe è stato già sperimentato su una specialità campione (area oculistica) e che il risultato finale produce due valori (distinti per livello di bassa/media e alta complessità della prestazione) idonei alla copertura dei costi (individuato il punto di pareggio, è possibile determinare il margine di ricavo spettante al medico). Tale metodologia, conclude la memoria, richiede dei necessari adattamenti per alcune prestazioni in cui la presenza dell'elemento tecnologico o del materiale di consumo è maggiormente rilevante (per es. cardiologiche e radiologiche).

L'equilibrio economico-patrimoniale della libera professione intramuraria

L'art. 3 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, dispone, al comma 6, che, per la gestione delle attività di cui all'art. 4, commi 10 e 11, del d.lgs. n. 502 del 1992 (camere a pagamento e attività erogate in regime libero-professionale intramurario), le aziende sanitarie, quelle ospedaliere e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico provvedono alla tenuta di una contabilità separata, che deve tenere conto di tutti i costi diretti e indiretti. Tale contabilità non può presentare disavanzo. In virtù del successivo comma 7, nel caso in cui ciò avvenga, il direttore generale è obbligato ad assumere tutti i provvedimenti necessari, compresi l'adeguamento delle tariffe o la sospensione del servizio relativo alle erogazioni delle prestazioni sanitarie.

La contabilità separata della c.d. attività *intramoenia* (meglio se avente fonte in un sistema analitico di rilevazione dei proventi e dei costi) non può essere in disavanzo, posto che l'attività in discorso consente al medico, contrariamente al regime a cui sono sottoposti gli altri dipendenti pubblici, di svolgere, pur a fronte di un vincolo di esclusività del rapporto (peraltro specificatamente retribuito), attività di natura libero-professionale.

L'art. 4, comma 10, del d.lgs. n. 502 del 1992 precisa, in particolare, che il ricovero in camere a pagamento comporta l'esborso, da parte dell'assistito, di una retta giornaliera,

nonché, se trattasi di ricovero richiesto in regime libero-professionale, di una somma forfettaria comprensiva di tutti gli interventi medici e chirurgici, delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio connesse ai singoli interventi.

Tale obbligo è confermato dall'art. 1, comma 4, lett. c), della legge 3 agosto 2007, n. 120 (*Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria*), in cui si dispone che il tariffario approvato dall'azienda sanitaria debba permettere la copertura di tutti i costi, diretti e indiretti, correlati alla gestione dell'attività libero-professionale intramuraria (sia quella erogata presso le strutture aziendali, che quella espletata presso strutture convenzionate o presso gli stessi studi privati dei medici autorizzati).

L'obbligo di equilibrio economico-patrimoniale si ritrova anche nella pertinente contrattazione collettiva nazionale di comparto (cfr. art. 55, comma 4, e 57, comma 2, del CCNL dirigenti medico-veterinari dell'8 giugno 2000), nonché nel DPCM del 27 marzo 2000 ("*Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale*"), le cui indicazioni di dettaglio costituiscono un adeguato supporto interpretativo per le aziende sanitarie in materia.

IV. Contenimento costi per personale a tempo determinato o assunto con altri contratti flessibili

L'esame della relazione redatta dal Collegio sindacale in aderenza all'art. 1, comma 3, del decreto-legge n. 174 del 2012, convertito dalla legge n. 213 del 2012 ("*Domande specifiche sul conto economico*", tabella n. 13), ha evidenziato il mancato conseguimento, negli esercizi 2013 e 2014, dell'obiettivo di riduzione dei costi per il personale assunto a tempo determinato o con altri contratti di lavoro c.d. flessibili, posto dall'art. 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

TIPOLOGIA	2009	2013	2014	Incidenza 2014 su 2009	Incidenza 2013 su 2009
Tempo determinato, convenzioni, collaborazione coordinata e continuativa	1.028.408	1.986.529	2.323.193	226%	193%
Contratti di formazione-lavoro, somministrazione e lavoro accessorio	-	-	1.940.765	100%	100%
Totale costo prestazioni di lavoro flessibile	84.377.260	89.233.683	90.871.093	108%	102%

Nella risposta del 6 marzo 2015, riferita al bilancio 2013, l'Istituto ha precisato che l'attuazione della normativa nazionale di finanza pubblica è demandata alla regolamentazione regionale. Ricorda che il citato art. 9, comma 28, del decreto-legge n. 78 del 2010 non è direttamente applicabile agli enti del servizio sanitario regionale, come da inciso finale del medesimo comma. Infatti, fin dall'emanazione del decreto in discorso, le relative disposizioni sono state intermediate dalle leggi finanziarie regionali succedutesi nel tempo, senza che queste ultime (l.r. 24 dicembre 2010, n. 22; l.r. 27 dicembre 2011, n. 37; l.r. 21 dicembre 2012, n. 51), prosegue la risposta, abbiano fornito in merito alcuna indicazione. Tuttavia, secondo le linee di indirizzo regionale, qualsiasi assunzione è comunque soggetta ad autorizzazione regionale, come in concreto si riferisce essere avvenuto.

Appare opportuno il deferimento in adunanza collegiale, al fine di esaminare, in contraddittorio con l'Istituto, le azioni intraprese, anche in aderenza alle indicazioni regionali, per permettere il conseguimento del descritto obiettivo di coordinamento di finanza pubblica.

Nella memoria del 22 febbraio 2016, l'Istituto ricorda che l'art. 9, comma 28, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, dispone che, a decorrere dall'anno 2011, le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, le agenzie fiscali, gli enti pubblici economici, le università e le camere di commercio possono avvalersi di personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, nel limite del 50 per cento della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009. Detta norma dispone, altresì, sempre per le medesime amministrazioni, che la spesa per il personale relativa a contratti di formazione-lavoro, ad altri rapporti formativi, alla somministrazione di lavoro ed al lavoro accessorio non deve essere superiore al 50% della spesa sostenuta per le rispettive finalità nell'anno 2009. A tal riguardo, la memoria ribadisce che tale disposizione non è direttamente applicabile agli enti del servizio sanitario regionale, ma costituisce principio generale di coordinamento della finanza pubblica.

Tuttavia, le leggi finanziarie regionali succedutesi nel tempo, nonché le linee di indirizzo esecutive, rivolte a tutti gli enti del settore regionale allargato, prosegue la memoria, non hanno previsto, con riferimento a tali tipologie di rapporti di lavoro, indicazioni specifiche in termini di limitazione di spesa.

Ciò premesso, viene comunque puntualizzato che ogni assunzione di personale è stata oggetto di specifica autorizzazione regionale. In relazione, in particolare, ai rapporti di lavoro a tempo determinato ed alla somministrazione di lavoro, uniche forme di lavoro flessibile a cui ha fatto ricorso l'Istituto, la memoria ritiene utile evidenziare che le assunzioni di personale a tempo determinato sono avvenute previa specifica autorizzazione regionale ed hanno riguardato, in prevalenza, sostituzioni di personale temporaneamente assente o copertura, sempre interinale, di posti vacanti.

Per i contratti di somministrazione di lavoro il dato di costo relativo al 2014, pari ad euro 1.940.765, è dichiarato non comparabile con quello degli esercizi precedenti. Infatti, mentre nell'esercizio 2014 i costi sostenuti per la somministrazione di lavoro sono stati riportati nell'apposita tabella del questionario redatto dal collegio sindacale, seguendo le nuove indicazioni impartite dal Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato in sede di compilazione del conto annuale del personale (in base alle quali devono essere inclusi tra i costi del personale), ciò non è avvenuto per gli esercizi precedenti, atteso che, in base alle direttive regionali, la somministrazione di lavoro era considerata spesa per prestazioni di servizi (come tutt'ora indicata nel modello di conto economico). Il costo sostenuto dall'Istituto nell'esercizio 2009 (anno base preso a riferimento dalla norma statale) ammontava ad euro 4.032.702, importo ben superiore a quello sostenuto nell'esercizio 2014.

Inoltre, la memoria ritiene utile evidenziare che il ricorso alla somministrazione di lavoro, nell'arco temporale 2009-2015, è stato effettuato, in accordo con la Regione, al fine di garantire

i livelli essenziali di assistenza. Tuttavia, dopo un periodo di continuo incremento nell'utilizzo di tale tipologia di lavoro flessibile (il picco massimo è stato di 170 unità), a partire dal 2012 (aggiungerei: "il ricorso a detta tipologia di lavoro") è diminuito in misura consistente sia in termini numerici che di spesa. La memoria precisa che, al 31 dicembre 2015, i rapporti in somministrazione, a carico del fondo sanitario regionale, sono stati ridotti a 25 unità, numero ritenuto fisiologico. Inoltre, la spesa per l'esercizio 2016 è prevista in ulteriore diminuzione e dovrebbe assestarsi su livelli minimali nel caso in cui dovessero perfezionarsi gli accordi con la Regione finalizzati a consentire lo sblocco delle assunzioni di personale a tempo determinato e indeterminato.

La memoria si chiude palesando l'obiettivo dell'Istituto di utilizzare, nei prossimi anni, i rapporti di lavoro flessibile esclusivamente per la sostituzione di personale assente (gravidanza, aspettative, etc.) o, in casi di urgenza e necessità, per far fronte a situazioni temporanee (come previsto dall'art. 36 del d.lgs n. 165 del 2001).

I limiti di finanza pubblica all'utilizzo di lavoro flessibile

L'art. 9, comma 28, del decreto-legge n. 78 del 2010, convertito dalla legge n. 122 del 2010, dispone che, a decorrere dal 2011, le amministrazioni dello Stato, le agenzie fiscali, gli enti pubblici non economici, le università, le camere di commercio, etc., possano avvalersi di personale a tempo determinato o assunto con altri contratti flessibili nel limite del 50% della spesa sostenuta, per le stesse finalità, nell'anno 2009. Tale disposizione, inoltre, costituisce principio generale di coordinamento della finanza pubblica per le regioni, le province autonome, gli enti locali e quelli del servizio sanitario nazionale. Il mancato rispetto dei predetti limiti costituisce illecito disciplinare e determina responsabilità erariale.

Nella relazione sulla gestione sanitaria regionale, allegata al giudizio di parifica del rendiconto della Regione Liguria per l'esercizio 2014, approvata dalla scrivente Sezione con delibera n. 56/2015/PARI, è stata esaminata la deliberazione della Giunta regionale n. 1617 del 13 dicembre 2013 (la cui disciplina era rivolta all'esercizio 2014) e la circolare applicativa n. PG/2014/223 del 2 gennaio 2014. Con quest'ultima la Regione ha invitato gli enti del SSR ad un'attenta gestione delle forme contrattuali flessibili, disponendo che le autorizzazioni all'assunzione siano procedibili solo se corredate di specifica attestazione da parte del dirigente responsabile circa l'effettiva sussistenza dei requisiti e dei presupposti normativi di cui al decreto-legge n. 101 del 31 agosto 2013, convertito dalla legge n. 125 del 30 ottobre 2013 (per il cui contenuto, e relative ricadute sugli enti del SSN, si rinvia alla deliberazione della Sezione n. 46/2014/PARI).

In seguito, la deliberazione di Giunta regionale n. 1720 del 22 dicembre 2014, integrata dalla deliberazione n. 27 del 20 gennaio 2015, alla lettera D), rubricata *"Rapporti di lavoro flessibile"*, ha ribadito, e precisato, le azioni regionali tese al loro conseguimento. Infine, indicazioni in merito si traggono dagli specifici obiettivi che la deliberazione della Giunta regionale n. 401 del 27 marzo 2015 ha attribuito ai direttori generali degli enti del SSR per l'esercizio 2015, che hanno posto particolare attenzione anche alla riduzione delle forme flessibili di lavoro.

Tuttavia, gli atti regionali in discorso non hanno assegnato agli enti del servizio sanitario specifici obiettivi, in termini di costo, per le assunzioni a tempo determinato o con altri contratti di natura flessibile. Tale requisito appare necessario, invece, nel caso in cui la regione intenda adeguare la norma statale di coordinamento della finanza pubblica al contesto del servizio sanitario, potestà evincibile sia del tenore letterale della disposizione (che, espressamente, qualifica la norma in termini di principio per regioni ed enti del SSN) che, in generale, dalla ripartizione di competenze legislative prevista dall'art. 117 della Costituzione.

Nella sentenza n. 173 del 6 luglio 2012, la Corte costituzionale ha affermato la piena vigenza dell'obbligo di riduzione in argomento anche per le Regioni (e, implicitamente, *a fortiori*, per gli enti del SSN), lasciando comunque margini di flessibilità circa le misure da adottare per conseguire l'obiettivo finanziario. Ne consegue che gli enti del servizio sanitario regionale debbono tenere comportamenti tesi al rispetto del limite indicato, diversamente modulabile nel caso in cui la regione, utilizzando il potere concorrente che la Carta fondamentale le attribuisce in materia di coordinamento della finanza pubblica (art. 117, comma 3, mantenuto fermo dopo la novella apportata dalla legge costituzionale n. 1 del 2012), emani disposizioni che specifichino il dettato della legge statale, eventualmente sfruttando i margini di flessibilità che la Corte costituzionale, anche in altre occasioni, ha riconosciuto a regioni ed enti locali (si rinvia, per esempio, alle sentenze n. 139/2012 e n. 182/2001). In questo caso, la valutazione di compatibilità di un eventuale intervento normativo regionale è rimessa, in primo luogo, alla stessa Corte costituzionale (che potrebbe essere adita sia in via principale che incidentale).

Va, infatti, ribadito, che gli enti del servizio sanitario nazionale (come l'amplia platea delle amministrazioni pubbliche) sono destinatari di norme statali di finanza pubblica che hanno riguardato, per quanto interessa in questa sede, sia la spesa complessiva per il personale (per gli enti del SSN, si rinvia all'art. 2, comma 71, legge n. 191 del 2009), sia specifici aggregati, quali i rapporti di lavoro c.d. flessibile (art. art. 9, comma 28, in esame). Sotto tale profilo non appare condivisibile la prospettazione tesa a ritenere osservato il precetto posto dall'art. 9, comma 28, del decreto-legge n. 78 del 2010 in caso di conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa complessiva per il personale degli enti del SSN o, in alternativa, di equilibrio economico dei bilanci sanitari (cfr. art. 2, commi 71 e 73, legge n. 191 del 2009).

Tuttavia, il sistema premiale previsto dal legislatore nazionale nel comma 20 dell'art. 6 del decreto-legge n. 78 del 2010 (le cui modalità attuative sono state declinate dal decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 21 dicembre 2012) costituisce un supporto interpretativo da tenere in considerazione al fine di valutare la conformità delle azioni eventualmente intraprese dalla Regione per conseguire gli obiettivi previsti dalla norma. L'art. 35, comma 1-*bis*, del decreto-legge n. 69 del 2013, convertito dalla legge n. 98 del 2013, ha, infatti, specificato, nell'ultimo periodo del citato comma 20 dell'art. 6, che il parametro dell'equilibrato rapporto fra spesa per il personale e spesa corrente va considerato anche *"al fine della definizione, da parte della regione, della puntuale applicazione della disposizione recata in termini di principio dal comma 28 dell'articolo 9 del presente decreto"* (concernente i rapporti di

lavoro c.d. flessibile), introducendo un collegamento, normativamente qualificato, fra il rispetto di un equilibrato rapporto fra costi per il personale e costi complessivi e la valutazione del conseguimento, alternativo, degli obiettivi posti in materia di contratti flessibile. Quest'ultimo parametro, pertanto, può essere considerato ai fini della valutazione delle azioni che la Regione Liguria deve adottare ove intenda adeguare l'obiettivo di riduzione dei costi per i rapporti di lavoro c.d. flessibili per gli enti del sistema sanitario regionale.

P.Q.M.

La Corte dei conti, Sezione regionale di controllo per la Liguria, sulla base dell'esame della relazione inviata dal Collegio sindacale dell'IRCCS Giannina Gaslini sui bilanci degli esercizi 2013 e 2014, e della successiva attività istruttoria

accerta

a) il protratto e cospicuo ricorso, nell'esercizio 2013, ad anticipazioni di cassa;

b) il mancato conseguimento, negli esercizi 2013 e 2014, dell'obiettivo di riduzione dei costi per rapporti di lavoro flessibile, posto dal legislatore nazionale;

invita

a) l'IRCCS Giannina Gaslini a:

- proseguire nell'attività di monitoraggio dei tempi di pagamento e della generale gestione di cassa, nonché del controllo sia sul livello complessivo dei costi, che su quelli oggetto di limitazione in base alle regole di finanza pubblica;
- implementare il sistema di contabilizzazione dei costi e dei ricavi derivanti dall'attività libero-professionale intramuraria al fine di garantire l'equilibrio economico della relativa gestione;

b) la Regione Liguria a:

- adottare adeguati strumenti di programmazione finanziaria tesi all'attribuzione, ed all'erogazione, dei contributi necessari a garantire l'equilibrio di bilancio dell'Istituto pediatrico entro la fine dell'esercizio di competenza;
- rispettare, nell'emanazione di disposizioni applicative di norme statali di coordinamento della finanza pubblica, le indicazioni desumibili dalla Costituzione e dalla giurisprudenza costituzionale.

Dispone che la presente deliberazione sia trasmessa all'Assessore alla sanità ed alla Direzione generale per la sanità della Regione Liguria, al Direttore generale ed al Presidente del Collegio sindacale dell'istituto Giannina Gaslini di Genova, nonché la pubblicazione, ai sensi dell'art. 31 del d.lgs. n. 33 del 2013, sul sito internet dell'Istituto.

Il magistrato relatore
(Donato Centrone)

Il Presidente
(Ermanno Granelli)

Depositato in segreteria il 5/4/2016
IL FUNZIONARIO PREPOSTO