



CORTE DEI CONTI

SEZIONE DELLE AUTONOMIE

REFERTO AL PARLAMENTO SULLA GESTIONE FINANZIARIA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI

ESERCIZI 2020-2021

DELIBERAZIONE N. 19/SEZAUT/2022/FRG



CORTE DEI CONTI



CORTE DEI CONTI

SEZIONE DELLE AUTONOMIE

REFERTO AL PARLAMENTO SULLA GESTIONE FINANZIARIA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI

ESERCIZI 2020-2021

DELIBERAZIONE N. 19/SEZAUT/2022/FRG



CORTE DEI CONTI

Estensori: Cons. Peluffo
 Cons. Fusaro
 Cons. Izzo

Hanno collaborato alla redazione: Giuseppe BILOTTA, Alessandra BONOFIGLIO, Giusi CASTRACANI, Giuseppe GIULIANO, Benedetta MARRONE, Alessandra PROZZO

Editing: Patrizia BOTTONI, Felice DELL'ARMI, Alessandro DI BENEDETTO, Alessandro LOMBARDO

Corte dei conti – Sezione delle autonomie
Via Baiamonti, 25 – 00195 ROMA
www.corteconti.it

REFERTO AL PARLAMENTO SULLA GESTIONE FINANZIARIA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI

INDICE

Deliberazione n. 19/SEZAUT/2022/FRG.....	I
Sintesi.....	1
1 Introduzione	17
1.1 Premessa	17
1.2 L'attivazione della clausola di salvaguardia durante l'emergenza pandemica	20
1.3 L'indebitamento netto nel triennio 2020-2022 e la revisione delle stime di crescita del Pil per il triennio 2021-2023 presentate con la NaDef 2022.....	22
2 La spesa per il SSN durante l'emergenza sanitaria da Covid-19 nel biennio 2020-2021	26
2.1 Le criticità nell'assistenza sanitaria conseguenti all'emergenza da Covid: la riduzione delle prestazioni sanitarie "ordinarie" e le liste d'attesa	29
2.1.1 I posti letto nelle terapie intensive: un confronto tra le dotazioni regionali del 2019 e del 2022, e le osservazioni della Commissione europea sulle criticità del SSN	33
2.2 La stabilizzazione della spesa sanitaria in rapporto al Pil e il confronto con quella di alcuni Paesi europei.....	37
3 Le spese per investimenti nel SSN, anni 2008-2021.....	42
3.1 Gli investimenti per sottosettori delle pubbliche amministrazioni, anni 2008-2021	42
3.1.1 La dotazione di capitale del SSN, anni 2008-2019	43
3.1.2 Gli investimenti fissi lordi per il SSN, anni 2008-2019 (dati di competenza economica)	43
3.2 Le differenze regionali nella spesa <i>pro capite</i> per investimenti degli enti sanitari, anni 2020-2021 (dati di cassa RGS-SIOPE)	45
3.2.1 Differenze regionali nell'incidenza degli investimenti sul finanziamento corrente per l'anno 2020 (dati di cassa SIOPE).....	49
3.2.2 La ripartizione degli investimenti tra gli enti del SSN.....	50
4 Il conto economico consolidato del SSN per l'anno 2021 (Def 2022)	52
4.1 La spesa sanitaria e le altre principali voci di spesa nel conto consolidato delle pubbliche amministrazioni	55
4.1.1 La spesa corrente nel periodo 2008-2019.....	55
4.1.2 Gli investimenti fissi lordi nel periodo 2008-2019	56
4.1.3 La spesa corrente e di investimento nel biennio 2020-2021	56

4.1.4	La spesa sanitaria nel Conto della Protezione sociale (Sespros), anni 2016-2021..	58
4.2	Le stime della spesa del SSN per l'anno 2022 e le previsioni per il triennio 2023-2025 (confronto tra Def e NaDef 2022).....	60
4.2.1	Le previsioni tendenziali di spesa, anni 2022-2025, nel Conto economico consolidato delle pubbliche amministrazioni (NaDef 4 novembre 2022)	61
5	Il PNRR e gli obiettivi per il SSN: la riduzione dei divari territoriali e l'equità	63
5.1	Le risorse per il SSN (Missione 6 - Salute)	63
5.2	Gli interventi previsti per le Componenti C1 e C2 della Missione 6 - Salute del PNRR ..	65
5.2.1	La Componente M6C1.....	65
5.2.2	La Componente M6C2.....	66
5.2.3	I traguardi e gli obiettivi per la Missione 6 - Salute del PNRR da conseguire entro il 2022.....	67
6	Il monitoraggio dei servizi sanitari regionali, sulla base della griglia LEA e del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).....	70
6.1	I risultati della griglia LEA per il periodo 2015-2019	74
6.2	Il monitoraggio sperimentale per il 2019 in base al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) ..	75
6.2.1	I risultati del NSG, un confronto tra gli anni 2016 e 2019	76
6.2.2	Le maggiori carenze registrate nel 2019 dal NSG.....	76
6.2.3	I risultati del NSG per il 2019 esposti in base ai principali indicatori di ciascuna area assistenziale	77
6.3	Un confronto tra spesa sanitaria <i>pro capite</i> e punteggio del NSG, anno 2019.....	86
7	Finanziamento settore sanitario.....	90
7.1	Premessa	90
7.2	Fondo Sanitario Nazionale.....	94
7.2.1	Analisi del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale	96
7.2.2	Composizione delle risorse destinate al fabbisogno finanziario del Servizio sanitario nazionale.....	109
7.2.3	Riparto del FSN	121
7.2.4	Mobilità sanitaria	133
8	I risultati delle gestioni sanitarie delle Regioni in piano di rientro e le valutazioni dei Tavoli tecnici.....	145
8.1	Premessa	145
8.2	Considerazioni generali dei Tavoli e risorse Covid.....	149

8.3	Regione Lazio.....	160
8.4	Regione Molise	162
8.5	Regione siciliana.....	165
8.6	Regione Puglia.....	167
8.7	Regione Abruzzo.....	169
8.8	Regione Calabria	171
8.9	Regione Campania.....	176
9	Analisi dei bilanci degli enti del SSN da BDAP	179
9.1	Premessa: l’acquisizione dei dati economico-patrimoniali	179
9.2	I risultati di esercizio dei Servizi sanitari regionali: modello CE.....	180
9.2.1	Costo del personale	191
9.3	I risultati delle gestioni sanitarie da BDAP: modello SP	198
9.3.1	La voce complessiva “attività”	198
9.3.2	La voce <i>Immobilizzazioni</i> nei modelli di SP	198
9.3.3	Attivo Circolante.....	200
9.3.4	Il Patrimonio netto.....	203
9.3.5	La situazione debitoria	204
9.3.6	La situazione debitoria: in particolare i debiti verso fornitori	204
10	Monitoraggio spesa farmaceutica	207
10.1	La spesa farmaceutica: le tendenze di medio-lungo periodo.....	207
10.2	Il monitoraggio della spesa farmaceutica per l’anno 2021.....	208
10.2.1	La spesa farmaceutica convenzionata.....	208
10.2.2	Spesa farmaceutica per acquisti diretti (netto gas medicinali)	209
10.2.3	Spesa farmaceutica complessiva, convenzionata e per acquisti diretti, e verifica del rispetto delle risorse complessive del 14,85% del FSN	210
10.2.4	Le compartecipazioni alla spesa farmaceutica pagate dai cittadini	212
11	Il settore sanitario nelle parifiche regionali	214
11.1	Premessa generale.....	214
11.2	La gestione regionale nelle relazioni di parifica	215
11.2.1	Perimetrazione (art. 20 del d.lgs. n. 118/2011) e livelli delle prestazioni.....	216
11.2.2	Misure Cov-20.....	236
11.2.3	Investimenti in sanità.....	256

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1 – Trasferimenti monetari tra sottosettori della PA – Anni 2019-2021	23
Tabella 2 – Def 2022 – Previsioni della Commissione europea (luglio 2022) e Nadeff 2022: indicatori di finanza pubblica, valori tendenziali e programmatici	24
Tabella 3 – Risorse RRF sottostanti alle previsioni di spesa per investimenti del PNRR	25
Tabella 4 – Spesa e finanziamento SSN – Anni 2016-2022	27
Tabella 5 – Def 2021 e 2022: le spese per l'emergenza sanitaria da Covid-19 contabilizzate nei consumi intermedi del Conto consolidato del SSN e imputate al Commissario straordinario per la protezione civile – Anni 2020-2021	27
Tabella 6 – Conti della protezione sociale: contribuzioni da amministrazione centrale e locale per la sanità – Anni 2019-2021	28
Tabella 7 – Numero di dimissioni ospedaliere, in regime ordinario e di <i>day hospital</i> – Anni 2019-2020 e mortalità per Covid	30
Tabella 8 – Giornate di degenza in ambito ospedaliero – Anni 2019-2020	31
Tabella 9 – Compartecipazioni alla spesa per prestazioni sanitarie (<i>ticket</i>) – Anni 2012-2020	32
Tabella 10 – Posti-letto di terapia intensiva “attivi” per 100.000 abitanti, rilevati prima della pandemia e il 29 ottobre 2022	37
Tabella 11 – Risultati di esercizio consolidato degli enti del SSN, valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti	38
Tabella 12 – Variazione della spesa sanitaria <i>pro capite</i> a parità di potere d'acquisto e del Pil, in Italia e in alcuni Paesi europei – Anni 2008-2021	39
Tabella 13 – La spesa sanitaria pubblica in Italia e nei principali Paesi europei in percentuale di Pil e della spesa sanitaria totale – Anni 2008-2021	40
Tabella 14 – Finanziamento e spesa sanitaria <i>pro capite</i> – Anni 2010-2022	41
Tabella 15 – La spesa sanitaria nei Documenti di Economia e finanza – Anni 2016-2022 – Previsioni e risultati 2014-2025	41
Tabella 16 – Gli investimenti pubblici per sottosettori della PA	42
Tabella 17 – Gli investimenti delle pubbliche amministrazioni per tipo di attività – Anni 2017-2021	43
Tabella 18 – Dotazione di capitale del SSN – Anni 2008-2019	43
Tabella 19 – Gli investimenti fissi lordi per il SSN – Anni 2008-2019	45
Tabella 20 – Gli investimenti <i>pro capite</i> degli enti sanitari nel 2021 (dati di cassa SIOPE)	46
Tabella 21 – Investimenti degli enti del SSN – Anno 2020 (dati di cassa SIOPE)	47

Tabella 22 – Investimenti fissi lordi <i>pro capite</i> per codice di spesa – Anno 2021	48
Tabella 23 – Investimenti in percentuale del finanziamento corrente – Anno 2020.....	49
Tabella 24 – Investimenti fissi lordi degli Enti del SSN – Anno 2021 – Valori di cassa.....	51
Tabella 25 - Conto economico consolidato del SSN, anni 2017-2021	54
Tabella 26 – Conto economico delle pubbliche amministrazioni – Anni 2008 e 2016-2021	57
Tabella 27 – Sespros, Conti della protezione sociale – Anni 2008 e 2019-2021	59
Tabella 28 – Confronto NaDef-Def 2022 sulle previsioni della spesa sanitaria – Anni 2022-2025	61
Tabella 29 – NaDef 2022 – Conto economico consolidato delle pubbliche amministrazioni – Spesa previsionale tendenziale – Anni 2021-2025.....	62
Tabella 30 - PNRR – Missione 6 Salute	65
Tabella 31 - d.m. Mef 6 agosto 2021 - Tavola B - PNRR - Traguardi ed obiettivi della Missione 6 Salute del PNRR – Anni 2021-2026.....	68
Tabella 32 - Il monitoraggio della griglia LEA, anni 2015-2019	74
Tabella 33 - Nuovo sistema di garanzia: i risultati della sperimentazione 2019	75
Tabella 34 - Indicatori “core” NSG area prevenzione anno 2019.....	79
Tabella 35 - Posti-letto nelle strutture residenziali e semiresidenziali per 10.000 abitanti, anno 2018	81
Tabella 36 - Assistenza domiciliare integrata, casi trattati nelle Regioni, anno 2020, in ordine decrescente di valore numerico	82
Tabella 37 - Indicatori “core” NSG area distrettuale anno 2019.....	83
Tabella 38 - Indicatori “core” NSG assistenza ospedaliera anno 2019	85
Tabella 39 - Spesa sanitaria regionale corrente e punteggio NSG 2019, in ordine decrescente per valore di spesa <i>pro capite</i>	88
Tabella 40 - Confronto tra le <i>performance</i> del Veneto e quelle delle Regioni in piano di rientro, in base ai risultati del monitoraggio dei LEA con il NSG, anno 2019	89
Tabella 41 - Livello del fabbisogno sanitario nazionale anni 2014-2024	103
Tabella 42 - Livello del finanziamento del SSN suddiviso per tipologia - Anni 2014-2021	104
Tabella 43 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA (<i>ante</i> mobilità) – Anni 2014-2021	113
Tabella 44 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA (<i>ante</i> mobilità) – Anno 2021	116
Tabella 45 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA – Anno 2020.....	117
Tabella 46 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA – Anno 2019.....	118
Tabella 47 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA – Anno 2018.....	119

Tabella 48 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA – Anno 2017.....	120
Tabella 49 – Percentuale finanziamento della spesa sanitaria ai fini della ripartizione del FSN 2021	122
Tabella 50 – Regioni <i>benchmark</i> per gli anni 2017-2021	123
Tabella 51 – Servizio sanitario nazionale – Finanziamento indistinto LEA (<i>ante</i> mobilità) – Periodo 2012-2021	126
Tabella 52 – FSN 2020 – Riparto risorse per interventi adottati per l'emergenza sanitaria (decreto-legge nn. 18/2020, 34/2020 e 104/2020)	129
Tabella 53 – FSN 2021 – Riparto risorse per interventi adottati per l'emergenza sanitaria (d.l. n. 34/2020, l. n. 178/2020, d.l. n. 41/2021 e d.l. n. 71/2021).....	130
Tabella 54 – Contributo statale a titolo definitivo alle ulteriori spese sanitarie collegate all'emergenza Covid-19 dell'anno 2020	131
Tabella 55 – Contributo statale a titolo definitivo alle ulteriori spese sanitarie collegate all'emergenza Covid-19 dell'anno 2021	132
Tabella 56 – Mobilità sanitaria interregionale – Anni 2012-2021	139
Tabella 57 – Crediti e debiti per mobilità sanitaria interregionale per gli anni 2020-2021	140
Tabella 58 – Regolazione finanziaria mobilità nel riparto 2022.....	142
Tabella 59 – Compensazioni e recuperi per mobilità sanitaria internazionale per gli anni 2018-2021	144
Tabella 60 - Risultati di esercizio rideterminati da Tavoli tecnici prima delle coperture Anni 2018-2021 - Regioni in piano di rientro	153
Tabella 61 - Risultati di esercizio rideterminati da Tavoli tecnici prima delle coperture Anni 2018-2021 - Regioni non sottoposte a piano di rientro	154
Tabella 62 - Risultati di esercizio rideterminati da Tavoli tecnici prima delle coperture Anni 2018-2021 - Autonomie speciali	155
Tabella 63 - Dettaglio ricavi Covid iscritti nei singoli SSR* – CE COV 20 – Esercizio 2020	155
Tabella 64 - Risorse emergenziali di cui ai decreti nn. 18, 34 e 104/2020 – Esercizio 2020 Trasferimenti al 31.12.2020 da Regione a SSR <i>ex</i> art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013 e s.m.i.....	156
Tabella 65 - Accantonamenti su finanziamento Covid – CE COV 20 – Esercizio 2020	156
Tabella 66 - Totale Costo del personale CE 2020 e CE COV 20 (cod. BA2080) – Esercizio 2020	157
Tabella 67 - (B.2.A.15) Consulenze, collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie CE 2020 e CE COV 20 (cod. BA1350) * – Esercizio 2020	157

Tabella 68 - (B.2.A.15.3) Consulenze, collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie da privato*: cod. BA1390 – BA1400 – BA1410 e BA1440 (dettaglio di cod. BA1380) – Esercizio 2020	159
Tabella 69 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Macro voci di Conto Economico consolidato degli enti del SSN anni 2018-2020	182
Tabella 70 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Risultato d’esercizio* – Anni 2018-2020	183
Tabella 71 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Macro voci di Conto Economico consolidato – Totale Contributi degli enti del SSN – Anni 2018-2020.....	184
Tabella 72 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Totale Contributi c/esercizio (<i>Extra-fondo</i>) – Anni 2018-2020	185
Tabella 73 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Macro voci di Conto Economico consolidato “Valore della Produzione” degli enti del SSN – Anni 2018-2020	186
Tabella 74 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (<i>Ticket</i>)	187
Tabella 75 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (<i>Ticket</i>) a livello regionale.....	188
Tabella 76 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Composizione Costo della produzione – Anni 2018-2020	189
Tabella 77 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Costi della produzione per Regione – Anni 2018-2020	190
Tabella 78 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Composizione Costo del personale – Anni 2018-2020	192
Tabella 79 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per tipologia di qualifica – Anni 2018-2020.....	192
Tabella 80 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per tipologia di rapporto di lavoro – Anni 2018-2020	194
Tabella 81 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per Regione – Anni 2018-2020	194
Tabella 82 - Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale <i>pro capite</i> per Regione – Anni 2018-2020.....	195
Tabella 83 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per tipologia di rapporto di lavoro – Anni 2018-2020	196
Tabella 84 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie – Anni 2018-2020	196

Tabella 85 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie a livello regionale – Anni 2018-2020	197
Tabella 86 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP per gli anni 2018-2020 – Immobilizzazioni	199
Tabella 87 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Disponibilità liquide – Anni 2018-2020	200
Tabella 88 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Tesoreria unica – Anni 2018-2020	201
Tabella 89 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Disponibilità liquide per Regione – Anni 2018-2020	202
Tabella 90 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Patrimonio netto – Anni 2018-2020	203
Tabella 91 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – D) Debiti – Anni 2018-2020	204
Tabella 92 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Debiti verso fornitori – Anni 2018-2020	205
Tabella 93 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Debiti verso fornitori <i>pro capite</i> – Anni 2018-2020	206
Tabella 94 – Spesa farmaceutica convenzionata anno 2021	209
Tabella 95 – Spesa farmaceutica per acquisti diretti (netto gas medicinali) anno 2021	210
Tabella 96 – Spesa farmaceutica convenzionata e per acquisti diretti, Gennaio-Dicembre 2021, e verifica del rispetto delle risorse complessive del 14,85%, per Regione in ordine decrescente di incidenza sul FSN	211
Tabella 97 – Riepilogo spesa per compartecipazioni a carico del cittadino, gennaio dicembre 2021, e confronto con il 2020	213
Tabella 98 - Indicatore di tempestività dei pagamenti (Min.-Max.) degli enti sanitari regionali - Anni 2020-2021	230
Tabella 99 - Riparto risorse per opere edilizie, art. 4, d.l. n. 18/2020	261

INDICE DEI GRAFICI

Grafico 1 – Ripartizione degli investimenti fissi lordi per ente sanitario, in Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna – Anno 2021	51
Grafico 2 – Composizione della spesa sanitaria per categorie economiche, in percentuale del totale Anni 2008 e 2018-2021	55

Grafico 3 – Finanziamento del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato anni 2001-2025	98
Grafico 4 – FSN – Incidenza delle principali voci sul fabbisogno sanitario complessivo	112
Grafico 5 – Entrate tributarie enti territoriali relative ad Irap e addizionale Irpef (gettito erariale effettivo) per gli anni 2014-2021	114
Grafico 6 – Riparto disponibilità finanziarie per area geografica – Anni 2012-2021	127
Grafico 7 – Regioni in piano di rientro – Totale costo del personale Esercizio 2020.....	157
Grafico 8 – Regioni in piano di rientro – Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie Esercizio 2020	158
Grafico 9 – Regioni in piano di rientro – Totale costo del personale Esercizio 2020 per Regioni	158
Grafico 10 – Regioni in piano di rientro – Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie Esercizio 2020 per Regioni	158
Grafico 11 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Anni 2018-2020.....	181
Grafico 12 – Modello di rilevazione SP – Incidenza principali voci dell’attivo sul totale delle attività.....	198



CORTE DEI CONTI

SEZIONE DELLE AUTONOMIE

N. 19/SEZAUT/2022/FRG

Adunanza del 19 dicembre 2022

Presieduta dal Presidente della Corte dei conti

Guido CARLINO

Composta dai magistrati:

Presidenti di sezione	Francesco PETRONIO, Fabio VIOLA, Maria Teresa POLITO, Anna Maria Rita LENTINI, Marco PIERONI, Salvatore PILATO, Maria RIOLO, Lucilla VALENTE, Stefano SIRAGUSA, Maria Annunziata RUCIRETA, Maria Paola MARCIA, Antonio MEZZERA, Anna Luisa CARRA, Maria Elisabetta LOCCI, Enrico TORRI, Massimo GAGLIARDI, Maria Teresa POLVERINO, Emanuela PESEL, Irene THOMASETH, Giuseppe TAGLIAMONTE;
Consiglieri	Acheropita Rosaria MONDERA, Paolo PELUFFO, Susanna LOI, Stefania FUSARO, Dario PROVVIDERA, Marcello DEGNI, Stefano GLINIANSKI, Francesco BELSANTI, Maria Rita MICCI, Luigi DI MARCO, Amedeo BIANCHI, Filippo IZZO, Michela MUTI, Fabrizio GENTILE;
Primi Referendari	Alessandra CUCUZZA;
Referendari	Fabio CAMPOFILONI.

Visto l'art. 100, comma 2, della Costituzione;

Visto il testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, approvato con regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214 e successive modificazioni;

Vista la legge 14 gennaio 1994, n. 20, recante disposizioni in materia di giurisdizione e controllo della Corte dei conti;

Vista la legge 5 giugno 2003, n. 131, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;

Visto il regolamento per l'organizzazione delle funzioni di controllo della Corte dei conti, approvato dalle Sezioni riunite con la deliberazione n. 14 del 16 giugno 2000 e successive modificazioni;

Vista la deliberazione della Sezione delle autonomie n. 1/SEZAUT/INPR/2022, depositata il 24 gennaio 2022, con la quale è stato approvato il programma delle attività di controllo per l'anno 2022;

Vista la nota del Presidente della Corte dei conti n. 1086 del 5 dicembre 2022 di convocazione della Sezione delle autonomie per l'adunanza odierna;

Vista la nota del Presidente preposto alla funzione di Coordinamento della Sezione delle autonomie n. 1089 del 6 dicembre 2022 con la quale si comunica ai componenti del Collegio che sarà possibile anche il collegamento da remoto;

Uditi i relatori, Consiglieri Paolo Peluffo, Stefania Fusaro e Filippo Izzo;

DELIBERA

di approvare l'unita relazione con la quale riferisce al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali per gli esercizi 2020-2021.

Ordina che copia della presente deliberazione, con l'allegata relazione, sia trasmessa al Presidente del Senato della Repubblica ed al Presidente della Camera dei Deputati, ai Presidenti dei Consigli regionali e comunicata, altresì, al Presidente del Consiglio dei Ministri, al Ministro dell'economia e delle finanze, al Ministro dell'interno, al Ministro della salute, al Ministro per la pubblica amministrazione, al Ministro per gli affari regionali e le autonomie, ai Presidenti delle Giunte regionali, al Presidente della Conferenza dei Presidenti delle assemblee legislative delle Regioni e delle Province autonome e al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

Così deliberato nell'adunanza del 19 dicembre 2022.

I Relatori

Paolo PELUFFO

(F.to digitalmente)

Stefania FUSARO

(F.to digitalmente)

Filippo IZZO

(F.to digitalmente)

Il Presidente

Guido CARLINO

(F.to digitalmente)

Depositata in segreteria il 29/12/2022

Il Dirigente

Gino GALLI

(F.to digitalmente)

RELAZIONE

Sintesi

1. La presente relazione sulla gestione dei servizi sanitari regionali della Sezione delle autonomie della Corte dei conti è il terzo referto al Parlamento in materia; i precedenti referti hanno riguardato gli esercizi 2016 (Delibera n. 3/SEZAUT/2018/FRG del 12 marzo 2018) e 2017 (Delibera n. 13/SEZAUT/2019/FRG del 12 giugno 2019)¹. Nel presente referto la Sezione delle autonomie ha inteso scrutinare la situazione dell'esercizio 2020 sul quale sono disponibili tutte le fonti informative, integrandole con quelle sull'esercizio 2021, annualità per la quale è reperibile una notevole articolazione di dati ma, a causa delle proroghe concesse dal legislatore, non di tutti gli elementi di valutazione economico-finanziaria.

Come nei precedenti referti, l'analisi dei dati di contabilità nazionale sul Servizio sanitario nazionale viene integrata con i verbali dei "tavoli di monitoraggio" (Ministero della Salute, MEF, Regioni e Province autonome) acquisiti in corso di istruttoria e con i risultati delle gestioni sanitarie da BDAP, sia nel modello di Conto Economico che di Stato Patrimoniale (capitolo 9). Il biennio pandemico ha prodotto effetti di rilevanti spostamenti nella composizione delle fonti di finanziamento del Sistema sanitario nazionale (capitolo 7) e nei rapporti relativi tra Regioni a statuto ordinario e Regioni e Province autonome a statuto speciale. Si è ritenuto di aggiungere in questa edizione una rassegna di osservazioni puntuali tratte dalle relazioni allegate alle decisioni di parificazione dei rendiconti generali regionali 2020 e 2021 da parte delle Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti (SRC), in modo da offrire un più ampio corredo informativo al Parlamento su documenti che le SRC indirizzano ai Consigli e alle Giunte regionali (capitolo 11). Tale selezione viene svolta solo su taluni elementi oggetto di specifica indagine nel presente referto, e quindi non sostituisce la lettura dei singoli documenti.

2. La relazione è costituita da 11 capitoli. Di essi, i primi sei si propongono di offrire un contesto complessivo per collocare l'andamento della spesa sanitaria isolando il biennio "pandemico" oggetto di analisi rispetto al *trend* del decennio precedente, e confrontandolo brevemente con gli obiettivi approvati dal Parlamento nei documenti di programmazione in vigore. Vengono offerte elaborazioni in termini di spesa *pro capite* sia nel confronto europeo, sia in quello territoriale, da cui si evince come anche con la maggior spesa del periodo 2020-2021 l'Italia in campo sanitario continui a spendere meno dei *partner* europei, pur garantendo una significativa efficienza nel confronto. Un *focus* specifico, nel capitolo 6, viene dedicato agli indicatori dei Livelli essenziali di assistenza che, nella nuova loro nuova

¹ In precedenza, la tematica sanitaria era trattata all'interno della Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni.

definizione, rappresentano il perno del meccanismo di governo del sistema sanitario, essendo espressione normativa, in termini di singoli servizi, del diritto alla salute come definito dall'articolo 32 della Costituzione.

3. Oggetto della relazione è, quindi, il periodo nel quale il Sistema sanitario nazionale si è trovato ad affrontare, in modo del tutto imprevedibile, l'emergenza pandemica da Covid-19. Si è interrotto, dunque, un percorso decennale di contenimento della spesa sanitaria, di una sua riduzione percentuale rispetto al Pil, che ha trovato origine in un imponente e sistemico impianto di disposizioni soprattutto a partire dal 2011-2012, dettate, in particolar modo, dalla crisi finanziaria. Nel biennio esaminato si è creato uno scalino nella spesa complessiva che ora i documenti di programmazione prospettano di riportare a un livello in linea con quello pre-pandemia.

Dal marzo 2020, con la sospensione dei meccanismi sanzionatori delle procedure per *deficit* eccessivi previste dal Patto di stabilità e di crescita (articolo 126 TFUE), si è operato con strumenti emergenziali finanziati con il ricorso al disavanzo.

Gli esiti dell'analisi effettuata inducono a ritenere che in generale la gestione dei servizi sanitari sia stata improntata a prudenza ed efficacia, anche se caratterizzata inizialmente da importanti percentuali di accantonamenti delle risorse aggiuntive per fronteggiare l'emergenza. I risultati delle Regioni "in piano di rientro" sembrano relativamente migliori, e questo farebbe pensare a un positivo sviluppo gestionale, già maturato nel processo della "*spending review*" che ha caratterizzato il periodo 2012-2019, nel quale i disavanzi dei servizi sanitari regionali si sono ridotti, nell'arco temporale 2012-2020, da 2,1 a 0,7 miliardi di euro. Di contro, si nota qualche segnale di peggioramento nel 2021. Il risanamento finanziario non sembra essere avvenuto a scapito dei LEA, che anzi sono migliorati costantemente almeno fino al 2019, tranne alcune limitate eccezioni.

Più in generale, nell'arco temporale 2009-2019 si è assistito a un incremento rilevante della spesa per pensioni e assistenza sociale e una dinamica più contenuta della spesa sanitaria: la spesa per le prestazioni sociali in denaro aumenta del 30%, quella per il SSN dell'8%. L'incidenza percentuale della spesa sanitaria sul Pil regredisce di due decimi di punto, dal 6,6% al 6,4%, mentre quella per le prestazioni sociali in denaro (pensionistiche e assistenziali) incrementa di 3,2 punti percentuali, dal 16,9% al 20,1%.

Rispetto a questo contesto, il biennio 2020-2021 rappresenta una netta rottura di "*trend*" e, se si include anche il 2022, la spesa sanitaria è cresciuta in media del 5% (con un forte aumento soprattutto nei consumi intermedi), un valore superiore di oltre tre punti percentuali a quello medio del quadriennio pre-pandemico (1,3%). In valore *pro capite* percentuale a parità di potere d'acquisto, nel 2020

l'incremento della spesa rispetto al 2019 è stato pari all'8,4%, una crescita consistente ma meno elevata di quella verificatasi nel Regno Unito (20,2%), in Germania (9,7%) e Spagna (9,5%), e superiore solo a quella della Francia (5,0%).

Va tenuto presente che la maggior spesa che si legge nei dati di contabilità nazionale non coincide con il "costo" della pandemia, che è ben superiore, in quanto le restrizioni alla libertà di movimento hanno compresso la domanda e la fruizione di servizi sanitari già finanziati, determinando, come sottolineano tutti i verbali dei "tavoli di monitoraggio", costi cessanti di cui occorre tener conto.

Nel biennio 2020-2021 l'emergenza sanitaria ha comportato la difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie non Covid; tale fenomeno ha trovato una indiretta conferma nelle anticipazioni finora emerse sui risultati del monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza per l'anno 2020, di cui si attende ancora la pubblicazione, e nell'allungamento dei tempi di attesa. Per questo ultimo profilo, il legislatore nazionale ha adottato iniziative specifiche dirette al recupero delle c.d. liste di attesa (ad es. d.l. n. 104/2020 e d.l. n. 73/2021).

La riduzione in volume delle prestazioni sanitarie è stata generalizzata in tutte le Regioni italiane. Il numero delle dimissioni ospedaliere (in regime di ricovero e di *day hospital*) è risultato essere mediamente inferiore del 20% a quello del 2019, con tassi inferiori nel Nord-est (17%), e maggiori al Sud (25%).

4. A questa situazione, Parlamento e Governo hanno fatto fronte con una imponente legislazione emergenziale, intervenendo sia con una significativa immissione di personale in tutte le forme contrattuali possibili - riducendo o sospendendo temporaneamente i vincoli precedenti - sia prevedendo un maggiore sviluppo della rete di assistenza sanitaria territoriale e disponendo un programma mirato di potenziamento ospedaliero e di dotazione tecnica nei settori critici dei posti di terapia intensiva, area medica ad alta potenzialità, servizi DEA e di pronto soccorso.

I risultati sembrano corrispondere agli scopi proposti dalle norme, anche se si osserva una certa lentezza nella fase iniziale di spendita effettiva (segnalata dalle SRC), per poi passare a una netta accelerazione nel 2021 e nel 2022.

L'innalzamento della dotazione di posti letto di terapia intensiva, fino a raggiungere il rapporto di 0,14 posti letto per 1.000 abitanti, è stato uno degli obiettivi della legislazione emergenziale (d.l. n. 34/2020) approvata nel corso del 2020, e successivamente assorbita dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) nella Missione 6 - Salute; il monitoraggio condotto dal Ministero della Salute (AGENAS) sui posti letto "attivi" nelle terapie intensive indica che, alla data del 29 ottobre 2022, gran parte delle Regioni ha raggiunto tale valore-soglia.

5. Il presente referto dedica, poi, un'attenzione particolare al settore degli investimenti sanitari che, insieme a quello del personale, più è stato sacrificato nel corso del decennio precedente. Gli investimenti degli enti del SSN, dopo essersi ridotti, nell'arco temporale 2008-2019, del 37,8% (circa -4 miliardi), nel 2021 registrano una crescita del 66% rispetto al 2019 (+1,6 miliardi), superando, in valore assoluto, per la prima volta dopo 13 anni, il livello del 2008. Nel periodo 2013-2019, a causa dell'insufficiente volume di investimenti per il settore sanitario, il valore netto della dotazione di capitale del SSN declina dell'8,2%, passando da 84 a 79 miliardi. In base ai dati di cassa rilevati dal sistema informativo Siope, nel 2021 i pagamenti per gli investimenti fissi lordi degli enti del SSN sono stati pari a 2,3 miliardi, in crescita del 41,8% rispetto al 2019 (1,6 miliardi), con un valore *pro capite* di 36,6 euro, in aumento del 37,1% rispetto al 2019 (26,7 euro). I pagamenti su base regionale evidenziano scostamenti significativi tra le diverse realtà territoriali attorno al valore medio nazionale di 29,8 euro nel 2020.

6. Nell'arco temporale 2008-2019, l'esame della composizione della spesa sanitaria in percentuale del totale evidenzia il ridimensionamento di quella per i redditi da lavoro dipendente, che decresce di tre punti, dal 34,8% al 31,7%, e l'incremento di sette punti percentuali dei consumi intermedi, dal 23,1% al 30,2%; tale andamento riflette il blocco del *turn over* e delle altre misure di contenimento delle dinamiche retributive, particolarmente stringenti nel periodo 2012-2019, nel quale la spesa per i redditi da lavoro dipendente è incrementata, in valori percentuali cumulati, dell'1,1%, pari, in valore assoluto, a 0,347 miliardi.

7. La Relazione dedica una specifica attenzione alla funzione dei LEA anche in sede dell'attività di controllo, in linea con la giurisprudenza costituzionale, e in particolare la sentenza della Corte costituzionale n. 142 del 2021.

Il confronto tra i risultati del 2016 e quelli del 2019 in base agli indicatori della griglia LEA e del Nuovo sistema di garanzia (NSG), mostra un percorso di progressivo miglioramento nella erogazione dei LEA, con una generale riduzione delle Regioni di enti che non soddisfano gli *standard* minimi richiesti.

Il Rapporto sul monitoraggio dei LEA per il 2019 segnala, in base agli indicatori del NSG, carenze più pronunciate soprattutto nei servizi a carico del livello distrettuale dell'assistenza sanitaria, cui spetta il compito di gestire le cronicità coordinando ed integrando l'assistenza ospedaliera con quella territoriale, e nella piena implementazione di quelle infrastrutture digitali che supportano gli sviluppi della telemedicina. Mentre gli indicatori che misurano l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri sono generalmente positivi, rimangono quindi significative differenze geografiche nei servizi territoriali,

come quelli per le cure palliative ai malati di tumore, il numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario, l'assistenza domiciliare integrata (ADI).

8. Le politiche di finanziamento dei sistemi sanitari condizionano l'accessibilità alle cure, la qualità dei servizi e la stessa efficienza dell'organizzazione del sistema sanitario, in virtù dello stretto legame tra l'effettività del diritto alla salute, costituzionalmente garantito, e le risorse disponibili e investite per renderlo concreto e sostenibile.

La spesa sanitaria rientra nel sensibile ambito di quelle spese costituzionalmente necessarie, le quali sono in grado di limitare la discrezionalità del legislatore, in quanto *“una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...] È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione”* (Corte cost., sent. n. 275/2016). La determinazione, il finanziamento e l'erogazione dei LEA compongono un sistema articolato *“il cui equilibrio deve essere assicurato dalla sinergica coerenza dei comportamenti di tutti i soggetti coinvolti nella sua attuazione”*.

Il fabbisogno sanitario nazionale *standard* a carico dello Stato è determinato, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei LEA erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza.

Il finanziamento sanitario a carico dello Stato ha registrato un andamento di crescita nel periodo 2001-2008, cui è seguito un periodo di rallentamento della dinamica di incremento, fino al 2020, anno in cui, con le ulteriori risorse impiegate dallo Stato per affrontare l'emergenza sanitaria, si è invertita la tendenza di riduzione degli incrementi. Le prospettive future, invece, volgono verso un ridimensionamento della crescita della spesa sanitaria.

Con la definizione del Fondo sanitario nazionale si determinano annualmente le risorse necessarie e finanziariamente sostenibili ai fini dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

9. Nel corso del 2020 e 2021 lo Stato ha stanziato risorse aggiuntive per affrontare la pandemia da Covid-19: a tali risorse hanno avuto accesso tutte le Regioni e le Province autonome, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente (Regione Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e di Bolzano, Regione Friuli-Venezia Giulia e Regione Sardegna provvedono al finanziamento del rispettivo fabbisogno senza alcun apporto a carico del Bilancio dello Stato, mentre per la Regione siciliana è stabilita dal 2009 un'aliquota di compartecipazione del 49,11% del suo fabbisogno sanitario).

Il d.lgs. n. 68/2011 ha introdotto rilevanti modifiche alla determinazione del fabbisogno sanitario nazionale *standard* e alla determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali: infatti, il decreto citato ha previsto una procedimentalizzazione del meccanismo di determinazione dei fabbisogni regionali e un meccanismo comparativo tra i servizi sanitari delle singole Regioni con l'obiettivo di incentivare le migliori *performance*. In considerazione dell'emergenza sanitaria, il legislatore nazionale ha previsto, in via transitoria e in deroga all'attuale disciplina, un ampliamento delle Regioni (c.d. Regioni *benchmark*) da prendere a riferimento ai fini del riparto (art. 27, co. 5-ter, d.lgs. n. 68/2011, inserito dall'art. 35, co. 1, lett. a), d.l. n. 73/2021), nonché un diverso meccanismo per il calcolo del riparto (art. 35, co. 1, lett. b), d.l. n. 73/2021 e art. 19, co. 1, lett. b), n. 1), d.l. n. 115/2022).

10. Il Servizio sanitario italiano garantisce a ciascun cittadino il diritto di essere assistito anche in strutture sanitarie di Regioni diverse rispetto a quella di residenza: tale fenomeno viene definito come mobilità sanitaria interregionale. La differenza tra crediti, conseguenza della mobilità attiva, e debiti, effetto della mobilità passiva, determina il saldo di ciascuna Regione che viene contabilizzato in occasione del riparto delle risorse del Fondo sanitario nazionale. La legge di bilancio 2021 (art. 1, cc. 491-494 e co. 496, l. n. 178/2020) ha previsto che, a partire dal 2021, la regolazione dei flussi finanziari tra le singole Regioni e Province autonome, derivanti dalle prestazioni sanitarie rese a carico del Servizio sanitario regionale in favore di cittadini residenti in un'altra Regione per prestazioni ricomprese nei Livelli essenziali di assistenza nazionali, sia operata sulla base dei dati relativi all'erogazione delle prestazioni nell'anno precedente rispetto a quello oggetto di riparto delle risorse del finanziamento del SSN. Inoltre, la legge di bilancio 2021, all'art. 1, co. 492, prevede che a partire dal 2021 (successivamente differito al 2022, ai sensi dell'art. 20-bis del d.l. n. 41/2020) la stipulazione degli accordi bilaterali per il governo della mobilità sanitaria interregionale costituisca uno degli adempimenti ai quali la normativa vigente subordina il riconoscimento di una quota del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard*.

Dall'analisi della mobilità attiva e passiva emerge la forte capacità attrattiva delle Regioni del Nord, cui corrisponde quella estremamente limitata delle Regioni del Centro-Sud. La maggiore o minore attrattività dipende principalmente dalla maggiore qualità e quantità dei servizi sanitari erogati, oltre che da altri fattori che incidono in misura minore quali l'andamento dell'economia - che porta ad un trasferimento della popolazione verso le Regioni più ricche - e la presenza di centri universitari di eccellenza. Non è un caso che le Regioni con maggiore capacità attrattive siano posizionate nei primi posti nel punteggio complessivo assegnati per la valutazione dei LEA relativi all'anno 2019.

11. Dall'analisi dei verbali dei "tavoli di monitoraggio" si evince che, con riguardo all'esercizio 2020, il raggruppamento delle Regioni in piano di rientro ha ridotto il proprio disavanzo rispetto all'esercizio

2019 in misura pari quasi al 59%; quello delle Regioni non sottoposte a piano di rientro in misura del 34%; quello delle Autonomie speciali (esclusa la Regione siciliana che viene computata nel novero delle Regioni in piano di rientro), del 19%.

Complessivamente, nel raggruppamento in parola, è stata osservata una certa “prudenza” nell’impiego delle risorse messe a disposizione per fronteggiare il periodo pandemico: al 31/12/2020, la percentuale di tali risorse ancora in GSA, dunque ancora non trasferite alle aziende né utilizzate per il pagamento ai fornitori, è pari al 70%, con punte del 100% per la Regione siciliana, del 93% per l’Abruzzo e dell’89% per la Puglia; mentre gli accantonamenti sui finanziamenti Covid sono complessivamente pari al 41,44%, fino a quasi il 69% nel caso della Regione Calabria, circa il 65% per la Campania e il 52% per il Molise.

Dal lato dei costi, approfondendo i dati del centro di costo COV-20 di cui all’art. 18, co. 1., d.l. 17 marzo 2020, n. 18 convertito, con modificazioni, dalla l. 24 aprile 2020, n. 27, come rilevati nei verbali dei Tavoli tecnici di cui agli artt. 9 e 12 dell’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, è stata riscontrata una maggiore incidenza della spesa relativa alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie di carattere interinale rispetto a quella affrontata per il personale. Nell’esercizio 2020, infatti, per il raggruppamento delle Regioni in piano di rientro, l’incidenza della spesa emergenziale della voce “Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie” rispetto a quella totale dell’esercizio, è complessivamente pari a circa il 19%, oltre al 50% per il Molise, quasi il 32% per la Regione siciliana, circa il 29% per la Puglia, il 26% per l’Abruzzo e per la Calabria. L’incidenza del costo del personale “emergenziale”, invece, rispetto al totale costo del personale dell’esercizio 2020, per lo stesso raggruppamento, è complessivamente il 4%, fino a toccare l’1,8% della Regione Molise, il 2,64% della Regione Calabria, circa il 3% dell’Abruzzo, della Campania e della Regione siciliana.

Da ultimo, nell’ambito delle “Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie *da privato*”, sono state osservate per l’esercizio 2020 le variazioni percentuali rispetto all’esercizio 2019 di alcune voci che - per il raggruppamento delle Regioni in piano di rientro - rappresentano quasi il 60% del totale delle “Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie”. Pur senza disporre, per le stesse, del dato direttamente riferibile alla pandemia, sono stati evidenziati incrementi significativi - anche se non uniformi - e pari, complessivamente, a +34,13% (Consulenze sanitarie da privato - art. 55, co. 2, CCNL 8 giugno 2000); +29,21% (Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato); +54,97% (Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e sociosanitarie da privato); +31,79% (Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria).

12. I conti economici consolidati degli enti sanitari a livello regionale registrano un incremento del valore della produzione del 6,29% (da 124,9 miliardi di euro a 132,7 miliardi di euro) e dei costi della produzione del 5,91% rispetto alla serie storica analizzata (da 122,8 miliardi di euro a 130,1 miliardi di euro). Il differenziale della gestione caratteristica risulta incrementato del 29,27%. I dati contabili evidenziano un miglioramento del risultato della gestione ascrivibile quasi completamente all'incremento delle risorse avvenuto nell'anno 2020 a seguito dell'emergenza sanitaria da Covid-19. Particolare attenzione è stata dedicata al costo del personale che ha subito un incremento del 5,4% (da 34,3 miliardi a 36,2 miliardi) in maniera uniforme nelle singole realtà regionali salvo qualche sporadica eccezione, contestualmente analizzando nel dettaglio la voce di costo "Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socio-sanitarie" in costante aumento nel triennio (38,32%). Lo Stato Patrimoniale consolidato, che rappresenta la consistenza del patrimonio al termine dell'esercizio, è stato (al netto della Regione Calabria in quanto non presente alla data di estrazione dei dati) scomposto nelle sue principali voci attive e passive. Tra le poste attive, quelle che presentano un peso maggiore sono rappresentate dai crediti, che hanno ridotto il loro peso sul totale dell'attivo dal 40% al 33% nel triennio considerato, e dalle disponibilità liquide che, al contrario, hanno aumentato il loro peso dal 21,9% al 32%. Tra le voci del passivo che sono state analizzate vi è la voce debiti (ridotta dello 0,84%), con particolare riguardo a quelli verso fornitori, che nel triennio hanno registrato una leggera flessione (-1,78%). La voce "patrimonio netto" ha nel corso degli ultimi anni registrato un incremento dell'8,93% (da 31,6 miliardi a 34,5 miliardi).

13. Confermando la tendenza in essere dal 2015, anche nel 2021 la spesa farmaceutica convenzionata ha rispettato, sul piano nazionale, il tetto del 7%, essendo risultata pari al 6,54% del FSN di quell'anno, pari, in valore assoluto, a 7,9 miliardi, inferiore di 561 milioni al tetto predeterminato (8,5 miliardi). Sul piano regionale, invece, sono sette gli enti territoriali che non rispettano il limite di spesa, di cui sei localizzati nelle Regioni meridionali e nelle Isole, che in ordine decrescente di incidenza sul FSR, sono: Campania (7,45%), Puglia (7,31%), Basilicata (7,28%), Lombardia (7,27%), Abruzzo (7,25%), Calabria (7,21%), Sardegna (7,04%).

Nel 2021 la spesa per acquisti diretti (al netto dei gas medicinali) è stata pari al 9,36% del FSN, superiore quindi di ben 1,71 punti percentuali al tetto del 7,65%, che tutte le Regioni superano, con le sole eccezioni di Lombardia (7,50%) e Valle d'Aosta (7,38%).

14. Un particolare angolo di osservazione dei fenomeni riguardanti le gestioni sanitarie è dato dai risultati emersi, da parte delle Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti, nell'ambito dei giudizi di parificazione dei rendiconti di Regioni e Province autonome.

Si è circoscritta l'analisi a tre aree di interesse concernenti: a) il controllo dell'applicazione delle disposizioni introdotte dal d.lgs. n. 118/2011 agli artt. 20-32, 33 e 35 che hanno istituito l'obbligo della "perimetrazione" sanitaria in funzione di un principio generale di trasparenza dei bilanci, ma soprattutto per assicurare che il finanziamento dei LEA sia in ogni caso garantito; b) l'applicazione delle misure introdotte dalla legislazione emergenziale per affrontare la pandemia da Covid-19; c) gli investimenti sanitari.

Le regole del c.d. "perimetro sanitario", la cui disciplina è riservata alla competenza legislativa esclusiva dello Stato, si pongono la prioritaria finalità di individuare l'area del bilancio regionale costituita dalle entrate destinate al finanziamento delle spese riconducibili al vincolo dell'art. 117, co. 2, lett. m), della Costituzione.

Secondo la Consulta *"la separazione tra le prestazioni sanitarie per i LEA e le altre prestazioni sanitarie è funzionale a scongiurare il rischio di destinare «risorse correnti, specificamente allocate in bilancio per il finanziamento dei LEA, a spese, pur sempre di natura sanitaria, ma diverse da quelle quantificate per la copertura di questi ultimi»".* L'articolazione contabile prevista dall'art. 20 tende a garantire una identificazione e separazione tra le prestazioni sanitarie ricomprese nei LEA e le altre prestazioni sanitarie, in modo da evitare la destinazione di *"risorse correnti, specificamente allocate in bilancio per il finanziamento dei LEA, a spese, pur sempre di natura sanitaria, ma diverse da quelle quantificate per la copertura di questi ultimi"*.

Nell'ambito dei giudizi di parificazione dei rendiconti generali le Sezioni regionali di controllo hanno monitorato il corretto adempimento, da parte delle Regioni, della disciplina emanata dal legislatore nazionale in materia di perimetrazione sanitaria ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011. La Sezione regionale controllo Toscana ha rilevato che le previsioni di entrata e di spesa del perimetro sanitario non risultano essere correttamente classificate secondo i criteri previsti dall'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011 e che, pertanto, all'interno del perimetro non è possibile distinguere le entrate e le spese destinate alla prestazione dei LEA con l'impiego delle risorse del FSN, da ulteriori entrate e spese sempre di natura sanitaria ma destinate ad altre finalità. La Sezione regionale controllo per il Friuli-Venezia Giulia ha evidenziato che la Regione non ha ancora ottemperato alla previsione di cui all'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011. Le Sezioni riunite per la Regione Trentino-Alto Adige/Sudtirolo, in relazione alla Provincia autonoma di Bolzano, hanno riscontrato la non completa adozione di regole per l'omogenea integrazione dei conti del perimetro sanitario di cui al titolo II del d.lgs. n. 118/2011 con il bilancio provinciale generale.

Con riguardo ai Livelli essenziali di assistenza, le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti hanno segnalato, nel corso dei giudizi di parificazione, alcune anomalie. La SRC Puglia, nell'ambito del

giudizio di parificazione del rendiconto 2020, ha rilevato l'inadeguatezza delle azioni e degli interventi posti in essere dalla Regione al fine di garantire l'erogazione dei LEA ed assicurare l'equilibrio del Sistema sanitario regionale; tale criticità, come rilevato nel giudizio di parificazione del rendiconto 2021, risulta superata in virtù della valutazione positiva, da parte del Ministero della Salute, della relazione presentata dalla Regione ed avente ad oggetto le azioni e gli interventi volti a garantire l'erogazione dei LEA. La Sezione regionale di controllo per il Lazio ha approfondito il tema dei LEA, fornendo utili indicazioni sul NSG, previsto dal decreto interministeriale 12 marzo 2019, e sulla sua applicazione.

La SRC Umbria, nell'ambito del giudizio di parificazione del rendiconto 2021, ha riportato le osservazioni del Tavolo di verifica degli adempimenti in tema di Livelli essenziali di assistenza, secondo cui è stato rinnovato l'invito alla Regione ad una approfondita riflessione in merito alla gestione strutturale del FSR, anche con riferimento all'offerta ospedaliera, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente.

15. A conclusione dell'analisi si rileva che la legislazione emergenziale ha previsto una serie di misure di rafforzamento del Sistema sanitario nazionale, messo a dura prova dal dilagare della pandemia da Covid.

I provvedimenti emanati hanno riguardato trasversalmente una serie di profili. Dal punto di vista finanziario, essi hanno comportato un incremento delle risorse destinate dallo Stato al finanziamento della gestione sanitaria, oltre che l'aumento delle disponibilità di cassa relative all'anticipazione del finanziamento sanitario e l'obbligo del trasferimento integrale agli enti sanitari delle somme incassate dallo Stato. Al contempo, gravava sulle Regioni e Province autonome, monitorate congiuntamente dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, l'obbligo di redigere programmi operativi aventi ad oggetto le modalità di amministrazione ed utilizzo di tali risorse incrementali.

Le iniziative per fronteggiare la pandemia hanno riguardato anche il potenziamento della rete ospedaliera, con particolare riferimento alla terapia intensiva, e l'attivazione di aree sanitarie temporanee interne ed esterne alle strutture di ricovero, cura ed accoglienza, in deroga ai requisiti previsti dalla legge in tema di accreditamento. Con riferimento all'assistenza territoriale, su impulso del governo centrale, le Regioni hanno provveduto alla costituzione di Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) e alla definizione di specifici piani regionali con l'attivazione di Centrali operative con funzione di raccordo tra i servizi territoriali ed il sistema di emergenza-urgenza.

Infine, con riguardo al personale sanitario, la legislazione emergenziale ha previsto procedure straordinarie e derogatorie rispetto alla disciplina vigente.

Nell'ultimo decennio il personale sanitario ha rappresentato l'aggregato sul quale più si è inciso in termini restrittivi contribuendo a contenere l'andamento della spesa, con ricadute in termini di capacità operativa degli enti sanitari.

Oltre a un tetto generale per la spesa di personale, erano aggiunte soglie e limiti alle singole componenti di essa. Su questo impianto vincolistico le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti hanno da anni sviluppato una vasta azione di verifica, che è proseguita in alcuni casi anche in sede di parifica del rendiconto 2020.

La legislazione emergenziale ha certamente contribuito a dare una svolta a tale sistema, attraverso gli strumenti più disparati, volti a favorire il trattenimento di personale in quiescenza, l'immissione di specializzandi, le abilitazioni e le equipollenze, sbloccando i contratti flessibili.

Va precisato che le deroghe e le risorse aggiuntive per l'assunzione di personale approvate nella legislazione emergenziale del 2020 e del 2021 non hanno derogato al limite complessivo di spesa ridefinito nel 2019 con l'art. 11, co. 1 del d.l. n. 35/2019. Il legislatore, inoltre, al fine di contemperare le esigenze proprie del Servizio sanitario nazionale con i profili di contenimento della spesa, ha, altresì, consentito, a livello regionale, incrementi annuali ed ulteriori rispetto a quanto previsto nel primo periodo del primo comma dell'art. 11 cit.

La tematica relativa all'assunzione di personale durante il periodo dell'emergenza sanitaria è ampiamente trattata dalle Sezioni regionali di controllo nelle relazioni allegare ai giudizi di parificazione del rendiconto generale regionale.

Nell'ambito delle misure adottate per il contrasto all'emergenza pandemica sono stati introdotti una serie di interventi per il rafforzamento della rete ospedaliera ed in particolare per le terapie intensive e sub-intensive.

Il decreto Cura Italia (d.l. n. 18/2020) ha finanziato l'acquisto di impianti ed attrezzature per la cura dei pazienti affetti da Covid-19 e ha disposto altresì il potenziamento dei reparti ospedalieri di terapia intensiva, diramando le linee di indirizzo assistenziali individuate specificamente dal Ministero della Salute per i pazienti Covid.

Ulteriore misura di rafforzamento del Sistema sanitario nazionale, in fase emergenziale, ha riguardato l'attuazione dei piani di riorganizzazione, adottati dalle Regioni e Province autonome e finalizzati a incrementare il numero di posti letto nei reparti di terapia intensiva e sub-intensiva, ad adeguare e

ristrutturare i Pronto Soccorso e, infine, ad aumentare la dotazione di automezzi per i trasporti dei pazienti.

L'obiettivo principale di tali piani di riorganizzazione è quello di rendere strutturale sul territorio nazionale la dotazione di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva. Per ciascuna Regione e Provincia autonoma, l'incremento strutturale individua una dotazione complessiva pari a 0,14 posti letto per mille abitanti. La previsione di programmazione prevede anche una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante l'adeguamento e la ristrutturazione di unità di area medica.

Alcune specifiche istruttorie condotte dalle Sezioni regionali di controllo nel corso dei giudizi di parifica hanno approfondito la tematica delle risorse previste *ad hoc* dallo Stato, per fronteggiare l'emergenza sanitaria ed assegnate alle Regioni, per poi essere ripartite tra le aziende sanitarie. In particolare, tra le iniziative intraprese dalle Regioni per contrastare la pandemia, figura il potenziamento della rete ospedaliera.

Il d.l. n. 18/2020, ha previsto, all'art. 4-bis, l'istituzione delle "Unità speciali di continuità assistenziale" con l'obiettivo di ottenere un monitoraggio costante e un tracciamento precoce dei casi e dei contatti al fine di assicurare la gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19. L'attuazione delle misure per il rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale ha portato all'attivazione di 1.194 USCA su 1.210 attese.

Nell'ambito del giudizio di parificazione del rendiconto generale delle Regioni alcune Sezioni regionali di controllo hanno approfondito la tematica evidenziando un raggiungimento parziale dell'obiettivo.

Al fine di recuperare le prestazioni sanitarie non evase/erogate nel corso della pandemia, il Governo è intervenuto con numerose azioni per contenere i tempi delle liste di attesa già gravemente critici in precedenza.

Tra le altre, le problematiche ripetutamente portate all'attenzione del Parlamento dalle Sezioni riunite in sede di controllo della Corte dei conti riguardano i ricoveri programmati e rinviati, le ridotte prestazioni ambulatoriali, le ricette per prescrizioni specialistiche e la riduzione di *screening* oncologici.

Le Sezioni regionali di controllo della Corte hanno analizzato attentamente l'effettivo impiego delle risorse che sono state destinate al recupero delle prestazioni mancate a partire dall'art. 29 del d.l. n. 104/2020, poi ulteriormente rafforzate dall'art. 26, co. 2, del d.l. n. 73/2021. In generale si può osservare che nel 2020 l'insorgenza della seconda ondata ha quasi ovunque impedito l'effettiva spendita dei fondi del d.l. n. 104/2020 che invece è avvenuta nel corso del 2021.

A livello nazionale, per recuperare i livelli delle prestazioni, sono state attuate diverse iniziative.

In particolare, vengono forniti i criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni con tempistiche diverse per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali sulla base dei bisogni, coinvolgendo i medici prescrittori e i soggetti erogatori.

Inoltre, sono stati attivati una serie di stanziamenti per gli anni 2019-2021, finalizzati a consentire a tutte le Regioni di dotarsi di un CUP regionale o interaziendale per gestire le agende di tutti gli erogatori oltre che provvedere alla rimodulazione dell'offerta sanitaria per il recupero delle liste di attesa. Da ultimo si segnala l'istituzione dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste d'Attesa.

16. Il programma straordinario degli investimenti pubblici in sanità costituisce un contributo sostanziale al perseguimento della finalità pubblica della tutela della salute in quanto l'ammodernamento del patrimonio strutturale e tecnologico del Servizio sanitario nazionale consente meglio di rispondere con strutture e tecnologie sempre più moderne e sicure, alle necessità di salute della comunità.

Con l'art. 20 della legge finanziaria n. 67/1988, il legislatore ha autorizzato l'esecuzione del programma straordinario di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico per un importo complessivo, a legislazione vigente, di euro 34 miliardi. La prima fase del programma straordinario di investimenti si è conclusa nel 1996 con una assegnazione pari a 4,8 miliardi di euro e una percentuale media di autorizzazione alla spesa del 94,5%.

Un forte impulso anche in termini di risorse si è avuto con il co. 140 dell'art. 1 della l. n. 232/2016 (legge di bilancio 2017), con il co. 1072 dell'art. 1 della l. n. 205/2017 (legge di bilancio 2018) e con il co. 95 dell'art. 1 della l. n. 145/2018 (legge di bilancio 2019). Tuttavia, si osserva che le risorse vengono ripartite solo in piccola parte e in ancor minore percentuale impegnate, con ancor minori pagamenti effettuati.

Dalle indagini svolte dalle Sezioni regionali di controllo, in sede di giudizio di parificazione, emergono le difficoltà di realizzazione degli investimenti al fine di offrire al legislatore spunti concreti per intervenire ulteriormente. A titolo meramente esemplificativo, si riportano le analisi di alcune Sezioni regionali di controllo: la SRC Lazio ha fondato la propria istruttoria sulla base delle più recenti delibere CIPE (oggi CIPESS) e leggi di bilancio che hanno assegnato alla Regione finanziamenti *ex art.* 20 della l. n. 67/1988 (III fase), per complessivi euro 628.193.386,77; la SRC Piemonte, in sede di parifica dei rendiconti 2020 e 2021, ha svolto una dettagliata analisi dei singoli investimenti previsti, segnalando il ritardo sia del percorso decisionale che dei lavori; le Sezioni riunite hanno trattato, per la Provincia autonoma di Trento, la lunga e difficile vicenda della progettazione del Nuovo Ospedale del Trentino

(NOT); la SRC Liguria ha dedicato un capitolo alla relazione degli investimenti previsti nell'ambito regionale; la SRC Emilia-Romagna ha approfondito l'elenco di tutti gli interventi di adeguamento, edificazione, ristrutturazione e ammodernamento suddivisi per fonte del procedimento e per anno di avvio dello stesso; la SRC Basilicata ha effettuato un *focus* sugli investimenti in sanità, analizzando distintamente le fonti degli stessi (statale, regionale) e suddividendo l'investimento per ente sanitario; la SRC Toscana ha segnalato un aspetto estremamente importante di natura procedimentale per spiegare la estrema complessità della procedura prevista dall'art. 20 della l. n. 67/1988; infine, la SRC Calabria ha esaminato la tematica delle grandi attrezzature in uso presso il SSR.

L'analisi approfondita di tutte difficoltà incontrate dai singoli progetti del vasto programma che trae origine nella l. n. 67/1988 appare rilevante proprio nel momento in cui il Paese risulta impegnato, con atti vincolanti, al raggiungimento degli obiettivi PNRR anche nel settore degli investimenti sanitari.

1 INTRODUZIONE

1.1 Premessa

Il presente referto al Parlamento della Repubblica fa seguito al precedente “Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali” della Sezione delle autonomie, deliberato il 28/05/2019², che prendeva in esame i risultati, consolidati e stabilizzati, del rendiconto 2017, e prima di esso l’analogo referto sui bilanci 2016 deliberato il 01/03/2018³, entrambi precedenti la crisi pandemica che ha rappresentato una rottura di un *trend* di stabilizzazione della spesa sanitaria che durava da un decennio. La Sezione delle autonomie ha già espresso una prima valutazione sommaria sui rendiconti dell’esercizio 2020 in materia di gestione finanziaria dei servizi sanitari e quindi sulla gestione della crisi pandemica con la “Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni e Province autonome – Esercizi 2018-2020” deliberata il 28/03/2022, dedicandovi il Capitolo 3⁴. Il rilievo primario e l’estrema sensibilità della gestione finanziaria dei servizi sanitari, che trova fondamento nei principi costituzionali, sono emersi in modo ancor più evidente nel corso della crisi pandemica. Della necessità di far fronte all’epidemia da Covid-19 con un enorme impegno gestionale, organizzativo, finanziario hanno dato conto dettagliatamente tutte le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti, nelle relazioni allegate ai giudizi di parifica dei rendiconti generali regionali del 2020 e del 2021 che si sono svolti, i primi a partire dal luglio 2021, i secondi a partire dal luglio del 2022 e tuttora in corso. Sulla stessa materia, le Sezioni riunite in sede di controllo della Corte dei conti hanno trasmesso al Parlamento due referti che fanno stato sulla gestione dei servizi sanitari nel 2020 e nel 2021. Si tratta del Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica (RCFP 2021) Parte Terza⁵, e della memoria in occasione dell’audizione della Corte dei conti sul Documento di economia e finanza 2022, davanti alle Commissioni congiunte Bilancio della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica, svoltasi il 14/04/2022⁶. In RCFP 2021 le Sezioni riunite osservavano che con la crisi pandemica si era verificata una “improvvisa interruzione del processo di stabilizzazione della spesa” che era iniziato nel 2012 con un sistemico complesso di disposizioni in materia sanitaria che si è evoluto negli anni 2011-2020 e che ha generato quello che appare forse il più imponente esercizio di revisione della spesa, accompagnato da significativi miglioramenti gestionali e contabili. Questa pluriennale azione è stata affidata dalla

² Sezione delle autonomie della Corte dei conti, deliberazione n. 13/SEZAUT/2019/FRG.

³ Sezione delle autonomie della Corte dei conti, deliberazione n. 3/SEZAUT/2018/FRG.

⁴ Sezione delle autonomie della Corte dei conti, deliberazione n. 6/SEZAUT/2022/FGR pp. 147-177.

⁵ Sezioni riunite in sede di controllo della Corte dei conti, deliberazione n. 9/SSRRCO/RCFP/21, pp. 245-313.

⁶ Sezioni riunite in sede di controllo della Corte dei conti, deliberazione del 14/04/2022, pp- 36-40, e 54-60.

legislazione a un complesso procedimento di monitoraggio, sanzioni e premialità, che ha coinvolto Stato (Ministero della Salute e MEF) e Regioni. Questo sforzo di stabilizzazione della spesa è tuttavia stato realizzato anche al prezzo di un impoverimento degli occupati nel settore sanitario e a una compressione degli investimenti. Per questi ultimi, in realtà, si osserva una cronica difficoltà di spendita anche prima della fase inaugurata nel 2011.

L'azione di revisione della spesa ha trovato il suo perno nei cosiddetti "tavoli" per la verifica degli adempimenti e per la verifica della erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, ed è stata possibile proprio perché, la materia sanitaria è assistita da una dettagliata definizione normativa dei livelli essenziali delle prestazioni, di cui all'art. 117, co. 2 lett. m) della Costituzione. Si può affermare che l'opera di trasparenza contabile, di adeguatezza finanziaria e di contenimento della spesa attraverso un miglioramento delle gestioni è avvenuta parallelamente, e non a scapito, a un graduale miglioramento del LEA nel periodo 2012-2019, con alcune eccezioni ben individuate. Questo andamento, nell'insieme virtuoso, viene ad interrompersi con il marzo 2020. La programmazione della politica economica definita nel Documento di Economia e Finanza 2022 e nella Nota di aggiornamento al DEF 2022 traccia ora un nuovo percorso di stabilizzazione pluriennale su un livello di spesa sanitaria che è quello raggiunto nel triennio 2020-2022.

Le valutazioni finanziarie e gestionali in materia di spesa sanitaria vanno svolte avendo ben presente il rilievo costituzionale dei servizi erogati agli assistiti, rilievo che va tenuto in conto anche nel corso dello scrutinio in termini di efficienza ed economicità, sempre rapportato allo scopo pubblico perseguito affidato alle amministrazioni competenti.

La Costituzione italiana, all'art. 32, riconosce il diritto alla salute definendolo un diritto fondamentale dell'individuo⁷. Il diritto alla salute, come diritto sociale fondamentale, viene inoltre tutelato dall'art. 2 Cost.⁸ ed essendo strettamente connesso al valore della dignità umana rientra anche nella previsione dell'art 3 Cost.⁹.

La complessità del contenuto del bene oggetto di protezione implica un'azione coordinata e variegata tra i diversi attori in gioco: lo Stato, e di riflesso le Regioni, devono assumersi il compito di realizzare tutte le condizioni affinché si concretizzi il diritto dei cittadini a vedere tutelata la propria salute¹⁰. È perciò compito della Repubblica creare quelle condizioni affinché le persone possano esercitare il diritto

⁷ Art. 32, co.1 "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti".

⁸ Art. 2 Cost. "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale".

⁹ Art. 3, co.2 "È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese".

¹⁰ Ciò implica che il Servizio sanitario nazionale è l'esplicazione dei doveri costituzionali a carico dello Stato e a favore della comunità.

ad ottenere la tutela della propria salute, che si concretizza nell'accesso all'assistenza sanitaria generale e specialistica.

Nella realizzazione del dettato costituzionale disposto dall'art. 32 occorre temperare gli interessi connessi alla tutela della salute con quelli legati alla sostenibilità finanziaria del sistema, in quanto il diritto alla salute deve essere bilanciato con il principio della regolarità dei conti pubblici, anch'esso costituzionalmente previsto dall'art. 81 e, di riflesso, implicito nell'art. 97 della Cost.

La tematica, che è strettamente correlata a quella del finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza, è stata oggetto di diverse pronunce della Corte costituzionale, con particolare riferimento al rapporto tra Livelli essenziali di assistenza e vincoli di bilancio nell'ambito delle risorse destinate alla sanità, sotto il profilo della congruenza tra risorse destinate e funzioni attribuite (*ex plurimis*, Corte costituzionale, sentenze n. 10/2016, n. 169/2017 e n. 62/2020).

La necessità di effettuare il bilanciamento tra i diversi valori costituzionali in gioco ha consentito di individuare un "nucleo essenziale"¹¹ del diritto alla salute che comprende gli aspetti di cui non si può, in nessun caso, essere privati, pena la violazione del dettato costituzionale, che viene sanzionata con l'illegittimità delle norme che si pongano in contrasto con esso (*ex plurimis*, Corte costituzionale, sentenze n. 309/1999, n. 252/2001, n. 354/2008). Tale "nucleo essenziale" non può che ravvisarsi nei Livelli essenziali di assistenza che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Tale orientamento rinviene la fonte normativa nell'art. 117 della Cost. che demanda allo Stato, come competenza a titolo esclusivo, la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (co. 2, lett. m), mentre la «tutela della salute», concetto di certo più ampio rispetto al precedente, viene definita materia di competenza concorrente Stato-Regioni (co. 3)¹².

Sul piano della *governance* del settore sanitario, la giurisprudenza costituzionale¹³ ha evidenziato come, alla luce dell'attuale quadro ordinamentale, si delinei una "tutela multilivello" del diritto alla salute. *"La presenza di due livelli di governo rende necessaria la definizione di un sistema di regole che ne disciplini i rapporti di collaborazione, nel rispetto delle reciproche competenze. Ciò al fine di realizzare una gestione della funzione sanitaria pubblica efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini coerentemente con le regole di bilancio, le quali prevedono la separazione dei costi "necessari", inerenti alla prestazione dei LEA, dalle altre spese sanitarie, assoggettate invece al principio della sostenibilità economica"*¹⁴.

¹¹ Tale nucleo essenziale può ravvisarsi nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

¹² Il quadro del riparto delle competenze trova ulteriore definizione nella previsione dell'intervento sostitutivo dello Stato quando lo richieda "la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali" (art. 120, co. 2, Cost.).

¹³ Cfr. Corte costituzionale, sentenza n. 62/2020.

¹⁴ Cfr. Corte costituzionale sentenza n. 62/2020 cit. Nella sentenza in argomento, la Corte ha anche ribadito il principio della previa programmazione del fabbisogno finanziario e dell'obbligo di monitoraggio continuo per verificare la sufficienza delle risorse e la resa delle prestazioni secondo gli *standard* previsti dalla normativa sui LEA. In tale prospettiva, infatti, "la trasversalità e la primazia della tutela sanitaria rispetto agli interessi sottesi ai conflitti finanziari tra Stato e Regioni in tema di finanziamento dei livelli essenziali, impongono una visione trascendente

Il consolidato orientamento del Giudice delle leggi, in materia di LEA¹⁵, colloca quindi la spesa sanitaria nell'ambito delle spese costituzionalmente necessarie, le quali sono in grado di ridurre la discrezionalità del legislatore. Infatti, *“la stretta interdipendenza dei parametri costituzionali evocati e delle norme attuative configura il diritto alla salute come diritto sociale di primaria importanza e ne conforma il contenuto attraverso la determinazione dei LEA, di cui il finanziamento adeguato costituisce condizione necessaria ma non sufficiente per assicurare prestazioni direttamente riconducibili al fondamentale diritto alla salute”*¹⁶. Tale visione implica che *“una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...] È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione”*¹⁷. In tal senso, *“mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei LEA, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa”*¹⁸.

1.2 L'attivazione della clausola di salvaguardia durante l'emergenza pandemica

L'indagine contenuta nel presente referto si incentra, principalmente, sui dati del biennio 2020-2021, caratterizzato da elementi di eccezionalità, correlati all'emergenza sanitaria da Covid-19. Poco dopo l'inizio della emergenza pandemica, la Commissione europea il 20 marzo 2020¹⁹ ha formulato al Consiglio la richiesta di attivare, per quell'anno, la clausola di salvaguardia generale (CSG) introdotta nel Patto di stabilità e crescita con la riforma del 2011²⁰, al fine di fornire agli stati membri quella flessibilità di bilancio necessaria a fronteggiare gli effetti sanitari, sociali ed economici della pandemia, poi prorogata al 2021 e, con la comunicazione n. 600 del 23 maggio 2022, estesa fino al 31 dicembre

della garanzia dei LEA che vede collocata al centro della tutela costituzionale la persona umana, non solo nella sua individualità, ma anche nell'organizzazione delle comunità di appartenenza che caratterizza la socialità del servizio sanitario”.

¹⁵ Cfr. Corte costituzionale, sentenze n. 275/2016, n. 169/2017, n. 6/2019, n. 62/2020, n. 72/2020 e n. 91/2020.

¹⁶ Cfr. Corte costituzionale, sentenza n. 62/2020 cit.

¹⁷ Cfr. Corte costituzionale, sentenze n. 275/2016 cit.

¹⁸ Cfr. Corte costituzionale, sentenza n. 62/2020 cit.

¹⁹ Comunicazione della Commissione europea COM (2020) 123 final: “Tenuto conto della prevista grave recessione economica, la Commissione ritiene che le condizioni per attivare la clausola di salvaguardia generale siano soddisfatte, per la prima volta dalla sua introduzione nel 2011, e chiede al Consiglio di approvare tale conclusione al fine di fornire chiarezza agli Stati membri. La clausola di salvaguardia generale non sospende le procedure del patto di stabilità e di crescita. Consentirà alla Commissione e al Consiglio di adottare le necessarie misure di coordinamento delle politiche nel quadro del patto, discostandosi dagli obblighi di bilancio che normalmente si applicherebbero”.

²⁰ L'art. 5, par. 1, e l'art. 9, par. 1, del regolamento (CE) n. 1466/97 stabiliscono che, “...in caso di grave recessione economica della zona euro o dell'intera Unione, gli Stati membri possono essere autorizzati ad allontanarsi temporaneamente dal percorso di aggiustamento verso l'obiettivo di bilancio a medio termine, a condizione che la sostenibilità di bilancio a medio termine non ne risulti compromessa”. La clausola è integrata dagli articoli 3 paragrafo 5 e 5 paragrafo 2 del regolamento CE 1467/1997, entrambi i regolamenti modificati dal regolamento UE 1175/2011 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 novembre 2011, e dal regolamento UE 1177/2011 del Consiglio dell'8 novembre 2011.

2023. Elementi determinanti per l'ulteriore proroga al prossimo anno sono stati il rialzo dei prezzi delle materie energetiche e la guerra in corso in Ucraina che la Commissione, con la comunicazione n. 85 del 2022, ha riconosciuto come fattori condizionanti negativi per le prospettive di ripresa dell'economia europea. Tuttavia, anche durante tale periodo permane da parte del Consiglio e della Commissione europea il monitoraggio preventivo sull'andamento delle politiche fiscali dei paesi membri che, come osservato anche nelle Raccomandazioni specifiche per l'Italia (*Country specific recommendations*, in seguito CSR)²¹ della Commissione europea, pubblicate nel triennio 2020-2022, devono ispirarsi a "decisioni di spesa prudenti" che consentano di riprendere, dopo l'incremento dei deficit²² e del debito pubblico²³ conseguenti ai lockdown emergenziali, il percorso di riduzione degli squilibri di bilancio. Il PNRR, al riguardo, prevede l'approvazione di una riforma²⁴ volta a promuovere una efficace e sistematica revisione e valutazione annuale della spesa e delle politiche pubbliche, al fine di ridurre quella inefficiente o non adeguata ai risultati attesi, anche in considerazione dell'impatto non trascurabile che gli investimenti del PNRR avranno sull'aumento della spesa corrente. È bene ricordare in premessa che, mentre si è assistito a un mutamento significativo nelle CSR a partire dal 2019 in poi a favore della spesa di investimento, quale via maestra per assicurare la sostenibilità del debito anche di fronte alla crisi pandemica, resta fermo per le istituzioni euro-unitarie l'obbligo di porre sotto controllo la dinamica della spesa corrente primaria nel medio termine. Per quanto riguarda il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), il Documento programmatico 2022 stima che gli investimenti previsti dal PNRR per la Missione 6, "Salute", pari a complessivi 20,2 miliardi, nell'arco temporale 2022-2026 determineranno un incremento di spesa corrente, già contabilizzato nelle previsioni tendenziali del Conto consolidato del SSN per gli anni 2022/2026, pari a circa 3,6 miliardi. Tali elementi diventano rilevanti alla luce delle disposizioni del regolamento UE 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio "che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza", il quale all'art. 17, par. 3 ha disposto che condizione di ammissibilità ai piani nazionali di ripresa e resilienza sia proprio l'assolvimento delle

²¹ Le raccomandazioni specifiche sono proposte in luglio dalla Commissione europea al Consiglio sulla base dell'esame di documenti di programmazione della politica fiscale che i Paesi membri sono tenuti a trasmettere entro aprile alle istituzioni europee, e trovano fondamento normativo nell'art. 126, co. 3, del TFUE e del regolamento UE 473/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio del 21 maggio 2013 che stabilisce all'articolo 4 un "calendario comune di bilancio". Tali raccomandazioni delle istituzioni euro-unitarie non avevano in origine valore vincolante, ai sensi dell'art. 288 del TFUE quinto alinea, già all'interno del procedimento per deficit eccessivo acquisiscono un valore procedimentale che conduce a una possibile fase sanzionatoria ma diventano vincolanti con l'articolo 20 del regolamento UE 2021/241 per i Paesi che richiedono i finanziamenti della RRF. La vincolatività è stabilita nel dettaglio da un atto bilaterale ("accordo che costituisce impegno giuridico specifico") tra Paese membro e Commissione firmato ai sensi dell'articolo 23 del regolamento UE 2021/241, che viene assunto sulla base della decisione di esecuzione del Consiglio di cui all'articolo 20 paragrafo 1 del medesimo regolamento. Per l'Italia, in particolare, si tratta della decisione di esecuzione n. 10160/21.

²² L'indebitamento netto, pari all'1,5% nel 2019, nel biennio 2020/2021 incrementa al 9,5% e al 7,2% del Pil.

²³ Nel 2019 il debito pubblico è stato pari al 134,8% del Pil, nel biennio 2020/2021 è ammontato (al "lordo dei sostegni") rispettivamente al 154,9% e al 150,3% del Pil.

²⁴ Le misure previste dal PNRR per la *spending review* si articolano in sette traguardi ("milestone"); il primo traguardo è stato conseguito il 27/10/2021, con l'istituzione del Comitato scientifico per le attività inerenti alla revisione della spesa pubblica presso il MEF; il secondo, con scadenza giugno 2022, prevedeva l'adozione, all'interno del Def 2022, di obiettivi di risparmio, relativamente alle amministrazioni centrali, per il triennio 2023/2025.

“sfide e delle priorità” individuate nelle CSR dell’ultimo biennio (2019-2020), che quindi assumono valore vincolante per il Paese che richiede i finanziamenti tramite PNRR.

Mentre le CSR 2019²⁵ insistono sulla necessità di tenere stazionaria la dinamica della spesa corrente primaria, le CSR 2020²⁶, alla Raccomandazione n. 1, pongono un obiettivo espresso in materia di Servizio sanitario nazionale raccomandando *“che l’Italia adotti provvedimenti al fine di...rafforzare la resilienza e la capacità del sistema sanitario per quanto riguarda gli operatori sanitari, i prodotti medici essenziali e le infrastrutture; migliorare il coordinamento tra autorità nazionali e regionali”*.

1.3 L’indebitamento netto nel triennio 2020-2022 e la revisione delle stime di crescita del Pil per il triennio 2021-2023 presentate con la NaDef 2022

La Nota di aggiornamento al Def 2022²⁷ certifica una *performance* dell’economia, nel biennio 2021/2022, migliore delle attese ma anche un netto peggioramento delle previsioni macroeconomiche per il 2023. Il Pil, dopo la flessione del 9,0%²⁸ nel 2020, lo scorso anno è cresciuto del 6,7% in volume (0,7 punti percentuali più del valore programmatico - 6,0% - pubblicato nella NaDef 2021), mentre per il corrente anno le stime sono state riviste in rialzo di sei decimi di punto, dal 3,1% al 3,7%. L’indebitamento netto²⁹, pari, nel biennio 2020/2021, al 9,5% e al 7,2% del Pil, nel 2022 è previsto ridursi al 5,1%, anche grazie ad un “inatteso” incremento delle entrate da imposte indirette, dovuto all’elevata inflazione. La “scomposizione” del Conto economico consolidato delle pubbliche amministrazioni del 2020 per sottosettori evidenzia il netto incremento dei trasferimenti correnti dalle amministrazioni centrali verso gli altri comparti delle amministrazioni pubbliche, finanziati con gli scostamenti di bilancio autorizzati dal Parlamento³⁰, che ha bilanciato il calo delle risorse degli enti territoriali e finanziato le misure emergenziali approvate durante la pandemia per il SSN e il sostegno ai redditi: rispetto al 2019, nel 2020 i trasferimenti dalle amministrazioni centrali verso le altre amministrazioni pubbliche sono incrementati del 25,1%, pari, in valore assoluto, a +60,4 mld, cui sono corrisposte maggiori entrate

²⁵ Raccomandazione (2019/C 301/12) del Consiglio del 9 luglio 2019 “sul programma nazionale di riforma 2019 dell’Italia e che formula un parere del Consiglio sul programma di stabilità 2019 dell’Italia”.

²⁶ Raccomandazione (2020/C 282/12) del Consiglio del 20 luglio 2020 “sul programma nazionale di riforma 2020 dell’Italia e che formula un parere sul programma di stabilità 2020 dell’Italia”.

²⁷ Con la NaDef 2022 approvata dal Consiglio dei Ministri il 28 settembre scorso, il governo “uscente” ha delineato solo gli andamenti tendenziali delle principali variabili macroeconomiche e degli indicatori di finanza pubblica; successivamente, il Consiglio dei Ministri del nuovo esecutivo, nella riunione del 4 novembre scorso, ha approvato la Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza (NADEF), rivedendo e integrando quella deliberata il 28 settembre, aggiornando le previsioni macroeconomiche e tendenziali di finanza pubblica, ed elaborando anche lo scenario programmatico per il triennio 2023-2025.

²⁸ Stima Istat di settembre 2022.

²⁹ Nel quadriennio precedente alla pandemia (2016-2019), l’indebitamento netto si riduce dal 2,4% all’ 1,5% del Pil.

³⁰ Nel corso del 2020, il Parlamento ha autorizzato cinque scostamenti di bilancio; a tal fine il governo, per finanziare i provvedimenti emergenziali finalizzati a contrastare gli effetti della pandemia ha presentato al Parlamento, ai sensi dell’art. 6, co. 5 della l. n. 243/2012, cinque Relazioni sullo scostamento dal percorso di rientro all’obiettivo di medio termine (OMT). Nel 2021, il Parlamento ha autorizzato due scostamenti di bilancio.

correnti da parte delle amministrazioni locali³¹ per circa 15 miliardi e degli enti di previdenza e assistenza sociale per circa 45 miliardi. Di seguito, una sintesi dei trasferimenti tra sottosettori relativi al Conto economico consolidato della PA, triennio 2019/2021.

Tabella 1 – Trasferimenti monetari tra sottosettori della PA – Anni 2019-2021

Descrizione	2019	2020	2021
Conto economico amministrazioni centrali, totale spese correnti:	487.962	555.737	555.786
- di cui, per trasferimenti ad AA. PP.:	240.895	301.234	287.772
Conto economico amministrazioni locali, totale entrate correnti:	242.144	243.943	255.088
- di cui, per trasferimenti da AA. PP.:	125.803	140.177	142.527
Conto economico enti previdenza e assistenza sociale, totale entrate correnti:	357.804	390.084	389.151
- di cui, per trasferimenti da AA. PP.:	115.120	161.109	145.251

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Def 2022 da Conto economico delle amministrazioni pubbliche per sottosettore; importi in milioni di euro

Nel 2022 l'incremento dei prezzi delle materie energetiche e la guerra in corso in Ucraina hanno mutato il contesto macroeconomico delineato nel Documento programmatico di aprile; in particolare, il tasso di inflazione per il 2022 e quello previsto per il 2023 si stanno rivelando molto più elevati del previsto, e la crescita attesa per il 2023 sarà nettamente inferiore a quella programmatica. Secondo la Relazione specifica per l'Italia della Commissione europea, di luglio 2022³², "[...] il deciso aumento del costo dell'energia e dei prodotti alimentari, uniti ai colli di bottiglia nella filiera distributiva, stanno spingendo verso un sensibile aumento dei prezzi...l'indice armonizzato dei prezzi al consumo (HICP) è previsto crescere, nel corrente anno, fino al 7,4%, ed in media del 3,4% nel 2023 [...] la perdita del potere d'acquisto delle famiglie, unita alla perdita di fiducia nelle aspettative da parte dei consumatori e delle aziende, e alla crescita del costo delle operazioni di finanziamento, gettano un'ombra sulle previsioni economiche". Conseguentemente, le previsioni economiche di autunno della Commissione europea³³ stimano, per l'anno in corso, una crescita del Pil in volume in Italia pari al 3,8%, superiore di 0,7 punti percentuali a quella programmatica del Def 2022 (3,1%), con una drastica revisione al ribasso, però, di quella attesa per il 2023, che sarà pari allo 0,3% (-2,1 punti percentuali rispetto al Def di aprile scorso). Secondo tale Documento, nel 2022 la crescita dell'economia italiana sarà superiore di 0,6 punti percentuali a quella media dei paesi dell'area euro (3,2%), mentre nel 2023 sarà allineata a quest'ultima (+0,3%). In conseguenza del peggioramento delle prospettive macroeconomiche, la Nota di aggiornamento al Def 2022 ha ridotto le stime sulla crescita del Pil in volume per il 2023, dal 2,4% (Def 2022) allo 0,3%³⁴; malgrado la recessione tecnica prevista, l'indebitamento netto tendenziale per tale anno è previsto diminuire dal 3,7% al 3,4% del Pil: rispetto alle previsioni del Def 2022, secondo gli andamenti tendenziali delineati nella Nota di aggiornamento,

³¹ Dell'aggregato fanno parte Regioni, Comuni, Province, enti sanitari locali ed altri enti locali.

³² Summer 2022 Economic Forecast, pubblicato il 14/7/2022.

³³ Autumn 2022 European economic forecast, pubblicate nel mese di novembre 2022.

³⁴ Pil in volume tendenziale, mentre la crescita programmatica è stimata essere pari allo 0,6%.

per il 2023, a fronte di maggiori spese correnti (al lordo degli interessi passivi) per 23,3 miliardi³⁵, le entrate correnti incrementeranno complessivamente di circa 25 miliardi, di cui 18 attribuibili alle maggiori imposte indirette dovute per effetto della elevata inflazione. Rispetto a tali andamenti, lo scenario programmatico presentato dal governo con le integrazioni alla NaDef approvate nel mese di novembre delinea una manovra di finanza pubblica espansiva che incrementa l'indebitamento netto per il 2023³⁶ dal 3,4% al 4,5% del Pil, al fine di finanziare quei provvedimenti normativi che mirano a contenere l'impatto negativo dell'aumento dei costi energetici sui bilanci delle famiglie e delle imprese.

Tabella 2 – Def 2022 – Previsioni della Commissione europea (luglio 2022) e NaDef 2022: indicatori di finanza pubblica, valori tendenziali e programmatici

Def aprile 2022	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Saldo primario tendenziale % di Pil	1,8	-6,1	-3,7	-1,6	-0,6	0,2	0,2
Indebitamento netto tendenziale % di Pil	-1,5	-9,6	-7,2	-5,1	-3,7	-3,2	-2,7
Indebitamento netto programmatico % di Pil		-9,6	-7,2	-5,6	-3,9	-3,3	-2,8
Pil in volume tendenziale			6,6	2,9	2,3	1,8	1,5
Pil in volume programmatico			6,6	3,1	2,4	1,8	1,5
Previsioni economiche (autunno 2022) della Commissione europea							
Pil in volume Italia				3,8	0,3	1,1	
Pil in volume, variazione media nei paesi dell'area euro				3,2	0,3	1,5	
Inflazione		-0,1	1,9	8,7	6,6	2,3	
NaDef 2022							
Saldo primario tendenziale % di Pil			-3,7	-1,1	0,5	0,2	0,7
Indebitamento netto tendenziale % di Pil		-9,5	-7,2	-5,1	-3,4	-3,6	-3,3
Indebitamento netto programmatico % di Pil				-5,6	-4,5	-3,7	-3,0
Pil in volume tendenziale			6,7	3,7	0,3	1,8	1,5
Pil in volume programmatico			6,7	3,7	0,6	1,9	1,3
Pil nominale tendenziale			7,5	6,8	4,6	4,3	3,6

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Def e NaDef 2022, e "European economic forecast, autumn 2022" della Commissione europea, pubblicate nel mese di novembre 2022

Infine, tra le revisioni delle previsioni di spesa per il 2022 introdotte dalla NaDef, si evidenziano quelle sugli investimenti del PNRR e sul SSN: riguardo ai primi, la Nota di aggiornamento rimodula la ripartizione annuale degli investimenti programmati per il periodo 2021-2026³⁷, finanziati con le risorse del *Recovery and Resilience Facility* (RRF) che, rispetto a quanto esposto nel Def 2022, nel triennio 2022-2024 si riducono complessivamente di 17,7 miliardi (di cui 14,4 nel solo anno corrente), per poi incrementare di un analogo valore nel biennio 2025-2026; infine, rispetto al Servizio sanitario nazionale, viene rivista la stima della spesa per l'anno in corso, che incrementa di circa 2,2 miliardi rispetto alle

³⁵ La NaDef 2022, approvata nel mese di novembre 2022, stima che, nel Conto economico della Pa a legislazione vigente, la spesa corrente lordo interessi per il 2023 sarà pari a 952 miliardi, in aumento di 23,3 miliardi rispetto alle previsioni del Def 2022 (929 miliardi). Per contro, le entrate correnti totali del medesimo anno incrementano da 934 (Def 2022) a 959 miliardi (+25 mld).

³⁶ Secondo la NaDef di novembre, il maggior indebitamento programmatico per il 2023 metterà a disposizione del Governo nuove risorse finanziarie per circa 21 miliardi.

³⁷ Il valore complessivo di tali risorse, e degli investimenti correlati, è pari a 191,5 miliardi.

previsioni di aprile (passando da 131,7 a 133,9 miliardi), a causa dei maggiori costi sostenuti dagli enti sanitari per effetto del rincaro dei prezzi dell'energia³⁸.

Tabella 3 – Risorse RRF sottostanti alle previsioni di spesa per investimenti del PNRR

Descrizione	2020-2021	2022	2023	2024	2025	2026
NaDef 2022	5,5	15,0	40,9	46,5	47,7	35,9
Def 2022	4,3	29,4	43,3	47,4	41,7	25,5
Differenziale NaDef Def	1,2	-14,4	-2,4	-0,9	6,1	10,5

Fonte: NaDef 2022; importi in miliardi di euro

³⁸ Fonte: Memoria della Corte dei conti sulla NaDef 2022, Commissione speciale della Camera dei deputati, novembre 2022.

2 LA SPESA PER IL SSN DURANTE L'EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19 NEL BIENNIO 2020-2021

Anno 2021

La necessità di fronteggiare l'emergenza sanitaria da Covid 19 ha segnato, nello scorso biennio, una forte discontinuità nella crescita delle risorse finanziarie e della spesa corrente e di investimento per il SSN rispetto al decennio 2010-2019³⁹.

In base ai dati di contabilità nazionale presentati con il Def 2022, la spesa sanitaria per il 2021 è risultata essere pari a 127,8 mld (v. tabella 4), in incremento del 4,2% rispetto al 2020 (+5,1 miliardi in valore assoluto). È un valore superiore di circa 0,700 miliardi alle previsioni formulate nel Def di aprile 2021 (127,1 mld)⁴⁰, sul quale hanno pesato in maniera determinante i maggiori costi derivanti dalla campagna vaccinale, quantificati complessivamente in 3,2 miliardi, e dal protrarsi dell'emergenza pandemica. Tuttavia, malgrado il tasso di variazione della spesa sull'anno precedente sia risultato essere superiore alle previsioni (4,2% anziché 3%), l'incidenza sul Pil si è ridotta di un decimo di punto (dal 7,3% al 7,2%), a causa di una crescita dell'economia, certificata dalla NaDef 2022, pari al 6,7%⁴¹, superiore di due punti percentuali alle previsioni del Def 2021 (4,7% in volume).

Anno 2020

Nel 2020, la spesa sanitaria corrente, pari a 122,7 miliardi⁴², è incrementata del 6,1% rispetto al 2019 (+7,1 mld in valore assoluto), a fronte di una variazione annua media, nel quadriennio precedente alla pandemia, dell'1,3% (tabella 4), mentre, dal lato delle entrate, il FSN per il medesimo anno, ripartito dal CIPE tra le Regioni e le Province autonome (al netto quindi delle ulteriori risorse per il 2020, a carico del Commissario straordinario della Protezione civile per la copertura delle spese anticipate⁴³ dalle Regioni), è stato pari a 120,6 mld⁴⁴, in crescita del 5,3% sul 2019, ossia circa cinque volte il dato medio annuale del periodo 2016-2019 (1,1%).

Rispetto al Fondo sanitario nazionale *standard* concordato tra Stato, Regioni e Province autonome con il Patto della salute 2019-2021 per il biennio 2020-2021 (pari, rispettivamente, a 116,5 e 118,0 mld, v.

³⁹ Con specifico riguardo alla spesa sanitaria nei rendiconti delle Regioni, nel triennio 2018-2020, cfr. la deliberazione di questa Sezione n. 6/SEZAUT/2022/FRG "Relazione sulla Gestione Finanziaria delle Regioni/Province Autonome", p. 147 e ss.

⁴⁰ Tale valore, tuttavia, risulta inferiore di circa 2 miliardi alle stime contenute nella NadeF 2021.

⁴¹ Valore superiore dello 0,1% rispetto alle stime Def 2022 (6,6%).

⁴² Nel 2020 si è registrata una sensibile riduzione nella erogazione dei servizi sanitari "extra covid": i ricoveri ospedalieri e in day hospital sono diminuiti mediamente del 20,4% rispetto al 2019 (vedi tabella 7).

⁴³ Per il rimborso di tali spese sostenute nel corso del 2020, anticipate dalle Regioni e Province autonome, è stato istituito, con il d.l. n. 41/2021, un fondo di dotazione di circa 1 mld a valere sullo stato di previsione del MEF, successivamente ripartito tra gli enti territoriali con Intesa Stato-Regioni del 24 giugno 2021.

⁴⁴ Il FSN per il triennio 2022/2024, invece, è stato determinato, dalla legge di bilancio per il 2022, rispettivamente, in 124.061, 126.061 e 128.061 milioni. Riguardo all'esercizio 2020, i tavoli di monitoraggio, tuttavia, segnalano che alcune risorse, approntate dalla legislazione emergenziale nel corso di tale anno per l'assistenza medico-generica e la spesa per l'acquisto di prestazioni sociali in natura da privato, non hanno trovato pieno impiego presso gli enti sanitari locali, generando quindi economie di spesa utilizzabili per il 2021.

tabella 4), le maggiori risorse ripartite dal CIPE per il SSN a seguito della pandemia hanno quindi determinato un incremento cumulato delle necessità di finanziamento di circa 7 miliardi, mentre la spesa sanitaria è risultata essere maggiore di circa 9,3 miliardi rispetto ai tendenziali delineati dal Def 2019.

In valore *pro capite*⁴⁵ percentuale, a parità di potere d'acquisto, nel 2020 l'incremento della spesa rispetto al 2019 è stato pari all'8,4%, con una crescita in ogni caso meno elevata di quella verificatasi in Regno Unito (20,2%), Germania (9,7%), Spagna (9,5%), e superiore solo a quella della Francia (5,0%).

In valore assoluto, nel 2020 la spesa pubblica *pro capite* italiana è stata pari a 2.851 USD⁴⁶, inferiore di oltre il 50% a quella della Germania (5.905 USD), del 38,4% a quella della Francia (4.632 USD), e del 31,4% a quella della Regno Unito (4.158 USD).

Tabella 4 – Spesa e finanziamento SSN – Anni 2016-2022

Descrizione	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Var. % media 2016-2019	Var. % media 2020-2022
Spesa per il SSN									
Spesa SSN (CN)	110.977	112.185	114.423	115.661	122.721	127.834 ⁽¹⁾	133.998 ⁽²⁾		
Var. % spesa SSN	0,9	1,1	2,0	1,1	6,1	4,2	4,8	1,3	5,0
Def 2019: previsioni spesa sanitaria, anni 2020-2022					119.953	121.358	123.052		
Incidenza spesa SSN sul Pil	6,5	6,5	6,5	6,4	7,4	7,2	7,1		
Finanziamento ordinario del SSN, pre e post Covid									
FSN 2019-2021 "ante Covid", a seguito di Intesa Patto salute 18 dicembre 2019	111.002	112.577	113.404	114.474	116.474	117.974			
FSN 2020-2022 "post Covid"					120.557	122.061	124.061 ⁽³⁾		

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NaDef 2021, NaDef 2022 e Legge di bilancio 2022; importi in miliardi di euro

⁽¹⁾ Stima NadeF 2021: 129.449;

⁽²⁾ Stima NaDef 2022;

⁽³⁾ Legge di bilancio 2022.

Tabella 5 – Def 2021 e 2022: le spese per l'emergenza sanitaria da Covid-19 contabilizzate nei consumi intermedi del Conto consolidato del SSN e imputate al Commissario straordinario per la protezione civile – Anni 2020-2021

Descrizione	Anno 2020	Anno 2021
Def 2021	1,5	
Def 2022	1,1	3,2

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Def 2021-2022; importi in miliardi di euro

⁴⁵ Fonte: banca dati OCSE.

⁴⁶ Fonte: banca dati OCSE, valori *pro capite* a parità di potere d'acquisto, espressi in dollari USA. A prezzi correnti, espressi in euro, secondo i dati Ocse la spesa sanitaria pubblica italiana è stata pari a 2.043 euro, mentre in Germania e Francia è risultata essere pari, rispettivamente, a 4.418 e 3.523 euro.

La pandemia ha prodotto una emergenza non solo sanitaria, ma anche economica e sociale, che ha comportato l'adozione di un eccezionale programma di misure finanziarie a sostegno dei redditi, tradottosi, nel solo anno 2020, in un incremento della spesa per prestazioni sociali in denaro, al netto di quelle pensionistiche, pari a circa 31,4 mld⁴⁷.

La "sostenibilità" finanziaria del Servizio sanitario nazionale durante la pandemia è stata garantita dall'incremento dei trasferimenti dal livello centrale, che ha compensato la riduzione delle risorse fiscali regionali causata dalla recessione; i dati del Sespros, il Conto della Protezione sociale che espone le entrate e le uscite correnti relative alla erogazione dei servizi previdenziali, assistenziali e sanitari, segnalano, per quest'ultima funzione, che nel 2020 l'incremento delle risorse è stato più che proporzionale all'aumento della spesa dovuta al Covid, generando un risultato positivo del saldo corrente, al lordo di tutte le entrate⁴⁸, pari a 0,5 miliardi di euro. Decisivo, al riguardo, l'aumento delle contribuzioni a carico dello Stato per gli enti sanitari, cresciute di 11 miliardi di euro rispetto al 2019, che ha più che compensato il simultaneo decremento di quelle degli enti locali, in riduzione di 5 miliardi. Nel 2021, invece, con la ripresa dell'economia, le contribuzioni degli enti territoriali per gli enti sanitari si innalzano da 32,9 a 41,0 mld, mentre quelle statali si stabilizzano attorno al valore del 2020 (85,7 miliardi). L'impatto sulla spesa dovuto al Covid è stato in parte "bilanciato" dalla riduzione dei costi relativi alle altre prestazioni "non emergenziali", come quelle per i ricoveri ordinari e in *day hospital*, diminuiti mediamente del 20% rispetto al 2019 e quelle di specialistica ambulatoriale e diagnostiche che, peraltro, hanno prodotto minori entrate da *ticket* per circa 742 milioni di euro.

Tabella 6 – Conti della protezione sociale: contribuzioni da amministrazione centrale e locale per la sanità – Anni 2019-2021

Descrizione	2019	2020	2021
Totale entrate correnti ⁽¹⁾ per la sanità	117.059	123.237	131.459
di cui, contribuzioni da:			
- amm.ne centrale	74.552	85.554	85.707
- amm.ne locale	37.913	32.924	41.025
Totale uscite correnti*	115.662	122.737	127.856
Saldo totale entrate ed uscite correnti	1.397	500	3.603

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat, Sespros, Conti economici consolidati delle amministrazioni pubbliche, entrate ed uscite correnti per la sanità; edizione dati: ottobre 2022; importi in miliardi di euro

⁽¹⁾ Per l'esposizione esaustiva delle voci componenti l'aggregato "entrate correnti", v. nota n. 48.

⁴⁷ Fonte: DEF 2022, tab. III.2-1: spesa per prestazioni sociali in denaro, 2018-2021.

⁴⁸ Nel Sespros, l'aggregato per la funzione sanità pubblica comprende, tra le entrate correnti, oltre a quelle derivanti da "contribuzioni diverse" (a carico, rispettivamente, di amministrazione centrale e locale, imprese, famiglie), anche la voce "altre entrate". Nel 2020, le entrate da contribuzioni da amministrazione centrale e locale sono state pari complessivamente a 118,5 mld, quelle da famiglie e imprese a 1,9 mld (di cui 1,6 mld da quest'ultime), le "altre entrate" a 2,9 miliardi; nel 2021, le contribuzioni da amministrazione centrale e locale sono state pari a 126,7 mld, quelle da famiglie e imprese a 1,7 mld (di cui 1,4 mld dalle imprese), le "altre entrate" a 3 miliardi.

2.1 Le criticità nell'assistenza sanitaria conseguenti all'emergenza da Covid: la riduzione delle prestazioni sanitarie "ordinarie" e le liste d'attesa

Come evidenziato, una conseguenza dell'emergenza sanitaria è risultata essere, nel biennio 2020-2021, la difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie non Covid, tra cui la riduzione della partecipazione ai programmi di *screening* per le più diffuse patologie tumorali, che nel breve-medio termine potrebbero determinare un peggioramento delle condizioni di salute della popolazione. Nel 2020, in Italia *"quasi un cittadino su 10 ha dichiarato di aver rinunciato, per motivi legati a difficoltà di accesso, a visite o accertamenti, pur avendone bisogno"*⁴⁹, nel 2021 tale percentuale è cresciuta all'11%⁵⁰. Queste criticità hanno trovato una indiretta conferma nelle anticipazioni finora emerse sui risultati del monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza per l'anno 2020, condotto attraverso gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)⁵¹. Come già esposto dalla Corte dei conti nell'audizione alle Commissioni bilancio di Camera e Senato sul Def 2022, rispetto al 2019 il monitoraggio ha evidenziato, *"[...] per 12 indicatori su 20, un generale peggioramento dei risultati in oltre il 70% delle Regioni e Province autonome"*⁵². Tra gli indicatori BES⁵³ allegati al Def 2022 per il dominio "Salute", quello sulla aspettativa di vita alla nascita ha segnato un peggioramento nel 2020 rispetto al 2019 sia per gli uomini che per le donne, con una riduzione, rispettivamente, da 81,1 a 79,8 anni, e da 85,4 a 84,5 anni; tali valori hanno sostanzialmente annullato la costante crescita registratasi dal 2012, quando l'aspettativa di vita per uomini e donne era pari, rispettivamente, a 79,7 e 84,5 anni.

Sul piano nazionale, i dati Istat evidenziano che nel 2020 le dimissioni in regime ospedaliero sono diminuite di 1.480.791 unità rispetto al 2019, passando da 7.262.252 a 5.781.4612 (-20,39%), e le giornate di degenza ordinaria di 7.806.904, con una riduzione pari al 13,1%.

La riduzione in volume delle prestazioni sanitarie è stata generalizzata in tutte le Regioni italiane, anche in quelle dove relativamente meno grave è stata la pressione sulle strutture sanitarie e ospedaliere dovuta al Covid-19, e tale dato può essere letto anche come un indicatore, indiretto, della capacità di adattamento e risposta dei servizi regionali al contesto pandemico. La pandemia nel 2020 ha colpito le Regioni con intensità diverse, come illustrato dai dati pubblicati nel BES 2022 (tabella 7): nella prima metà del 2020 sono state colpite maggiormente le Regioni settentrionali, in particolare la Lombardia (mortalità per Covid, nella prima ondata, pari al 47,5% dei decessi dovuti al Covid, con una incidenza media sull'anno del 37,1%), mentre nella seconda metà dell'anno la pandemia si è diffusa anche nel Mezzogiorno, ma con

⁴⁹ Fonte: Def 2022, sezione III, Programma nazionale di Riforma. Nel 2019, tale percentuale era attorno al 6,3%.

⁵⁰ Fonte: Rapporto Istat sui Sustainable Development Goals (SDGs), Agenda 2030 Nazioni Unite, ottobre 2022.

⁵¹ Terminata la fase "sperimentale" con la pubblicazione dei dati relativi all'anno 2019, il monitoraggio, a partire dal 2020, viene condotto esclusivamente con gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia.

⁵² Fonte: audizione parlamentare Corte dei conti sul Def 2022.

⁵³ Fonte: Relazione sul Benessere equo e sostenibile (BES) per il 2022.

tassi di mortalità inferiori. Le dimissioni ospedaliere in regime ordinario e di *day hospital* non dovute alla pandemia sono diminuite mediamente, nel 2020, del 20,4%, con tassi superiori al valore nazionale nel Nord-ovest (23,1%), in particolare in Liguria (-23,8%) e Lombardia (-24,1%), mentre nel Nord-est (-16,9%) esse sono state più contenute di circa quattro punti percentuali; il sistema sanitario del Veneto, che ha registrato tassi di mortalità (7,2% del totale deceduti per Covid nell'anno) meno gravi rispetto alla Lombardia, sembra aver risposto meglio di altri servizi regionali alla emergenza sanitaria, visto che il tasso di riduzione delle prestazioni sanitarie ospedaliere, pari a -15,2%, è stato il più basso d'Italia. Valori superiori alla media, invece, nel Mezzogiorno (-23,53%), dove, malgrado l'incidenza della mortalità per Covid sia stata inferiore (15,6%), i sistemi sanitari regionali sembrano aver dimostrato una minore "capacità" di resilienza alla emergenza.

Tabella 7 - Numero di dimissioni ospedaliere, in regime ordinario e di *day hospital* - Anni 2019-2020 e mortalità per Covid

Descrizione	2019			2020				2020 Inc. % decessi per Covid sul totale mortalità per Covid ⁽¹⁾
	Ordinario	Day-hospital	Totale	Ordinario	Day-hospital	Totale	Var. % ricoveri ordinari e day hospital 2020/2019	
Italia	5.615.223	1.647.029	7.262.252	4.599.479	1.181.982	5.781.461	-20,39	
Nord	2.723.252	699.717	3.422.969	2.232.572	491.193	2.723.765	-20,43	72,3
Nord-ovest	1.526.618	418.925	1.945.543	1.218.117	278.414	1.496.531	-23,08	
Piemonte	398.965	111.665	510.630	327.036	79.265	406.301	-20,43	9,5
Valle d'Aosta	12.816	4.840	17.656	11.008	2.721	13.729	-22,24	0,6
Liguria	159.070	60.860	219.930	123.680	43.904	167.584	-23,80	4,1
Lombardia	955.767	241.560	1.197.327	756.393	152.524	908.917	-24,09	37,1
Nord-est	1.196.634	280.792	1.477.426	1.014.455	212.779	1.227.234	-16,93	
Trentino-Alto Adige	100.548	32.132	132.680	85.830	24.239	110.069	-17,04	
P.A. Bolzano	55.109	14.674	69.783	47.139	10.575	57.714	-17,30	1,1
P.A. Trento	45.439	17.458	62.897	38.691	13.664	52.355	-16,76	1,2
Veneto	461.027	102.101	563.128	396.328	81.052	477.380	-15,23	7,2
Friuli-Venezia Giulia	124.758	34.172	158.930	106.508	26.278	132.786	-16,45	1,7
Emilia-Romagna	510.301	112.387	622.688	425.789	81.210	506.999	-18,58	10,0
Centro	1.090.398	406.120	1.496.518	943.975	322.102	1.266.077	-15,40	12,1
Toscana	363.400	113.843	477.243	301.972	86.251	388.223	-18,65	4,8
Umbria	89.899	24.761	114.660	73.541	16.662	90.203	-21,33	0,9
Marche	142.934	49.882	192.816	118.037	36.340	154.377	-19,94	1,9
Lazio	494.165	217.634	711.799	450.425	182.849	633.274	-11,03	4,6
Mezzogiorno	1.801.573	541.192	2.342.765	1.422.932	368.687	1.791.619	-23,53	15,6
Sud	1.232.389	370.523	1.602.912	956.299	245.002	1.201.301	-25,06	
Abruzzo	121.512	37.051	158.563	103.896	25.714	129.610	-18,26	1,8
Molise	31.624	12.255	43.879	25.060	8.091	33.151	-24,45	0,3
Campania	491.752	231.420	723.172	384.770	152.792	537.562	-25,67	4,8
Puglia	394.227	32.653	426.880	302.383	21.872	324.255	-24,04	3,3
Basilicata	48.626	14.229	62.855	35.710	9.523	45.233	-28,04	0,3
Calabria	144.648	42.915	187.563	104.480	27.010	131.490	-29,90	0,6
Isole	569.184	170.669	739.853	466.633	123.685	590.318	-20,21	
Sicilia	411.818	104.268	516.086	339.513	73.474	412.987	-19,98	3,7
Sardegna	157.366	66.401	223.767	127.120	50.211	177.331	-20,75	1,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su database Istat e BES 2022

⁽¹⁾ Media annuale dell'incidenza percentuale dei morti per Covid sul totale, relativa alla prima e seconda ondata.

Tabella 8 – Giornate di degenza in ambito ospedaliero – Anni 2019-2020

Area di specializzazione clinica	Italia								Variazione % sul totale 2020/2019
	2019				2020				
	per acuti	lungodegenza	riabilitazione	totale	per acuti	lungodegenza	riabilitazione	totale	
Giornate di degenza in regime ordinario	42.172.323	2.413.627	8.193.015	52.778.965	36.665.148	1.800.805	6.506.108	44.972.061	-13,1
Giornate di presenza in <i>day hospital</i>				4.868.472				3.643.307	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su database Istat 2022

La riduzione complessiva delle prestazioni sanitarie “non Covid” (ospedaliere, di specialistica ambulatoriale e diagnostiche) ha comportato un ridimensionamento di spese già finanziate, ma anche di una delle voci di entrata degli enti sanitari: nel biennio 2019-2020, i ricavi da *ticket* (al netto di quelli per l’assistenza farmaceutica)⁵⁴ flettono da 1,4 a 0,824 miliardi, segnando una riduzione percentuale media nazionale del 39,3%, pari, in valore assoluto, a 0,533 miliardi. Anche questo dato, come quello sui ricoveri ospedalieri, è un indicatore indiretto del calo delle prestazioni sanitarie “non emergenziali” causato dalla pandemia; il tasso di riduzione percentualmente più alto si verifica nella Regione Liguria (-47,6%), ma si concentra prevalentemente nelle Regioni meridionali e insulari, come in Campania (-47,5%), Calabria (-45,1%), Sicilia (-44,1%) e Sardegna (-43,9%), che tuttavia hanno avuto tassi di incidenza della mortalità per Covid sul totale dei decessi Covid inferiori a quelli del Nord. Tra le Regioni settentrionali, in Lombardia, la variazione negativa degli incassi (-44,5%) è stata più elevata della media nazionale (-39,3%), mentre in Veneto ed Emilia-Romagna è risultata essere inferiore, pari, rispettivamente, a -32,8% e -34,1%. Nell’arco temporale considerato (2012-2020), i ricavi da *ticket* hanno raggiunto il valore più elevato nel 2012, pari a circa 1,6 miliardi, stabilizzandosi poi, negli anni 2013-2019, su un importo annuo lievemente inferiore, pari a circa 1,4 miliardi.

⁵⁴ Nel 2019, i ticket complessivamente pagati dagli assistiti sono stati pari a 2,9 miliardi, di cui 1,6 mld per la spesa farmaceutica, e 1,4 mld per le prestazioni specialistiche, incluse quelle di pronto soccorso (46,4 milioni). ed altre prestazioni (12,2 mln). Nel 2019, il 75% dei pagamenti per pronto soccorso si concentra nelle Regioni Veneto, Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana e Puglia.

Tabella 9 – Compartecipazioni alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket) – Anni 2012-2020

Descrizione	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Variazioni % incassi 2020/ 2019
Italia	1.547.968	1.486.944	1.445.266	1.403.950	1.348.526	1.344.046	1.363.193	1.357.304	823.577	-39,3
Piemonte	153.018	144.352	139.002	120.766	113.362	112.470	116.668	120.300	67.914	-43,5
Valle d'Aosta	5.682	5.318	6.058	6.138	8.239	8.338	8.025	8.179	5.523	-32,5
Liguria	46.125	44.196	43.287	42.544	42.194	42.834	43.519	44.609	23.373	-47,6
Lombardia	238.736	236.363	233.698	227.982	215.729	212.135	211.613	206.750	114.792	-44,5
P.A. Bolzano	17.714	18.709	19.270	19.471	19.061	19.522	20.554	20.959	15.099	-28
P.A. Trento	16.075	17.093	16.755	19.165	21.148	21.050	21.673	22.165	14.823	-33,1
Veneto	195.498	183.087	181.342	177.851	170.645	175.194	175.028	177.039	119.023	-32,8
Friuli-V.G.	47.470	46.385	45.665	45.343	43.490	43.913	46.018	46.966	32.224	-31,4
Emilia-R.	152.500	160.887	161.011	159.785	157.152	158.844	166.332	154.139	101.538	-34,1
Toscana	153.678	142.823	139.471	137.788	134.472	134.354	134.453	128.812	81.228	-36,9
Umbria	31.377	27.948	28.241	28.168	27.251	27.972	29.050	29.191	19.181	-34,3
Marche	49.240	45.791	44.176	42.680	41.138	38.394	41.497	43.310	26.313	-39,2
Lazio	145.539	133.531	124.842	118.597	112.980	102.281	101.865	99.789	56.575	-43,3
Sud	214.486	202.730	188.135	184.934	172.038	178.594	178.727	186.759		
Abruzzo	40.719	41.259	36.292	35.235	33.511	33.694	34.576	36.190	21.734	-39,9
Molise	5.923	5.225	5.193	5.091	4.510	4.577	4.639	4.722	3.470	-26,5
Campania	61.618	60.396	55.139	56.730	52.505	57.929	54.685	61.037	32.022	-47,5
Puglia	63.854	58.785	54.189	50.657	47.115	46.457	50.550	49.702	30.382	-38,9
Basilicata	13.877	12.116	10.532	10.514	10.448	10.957	11.119	11.684	7.243	-38
Calabria	28.495	24.949	26.790	26.707	23.949	24.980	23.159	23.422	12.859	-45,1
Sicilia	51.809	48.921	45.421	44.358	43.078	42.453	42.558	42.765	23.905	-44,1
Sardegna	29.021	28.810	28.892	28.380	26.549	25.698	25.614	25.573	14.356	-43,9

Fonte: Agenas ed Istat; Conti economici consolidati dei SSR, codice NSIS voce contabile: AA0940, A6); importi in migliaia di euro

Al fine di fornire alle Regioni gli strumenti necessari per ridimensionare tale criticità, con l'art. 26 del d.l. n. 73/2021⁵⁵ sono state approvate diverse disposizioni volte a rifinanziare sia nuovi incentivi economici in favore del personale medico-sanitario pubblico, sia l'acquisto di ulteriori prestazioni da privato accreditato, anche oltre i *budget* concordati con tali strutture; tutti gli enti territoriali, nel corso del 2021 e 2022, hanno adottato atti di programmazione generale indirizzati ai rispettivi enti del Servizio sanitario, assegnando specifici obiettivi quantitativi finalizzati al recupero delle prestazioni non erogate e alla riduzione delle liste d'attesa, allo scopo di riportare tale criticità almeno entro il livello "pre-pandemico".

I risultati recentemente presentati da Agenas⁵⁶ sul monitoraggio delle prestazioni non erogate a causa della pandemia indicano che la maggioranza delle Regioni è ancora lontana dal raggiungere gli

⁵⁵ Il d.l. n. 73/2021 (convertito, con modificazioni, dalla L. n. 106/2021), proroga fino al 31/12/2021 le disposizioni a tal fine previste dall'art. 29 del d.l. n. 104/2020 (convertito con modificazioni, dalla L. n. 126/2020); con la L. n. 234/2021, infine, le disposizioni dell'art. 26 del d.l. n. 73/2021, sono state prorogate fino al 31/12/2022.

⁵⁶ L'Agenas ha presentato, il 28 ottobre 2022, i dati del proprio Portale statistico relativi alla mobilità sanitaria e all'attuazione dei Programmi regionali sulle liste di attesa.

obiettivi prefissati entro il 2022: per gli interventi chirurgici cardio-vascolari di maggiore urgenza (classe A), da eseguirsi entro 30 giorni, nel 2021 sono ancora 14 le Regioni che non hanno recuperato i livelli di attività del 2019; risultato meno negativo, invece, per gli interventi sui tumori maligni, anch'essi appartenenti alla medesima categoria (classe A) ad alta priorità, nella quale le Regioni con livelli di attività ancora inferiori al 2019 si riducono a dieci. Anche per l'assistenza specialistica ambulatoriale, le Regioni stanno recuperando i volumi di attività pre-pandemici con grande gradualità e difficoltà: la media nazionale delle prestazioni erogate nel primo semestre 2022 è risultata essere ancora inferiore del 12,8% a quella del primo semestre 2019; solo otto Regioni si pongono al di sopra di tale media, di cui solo una, la Toscana, con uno scostamento positivo dell'1,5% rispetto al 2019, mentre tredici enti territoriali si collocano al di sotto del valore nazionale, di cui sei con valori negativi tra il -20% e il -30%, ed uno con una percentuale di attività ancora inferiore del 46% a quella del primo semestre 2019.

2.1.1 I posti letto nelle terapie intensive: un confronto tra le dotazioni regionali del 2019 e del 2022, e le osservazioni della Commissione europea sulle criticità del SSN

Il “considerando” 16 delle CSR 2020 sull'Italia⁵⁷ si sofferma, tra l'altro, sulle prime risposte del SSN all'emergenza sanitaria da Covid-19 e riconosce che *“malgrado la spesa sanitaria sia inferiore alla media dell'Unione, [...] il sistema sanitario nazionale è caratterizzato da servizi universali altamente specializzati e di buona qualità”,* evidenziando tuttavia *“come la frammentazione della governance del sistema sanitario nazionale e nel coordinamento tra autorità centrali e regionali”* abbiano rallentato l'adozione tempestiva delle misure di contenimento della pandemia.

Le raccomandazioni specifiche – che dal 2011 costituiscono il perno del procedimento del semestre europeo – si sono occupate del sistema sanitario nazionale italiano soltanto a partire dal 2019, al considerando 14⁵⁸: *“La situazione del sistema sanitario è complessivamente buona, nonostante una spesa al di sotto della media dell'Unione. Tuttavia, la prestazione di servizi di assistenza sanitaria varia notevolmente da una regione all'altra, con ripercussioni sull'accesso, l'equità e l'efficienza, e potrebbe essere migliorata grazie a una gestione amministrativa più efficiente e al monitoraggio dell'erogazione di livelli standard di servizio”.* Consiglio e Commissione europea chiedevano all'Italia il potenziamento dell'assistenza territoriale: *“Maggiori servizi di assistenza a domicilio sul territorio e servizi di assistenza a lungo termine sono fondamentali per fornire sostegno alle persone con disabilità e ad altri gruppi svantaggiati”.*

⁵⁷ Raccomandazione del Consiglio 2020/C 282/12.

⁵⁸ Raccomandazione del Consiglio 2019/C 301/12, del 09.07.2019.

In effetti su queste linee delle CSR 2019 si è mossa la legislazione di emergenza dopo l'esplosione della pandemia nel marzo 2020 e il progetto di rilancio negoziato con la UE con il PNRR, peraltro vincolato alle due CSR del 2019 e del 2020.

La spesa e l'investimento in Sanità sono diventati centrali nelle CSR 2020, che li sintetizzano al "considerando" n. 16. Le istituzioni europee partono da un giudizio positivo sul SSN, ma richiedono uno sforzo per superare la frammentarietà della *governance*, aumentare il personale e gli investimenti⁵⁹. La spesa per investimenti diventa dunque un parametro centrale anche per il controllo – come da anni indicato dalle Sezioni riunite della Corte dei conti – ma che diventa particolarmente rilevante in quanto connette la fase emergenziale del biennio 2020-2021 con la fase di risposta strutturale rappresentata da PNRR, orientata, in adesione alle CSR 2019-2021, ad aumentare stabilmente il tasso di crescita potenziale.

Il SSN, malgrado tali criticità e i divari territoriali, si rivela un centro di eccellenza del servizio pubblico, con *standard* di efficienza ed efficacia mediamente elevati, caratterizzato da una spesa più bassa della media europea (sia in valore *pro capite* che di Pil), e da esiti nella qualità delle cure spesso migliori di quelli di altri Paesi europei che spendono di più: gli indicatori pubblicati dalla Commissione europea nella Relazione 2022 specifica per l'Italia, evidenziano che, nel 2019, la mortalità "trattabile"⁶⁰ per 100.000 abitanti è stata pari a 63,7 (a fronte di una media europea di 92,1), mentre la mortalità oncologica (x100.000 abitanti) è risultata essere pari a 230,9, anch'essa inferiore a quella europea (252,5). I dati, invece, sulle strutture ospedaliere e la consistenza del personale medico-infermieristico, evidenziano una rete di posti letto per acuzie pari a 259,8 per 100.000 abitanti, inferiore alla media europea (387,4), una dotazione di personale medico pari a 4,1 per 1.000 abitanti, poco sopra al dato europeo (3,8), e una sensibile carenza in quello infermieristico, pari a 6,2 per 1.000 abitanti (8,2 la media europea); in entrambi i casi, poi, l'anzianità media del personale in servizio è elevata. A titolo esemplificativo, nel 2011 i medici e gli infermieri dipendenti del SSN erano pari, rispettivamente, a 106.779 e 264.378 unità; nel 2019 si riducono a 102.316 (-4,2%) e 256.429 unità (-3,1%). Nel primo anno della pandemia, il 2020, la consistenza del personale medico incrementa, rispetto all'anno precedente, dello 0,8% (+776 unità, in totale 103.092 dipendenti) e quello infermieristico del 3,2% (+8.257 unità, in totale 264.686 dipendenti)⁶¹.

⁵⁹ Raccomandazione del Consiglio all'Italia, 2020/C 282/12, considerando 16: "Nonostante la spesa sanitaria sia inferiore alla media dell'Unione, il sistema sanitario italiano è caratterizzato da servizi universali altamente specializzati e di buona qualità e in generale è riuscito a fornire un'assistenza accessibile. Tuttavia, soprattutto all'inizio della pandemia da COVID-19, la frammentazione della governance del sistema sanitario e nel coordinamento tra autorità centrali e regionali ha rallentato l'attuazione di alcune misure di contenimento. La risposta dei sistemi sanitari regionali alla crisi si è basata principalmente su una mobilitazione straordinaria, in particolare del personale sanitario e dei servizi sociali locali, che ha compensato i limiti dell'infrastruttura fisica, il limitato numero di operatori sanitari e l'importo limitato degli investimenti volti a migliorare le strutture e i servizi negli anni precedenti".

⁶⁰ Per mortalità trattabile si intende la mortalità evitabile grazie a un'assistenza sanitaria di qualità ottimale.

⁶¹ Fonte dati per gli anni 2011, 2019 e 2020: Annuario statistico del SSN, Ministero della Salute.

Nel 2020, a seguito degli interventi di ampliamento della rete ospedaliera disposti con la legislazione emergenziale, il numero di posti letto per acuti è risalito da 2,94 (nel 2019) a 3,75 per 1.000 residenti⁶², superando il dato del 2014 (3,07 per 1.000 abitanti). Riguardo, invece, all'obiettivo, disposto con l'art. 2, co. 1, del d.l. n. 34/2020⁶³, di avere una dotazione strutturale di 0,14 posti letto di terapia intensiva per 1.000 abitanti, i dati pubblicati dal Ministero della Salute e da Agenas con la rilevazione del 29 ottobre 2022, relativa ai posti-letto "attivi"⁶⁴ nelle terapie intensive per 100.000 abitanti, indica che quasi tutte le Regioni hanno raggiunto un valore pari o superiore a tale *target*, ad eccezione di Molise (13,3), Sardegna (12,8), Umbria (10), Campania (10,3), Puglia (10,3), Calabria (8,9), Valle d'Aosta (10,5). I valori massimi si riscontrano esclusivamente al Nord, in particolare in Veneto (20,5), Emilia-Romagna (20), Provincia autonoma di Bolzano (18,7), Lombardia (18,1).

Il programma di rafforzamento della capacità delle strutture ospedaliere del SSN previsto dal d.l. 34/2020 "ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero" aveva previsto inizialmente un intervento su tre direttrici: 606 milioni per il rafforzamento delle terapie intensive; 602 per le semi intensive di area medica (con un sub-obiettivo di realizzarne il 50% trasformabili in posti letto di terapia intensiva in caso di emergenza), e 205 milioni di euro per la riorganizzazione dei servizi di emergenza e urgenza (DEA), pronto soccorso in modo da creare un duplice binario per pazienti Covid e non-Covid. Va detto che le Sezioni riunite della Corte dei conti in sede di controllo⁶⁵ e più di una Sezione regionale di controllo della Corte dei conti hanno segnalato una certa difficoltà nell'avvio della realizzazione effettiva di questo programma nella seconda metà del 2020, con una accelerazione nel corso del 2021 ma ben lontana dal raggiungere l'obiettivo previsto (cfr. SRC Piemonte parifica rendiconto 2020). Alcune Regioni avevano fin da subito posto come obiettivo la realizzazione effettiva del programma di spesa per il 2022 e il 2023 (cfr. SRC Calabria parifica rendiconto 2020). Oggi i dati ufficiali resi disponibili da Agenas dimostrano che nonostante queste difficoltà di avviamento, il programma ha pienamente raggiunto lo scopo prefissato dal d.l. n. 34/2020. Anche se va detto che, su iniziativa delle Regioni, il programma è stato rimodulato nella sua composizione interna: i posti effettivi di terapia intensiva finanziati e realizzati a ottobre 2022 sono stati 500 in più del previsto, per un totale disponibile di 9.193, rispetto all'obiettivo di 8.700 con una forte richiesta soprattutto da parte delle Regioni più piccole (Liguria, Valle d'Aosta, Molise, Basilicata)⁶⁶. Quelli di terapia semi-intensiva

⁶² Fonte: Ministero della Salute, Annuario statistico del SSN, anno 2020, pubblicato nel mese di luglio 2022.

⁶³ Il co. 2 del medesimo articolo, invece, prevedeva anche una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva.

⁶⁴ Secondo la definizione del Ministero della Salute, per posti-letto di terapia intensiva "attivi" si intendono sia i posti-letto immediatamente disponibili, sia quelli attivabili nel giro di 24-48 ore, mentre quelli allestibili in tempi brevi, ma superiori alle 48 ore, sono considerati "attivabili".

⁶⁵ Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2021 (RCFP 2021) pag. 308 e ss. Segnalava un livello di realizzazione ad aprile 2021 pari al 25,7% per i posti di terapia intensiva, del 25,5% per quelli di terapia semi-intensiva e solo del 13,5% per i servizi di DEA pronto soccorso; meglio il livello di realizzazione per i mezzi di soccorso (ambulanze e altro) pari al 47% con 108 mezzi acquistati su 230 finanziati, ma solo 44 consegnate e collaudate.

⁶⁶ Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo, RCFP 2021, pag. 308.

hanno assorbito 342 milioni di euro rispetto ai 602 inizialmente previsti; quindi, hanno trovato un minore tasso di realizzazione, con 555 posti attivabili per la trasformazione in posti di terapia intensiva (rispetto ai circa 2 mila inizialmente previsti). Ben più impegnativo del previsto è stato invece il fabbisogno per la riorganizzazione e potenziamento dei servizi di pronto soccorso che ha assorbito risorse per 393 milioni rispetto ai 205 previsti inizialmente. Viste le tradizionali difficoltà per la realizzazione di iniziative di investimento per il potenziamento dei servizi ospedalieri, il programma avviato dal d.l. n. 34/2020 appare pienamente riuscito, tanto è vero che è stato inserito all'interno dei programmi previsti dal PNRR.

Va rimarcato che le premesse emerse dai rendiconti del 2020 non erano tutte positive come quelle riscontrate dalla SRC Toscana⁶⁷: la SRC Piemonte a fine 2021 segnalava un livello di non ottimale realizzazione⁶⁸; mentre la Regione Calabria, in sede di programmazione, ha escluso la realizzazione di interventi nel 2020 e nel 2021 post-ponendoli direttamente al biennio 2022-2023⁶⁹.

Le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti nelle deliberazioni adottate in sede di parifica del rendiconto generale del 2020 e in taluni casi anche del 2021 hanno scrutinato in modo dettagliato, anche ente per ente, il livello di realizzazione di questo importante programma di investimento che, nato per fronteggiare un'emergenza del tutto impreveduta, ha posto rimedio ad una carenza strutturale che nel corso del decennio precedente si era aggravata allargando il divario dell'Italia nei confronti degli altri Paesi dell'Unione europea. In proposito, appare interessante l'approfondimento dedicato da SRC Lazio al censimento delle grandi apparecchiature dettagliate per singola tecnologia, nella deliberazione sul rendiconto 2020⁷⁰. L'intero programma disposto dal d.l. n. 34/2020 in materia di potenziamento della rete ospedaliera è entrato negli investimenti del PNRR, passando così da intervento emergenziale a investimento strutturale. A tale riguardo, andrà scrutinata in modo approfondito la criticità già segnalata al Parlamento dall'Ufficio Parlamentare di Bilancio, sul costo di funzionamento di tale investimento – cioè sulla previsione delle spese correnti connesse - e di come esso sia stato coperto dalle previsioni conseguenti al piano presentato il 30/04/2021 alle istituzioni dell'Unione europea⁷¹.

Il PNRR, Missione 6 Salute, prevede, alla Componente 2 ("ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero") tre linee di intervento, di cui una, in attuazione dell'art. 2 del d.l. n. 34/2020, è

⁶⁷ SRC Toscana, delib. 22/07/2021 (n. 54/2021/PARI), pag. 117, tabella 29, segnala un aumento dei posti letto di terapia intensiva da 350 nel 2019 a 570 a fine 2020, con un aumento di 220 unità pari al 62,8%; i posti di terapia semi-intensiva passano da 399 a 805, con un incremento del 101,7%.

⁶⁸ Con un tasso di realizzazione pari a solo il 23% per i posti di terapia intensiva e del 38% per quelli dell'area medica.

⁶⁹ SRC Calabria, deliberazione del 10.12.2021, "Relazione annessa al giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione Calabria per l'esercizio finanziario 2020", segnala alle pp. 419-424 che a fronte di una previsione di aumento dei posti letto di terapia intensiva da 146 a 280 cui si aggiunge un obiettivo di ulteriori 136 posti di terapia sub intensiva "gli interventi risultano tutti da avviare e il loro completamento è previsto non prima del 2022 inoltrato (in alcuni casi del 2023). Nel complesso risulta di tutta evidenza che la Regione Calabria è ben al di là da rafforzare effettivamente la propria rete territoriale, essendo di fatto tutti gli interventi in corso di pianificazione e previsti nella loro realizzazione nel 2022 inoltrato..."

⁷⁰ SRC Lazio, deliberazione 21/09/2021, Vol. I pag. 69 tabella 22. La tematica è, inoltre, stata trattata anche nella relazione, in corso di deposito, allegata al giudizio di parificazione del rendiconto generale per l'esercizio 2021.

⁷¹ Ufficio Parlamentare di bilancio, 03.08.2022, focus n. 4 pag. 26 e sg.

specificamente dedicata al potenziamento delle terapie intensive. Nel 2019, la dotazione è stata pari, mediamente, a circa 8,6 posti letto per 100.000 abitanti, con i valori più alti (pari o superiori a 10) concentrati in Molise, Veneto, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia.

Tabella 10 - Posti-letto di terapia intensiva “attivi” per 100.000 abitanti, rilevati prima della pandemia e il 29 ottobre 2022

Regioni	Posti letto nelle terapie intensive (31 dicembre 2019)	Posti letto per 100.000 abitanti prima della pandemia	Posti letto “attivi” (rilevazione del 29 ottobre 2022)	Posti letto “attivi” per 100.000 abitanti (rilevazione 29 ottobre 2022)
Piemonte	327	7,6	628	14,6
Valle d’Aosta	10	8,1	13	10,5
Liguria	180	9,9	218	14,4
Lombardia	861	8,6	1.810	18,1
P.A. Bolzano	37	6,9	100	18,7
P.A. Trento	32	5,9	90	16,6
Veneto	494	10,1	1.000	20,5
Friuli-Venezia Giulia	120	10,0	175	14,6
Emilia-Romagna	449	10,1	889	20,0
Toscana	374	9,3	570	15,4
Umbria	70	8,0	86	10,0
Marche	115	7,7	230	15,4
Lazio	571	9,8	943	16,4
Abruzzo	123	9,6	181	14,1
Molise	30	10,2	39	13,3
Campania	335	6,0	575	10,3
Puglia	304	7,7	405	10,3
Basilicata	49	9,0	79	14,5
Calabria	146	5,7	166	8,9
Sicilia	418	8,6	785	16,2
Sardegna	134	8,2	204	12,8
Italia	5.179	8,6	9.186	15,6

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della Salute, dati dalla rilevazione giornaliera dei ricoverati per Covid e dei posti letto nelle terapie intensive, pubblicati sul sito Agenas (estrazione dati: 05/12/2022)

Infine, le CSR 2020 (“considerando” 16) sottolineano che le politiche per il SSN dovrebbero essere orientate, “a rimuovere gli impedimenti alla formazione, all’assunzione e al mantenimento in servizio del personale sanitario” e a “colmare la attuale carenza di investimenti pubblici”.

2.2 La stabilizzazione della spesa sanitaria in rapporto al Pil e il confronto con quella di alcuni Paesi europei

Le politiche di contenimento della spesa sanitaria, condotte attraverso i Piani di rientro regionali e aziendali e la *spending review*, unitamente al monitoraggio costante attuato dai Tavoli tecnici Stato-Regioni, sono state nel corso del decennio passato assai efficaci: (tabella 11), l’aumento della spesa

sanitaria nel triennio 2017-2019 è risultato essere inferiore, rispetto ai tendenziali delineati dal Def 2016, di 7,2 miliardi in valori cumulati, e i disavanzi dei Servizi sanitari regionali si sono ridotti, nell'arco temporale 2012-2020, da 2,1 a 0,7 miliardi⁷²; la spesa sanitaria pubblica corrente, dopo essere variata, nell'arco temporale 2000-2008, ad un tasso circa doppio (+60,4%) rispetto al Pil nominale⁷³ (+31,9%), incrementa, nel periodo 2008-2019, del 6,6%, un valore inferiore di tre punti percentuali alla crescita del Pil (+9,7%); è una crescita estremamente moderata, se confrontata con quella di altri Paesi europei: nel periodo 2008-2019, la spesa sanitaria in valore *pro capite* a parità di potere d'acquisto⁷⁴ è incrementata del 15,4% in Italia, del 34,5% in Francia, del 40,1% nel Regno Unito, e dell'81,4% in Germania.

La Sezione delle autonomie, seguendo in ciò la metodologia della Commissione europea, ha ritenuto di mettere in evidenza le differenze nella spesa *pro capite* nel settore sanitario sia nei confronti dei maggiori Paesi dell'Unione, sia nel confronto tra le Regioni italiane come emergono dalla contabilità nazionale, già nella deliberazione n. 13/SEZAUT/2019/FRG sull'esercizio 2017⁷⁵.

Tabella 11 – Risultati di esercizio consolidato degli enti del SSN, valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti

Descrizione	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Risultati di esercizio	-2.141,80	-1.784,70	-927,70	-1.003,90	-923,00	-1.068,60	-1.084,90	-1.044,0	-733,80	-1.109,2

Fonte: Rapporto RGS n. 9 sul monitoraggio della spesa sanitaria; edizione ottobre 2022, Conto economico degli enti locali sanitari; importi in milioni di euro

I maggiori tassi di crescita della spesa sanitaria pubblica di tali Paesi europei riflettono sia scelte di *policy*, sia la maggiore dinamicità delle rispettive economie: nel 2019, il valore del Pil italiano al netto dell'inflazione era ancora inferiore del 2,8% a quello del 2008, mentre in Germania, Francia e Regno Unito esso è cresciuto, rispettivamente, del 14,6%, dell'11,8% e del 14,9%⁷⁶.

I dati sulla ricchezza prodotta nell'arco temporale 2008-2019 evidenziano che l'Italia ha affrontato la grave crisi sanitaria e sociale del 2020 senza aver pienamente recuperato gli effetti della doppia recessione dell'economia, verificatisi nel 2009 e nel 2013.

⁷² Dati da Conto economico degli enti sanitari locali, risultati di esercizio validati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, al lordo delle coperture disposte dalle Regioni.

⁷³ Fonte: banca dati Istat.

⁷⁴ Fonte: banca dati Ocse.

⁷⁵ Sezione delle autonomie, adunanza del 28.05.2019, pp- 39-43, pag. 52 tabella 18, pag. 53 tabella 19.

⁷⁶ Fonte dati: banca dati Ocse.

Tabella 12 – Variazione della spesa sanitaria *pro capite* a parità di potere d'acquisto e del Pil, in Italia e in alcuni Paesi europei – Anni 2008-2021

Paesi	Descrizione	Anni				Variazioni percentuali		
		2008	2019	2020	2021	2019/2008	2020/2019	2021/2020
Germania	Spesa sanitaria pubblica <i>pro capite</i> a parità di potere d'acquisto ⁽¹⁾	2.968	5.384	5.905	6.351	81,4	9,7	7,6
	Pil nominale ⁽²⁾	2.546.490	3.473.260	3.405.430	3.601.750	36,4	-2	5,8
	Pil in volume ⁽³⁾	2.610.128	2.986.828	2.876.410	2.951.974	14,4	-3,7	2,6
Francia	Spesa sanitaria pubblica <i>pro capite</i> a parità di potere d'acquisto ⁽¹⁾	2.853	4.318	4.632	n.d.	34,5	5	n.a.
	Pil nominale ⁽²⁾	1.992.380	2.437.635	2.310.469	2.500.870	22,4	-5,2	8,2
	Pil in volume ⁽³⁾	2.015.034	2.252.921	2.077.541	2.219.158	11,8	-7,8	6,8
Regno unito	Spesa sanitaria pubblica <i>pro capite</i> a parità di potere d'acquisto ⁽¹⁾	2.597	3.480	4.158	4.466	40,1	20,2	7
	Pil nominale ⁽²⁾	1.995.855	2.526.615	n.d.	n.d.	26,6	n.a.	n.a.
	Pil in volume ⁽³⁾	1.912.827	2.198.072	n.d.	n.d.	14,9	n.a.	n.a.
Italia	Spesa sanitaria pubblica <i>pro capite</i> a parità di potere d'acquisto ⁽¹⁾	2.279	2.629	2.851	3.052	15,4	8,4	7,1
	Pil nominale ⁽²⁾	1.637.699	1.796.649	1.660.621	1.782.050	9,7	-7,6	7,3
	Pil in volume ⁽³⁾	1.672.460	1.626.399	1.479.373	1.579.043	-2,8	-9	6,8

Fonte: elaborazione Corte dei conti su banca dati Ocse, estrazione dati: novembre 2022

⁽¹⁾ I valori a prezzi correnti a parità di potere d'acquisto sono espressi in USD.⁽²⁾ Importi in milioni di euro.⁽³⁾ Valori concatenati, anno base 2010, in milioni di euro.

Dal 2008 al 2019, l'Italia ha ridotto la spesa sanitaria in termini di Pil di due decimi di punto (dal 6,6% al 6,4%), mentre Francia, Germania e Regno Unito l'hanno aumentata di circa due punti percentuali, portandola ad un valore all'incirca pari o superiore al 10%; analogamente la quota di spesa pubblica su quella totale (pubblica e privata), che in Italia si è ridotta dal 77,7% al 76,1%, mentre in Francia, Germania e Regno Unito è stata pari, rispettivamente, all'84,7%, all'85,1% e all'82,9%. In quel periodo, la Germania ha incrementato di dieci punti percentuali l'incidenza della spesa pubblica su quella complessiva (dal 75,1% all'85,1%), la Francia di 8,2 punti percentuali (dal 76,5% all'84,7%), il Regno unito di 1,8 punti percentuali (da 81,1% a 82,8%).

Tabella 13 – La spesa sanitaria pubblica in Italia e nei principali Paesi europei in percentuale di Pil e della spesa sanitaria totale – Anni 2008-2021

Paesi	Descrizione	2008	2018	2019	2020	2021
Francia	Spesa sanitaria in % di Pil	8	9,3	9,3	10,3	n.d.
	In % della spesa sanitaria totale	76,5	83,3	83,6	84,7	n.d.
Germania	Spesa sanitaria in % di Pil	7,7	9,6	9,8	10,9	11
	In % della spesa sanitaria totale	75,1	84,1	84	85,1	86
Grecia	Spesa sanitaria in % di Pil	5,8	4,8	5	5,9	n.d.
	In % della spesa sanitaria totale	65,3	59,2	61,5	61,8	n.d.
Italia	Spesa sanitaria in % di Pil	6,6	6,4	6,4	7,3	7,1
	In % della spesa sanitaria totale	77,7	73,9	73,7	76,1	75,6
Portogallo	Spesa sanitaria in % del Pil	6	5,8	5,8	6,8	7,2
	In % della spesa sanitaria totale	62,5	61,2	60,8	64,5	64
Spagna	Spesa sanitaria in % di Pil	6,1	6,3	6,5	7,8	n.d.
	In % della spesa sanitaria totale	73,3	70,2	70,6	73,3	n.d.
Regno Unito	Spesa sanitaria in % di Pil	7,3	7,7	7,8	9,9	9,9
	In % della spesa sanitaria totale	81	79,3	79,4	82,8	82,9

Fonte: elaborazione Corte dei conti su banca dati Ocse; estrazione dati: agosto 2022

Tabella 14 – Finanziamento e spesa sanitaria *pro capite* – Anni 2010-2022

Descrizione	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Finanziamento ordinario SSN	105.398	106.905	107.961	107.005	109.928	109.715	111.002	112.577	113.404	114.474	120.557	122.061	124.061
Spesa SSN	110.883	110.058	108.570	107.890	109.712	110.008	110.977	112.185	114.423	115.661	122.721	127.834	*133.998
Finanziamento <i>pro capite</i>	1.775	1.798	1.808	1.760	1.808	1.808	1.832	1.861	1.878	1.919	2.035	2.069	
Spesa <i>pro capite</i>	1.829	1.852	1.819	1.775	1.805	1.813	1.832	1.855	1.913	1.939	2.071	2.167	

Fonte: disposizioni normative e relative intese Stato-Regioni; importi in milioni di euro

* Valore previsionale, NaDef 2022.

Tabella 15 – La spesa sanitaria nei Documenti di Economia e finanza – Anni 2016-2022 – Previsioni e risultati 2014-2025

Anni		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
NaDef 2022	Spesa sanitaria								127.834	133.998	131.724	128.708	129.428
	Incidenza % sul Pil								7,2	7,1	6,7	6,2	6,1
	Tasso % di variazione								4,2	4,8	-1,7	-2,3	0,6
Def 2022	Spesa sanitaria					114.423	115.661	122.721	127.834	131.710	130.734	128.872	129.518
	Incidenza % sul Pil					6,5	6,4	7,4	7,2	7	6,6	6,3	6,2
	Tasso % di variazione						1,1	6,1	4,2	3	-0,7	-1,4	0,5
Def 2021	Spesa sanitaria				112.185	114.318	115.710	123.474	127.138*	123.622*	126.231*	124.410*	
	Incidenza % sul Pil				6,5	6,5	6,5	7,5	7,3	6,7	6,6	6,3	
	Tasso % di variazione					1,9	1,20	6,7	3,0	-2,8	2,1	-1,4	
Def 2020	Spesa sanitaria			110.977	112.185	113.869	115.448	119.556*	121.083*				
	Incidenza % sul Pil			6,5	6,5	6,4	6,5	7,2	6,9				
	Tasso % di variazione				1,1	1,5	1,4	3,6	1,3				
Def 2019	Spesa sanitaria		111.224	112.504	113.611	115.410	118.061*	119.953*	121.358*	123.052*			
	Incidenza % sul Pil		6,7	6,7	6,6	6,6	6,6	6,6	6,5	6,4			
	Tasso % di variazione			1,2	1,0	1,6	2,3	1,6	1,2	1,4			
Def 2018	Spesa sanitaria	110.961	111.240	112.372	113.599	115.818*	116.382*	118.572*	120.894*				
	Incidenza % sul Pil	6,80	6,70	6,70	6,60	6,60	6,40	6,30	6,30				
	Tasso % di variazione		0,30	1,00	1,10	2,00	0,50	1,90	2,00				
Def 2017	Spesa sanitaria	110.938	111.245	112.542	114.138*	115.068*	116.105*	118.570*					
	Incidenza % sul Pil	6,8	6,80	6,70	6,70	6,50	6,40	6,40					
	Tasso % di variazione	1,2	0,30	1,20	1,40	0,8	0,90	2,10					
Def 2016	Spesa sanitaria	111.304	112.408	113.376*	114.789*	116.170*	118.505*						
	Incidenza % sul Pil	6,9	6,90	6,80	6,70	0,00	6,50						
	Tasso % di variazione	1	1	0,90	1,20	1,20	2,00						

Fonte: elaborazione Corte dei conti su Def e NaDef; importi in milioni di euro

* Valore previsionale.

3 LE SPESE PER INVESTIMENTI NEL SSN, ANNI 2008-2021

3.1 Gli investimenti per sottosectori delle pubbliche amministrazioni, anni 2008-2021

Nel decennio 2010-2019, la netta caduta degli investimenti si è concentrata soprattutto nel comparto degli enti locali (Regioni, Province, Comuni, enti locali sanitari ed altri enti, che in media realizzano oltre il 60% degli investimenti pubblici), nel quale si riducono in valore assoluto di circa 10 mld, mentre quelli delle amministrazioni centrali⁷⁷ sono rimasti sostanzialmente invariati, pari a circa 17 mld annui. Conseguentemente, la quota degli investimenti del sottosectore enti locali sul totale della pubblica amministrazione decresce, tra il 2008 e il 2019, di otto punti percentuali, dal 64,9% al 56,6%.

Tabella 16 – Gli investimenti pubblici per sottosectori della PA

Descrizione	2008	2017	2018	2019	2020	2021
Amministrazioni pubbliche	51.737	38.584	38.033	41.647	44.916	51.106
Amministrazioni centrali	17.761	17.107	16.608	17.784	19.790	24.019
Stato	8.921	7.677	6.914	7.997	9.758	10.104
Amministrazioni locali ⁽¹⁾	33.597	20.985	21.022	23.553	24.866	27.033
Regioni	4.835	2.289	2.525	2.484	2.376	2.304
Province	2.529	893	880	1.203	1.344	1.495
Comuni	14.347	8.563	8.631	10.191	10.235	11.128
Enti locali sanitari	3.951	2.499	2.403	2.459	3.853	4.083
Enti di previdenza	379	492	403	310	260	54

Fonte: database Istat, investimenti fissi lordi da Conto economico delle pubbliche amministrazioni per sottosectori, edizione dati: ottobre 2022; importi in milioni di euro

⁽¹⁾ Il totale investimenti dell'aggregato si riferisce, oltre agli enti territoriali elencati in tabella, anche ad altri enti locali.

Tale tendenza, che ha trovato una prima “correzione” solo a partire dal 2019, si inverte nel biennio 2020-2021, nel quale le misure di contrasto al Covid e l'avvio dell'attuazione dei programmi del PNRR hanno dato impulso agli investimenti, che crescono, in valore cumulato, di 9,2 miliardi. Gli investimenti degli enti locali sanitari, in particolare, dopo essersi ridotti, nell'arco temporale 2008-2019, del 37,8% (pari in valore assoluto a circa 4 miliardi), nel 2021 registrano una crescita del 66% rispetto al 2019 (+1,6 miliardi), superando in valore assoluto, per la prima volta dopo 13 anni, il livello del 2008.

L'esame degli investimenti per tipo di attività (Tabella 17) evidenzia che, rispetto al 2019, nel 2021 tale aumento si è concentrato soprattutto nelle costruzioni (in totale, +5 mld) e negli impianti e macchinari, in crescita di 2,1 miliardi.

⁷⁷ L'aggregato comprende i Ministeri più altre amministrazioni centrali.

Tabella 17 – Gli investimenti delle pubbliche amministrazioni per tipo di attività – Anni 2017-2021

Descrizione	2017	2018	2019	2020	2021
Totale capitale fisso per tipo di attività	38.276	37.766	41.470	42.706	50.846
Totale costruzioni	19.394	19.155	21.253	21.145	26.155
abitazioni	111	128	177	227	n.d.
fabbricati non residenziali e altre opere	19.283	19.027	21.076	20.918	n.d.
fabbricati non residenziali	6.945	7.059	7.039	7.468	n.d.
opere stradali	4.396	3.997	5.118	4.966	n.d.
altre opere del genio civile	7.942	7.971	8.919	8.484	n.d.
Impianti e macchinari e armamenti	8.368	7.763	9.056	10.265	12.588
impianti e macchinari	4.318	4.142	4.795	6.593	6.936
mezzi di trasporto	703	584	868	1.066	n.d.
apparecchiature <i>ict</i>	1.100	860	885	1.382	n.d.
altri impianti e macchinari	2.515	2.698	3.042	4.145	n.d.
armamenti	4.050	3.621	4.261	3.672	5.652
Prodotti di proprietà intellettuale	10.514	10.848	11.161	11.296	12.103
ricerca e sviluppo	7.636	7.881	8.123	7.969	n.d.
<i>software</i> e basi di dati, originali di opere artistiche, letterarie o d'intrattenimento	2.878	2.967	3.038	3.327	n.d.

Fonte: database Istat, investimenti delle pubbliche amministrazioni per tipo di attività, edizione dati ottobre 2022; importi in milioni di euro

3.1.1 La dotazione di capitale del SSN, anni 2008-2019

Per quanto riguarda il SSN, il confronto tra lo *stock* di capitale al lordo e al netto degli ammortamenti evidenzia che, nel periodo 2008-2019, a partire dal 2013 gli investimenti fissi lordi annui non sono stati più sufficienti a compensare il deprezzamento e l'obsolescenza della dotazione di capitale, il cui valore netto, dopo essere cresciuto del 16,7% nell'arco temporale 2008-2012, si riduce dell'8,2% negli anni 2013-2019.

Tabella 18 – Dotazione di capitale del SSN – Anni 2008-2019

Descrizione	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ammortamenti	6.132,3	6.549,3	6.897,3	7.178,4	7.297,4	7.141,0	7.122,0	7.177,1	7.258,5	7.351,1	7.417,6	7.592,0
Stock attività non finanziarie (lordo)	117.331,8	125.056,1	133.034,8	140.520,0	144.195,8	143.568,3	143.854,3	144.742,2	145.896,4	147.584,7	149.736,3	151.865,6
Stock attività non finanziarie (netto)	73.543,6	77.471,5	81.791,9	85.234,4	85.786,3	83.867,3	82.163,2	80.905,9	79.586,6	79.057,7	78.772,2	78.751,6

Fonte: Istat; importi in milioni di euro

3.1.2 Gli investimenti fissi lordi per il SSN, anni 2008-2019 (dati di competenza economica)

Gli investimenti fissi lordi complessivi per il SSN crescono da 7,6 a 9,1 miliardi nel triennio 2008-2010, per poi subire un costante ridimensionamento dal 2011 al 2018, con i valori minimi, pari a poco più di 5 miliardi annui, che si concentrano nel triennio 2014-2016. Solo il 2019 inverte la tendenza negativa dei precedenti otto anni, segnando una crescita del 15,5% rispetto al 2018. L'esame per categorie di beni

evidenza che la riduzione degli investimenti è stata più accentuata nelle costruzioni, il cui valore, nel 2019, è circa un quarto di quello del 2010, mentre la spesa annua per impianti e macchinari si è mantenuta pressoché invariata, al di sotto dei 3 miliardi annui, dal 2008 al 2016, registrando una crescita solo nel triennio 2017-2019 (4,7 miliardi nell'ultimo anno). Nel periodo considerato, gli investimenti per la digitalizzazione crescono costantemente, in particolare quelli in tecnologie informatiche (Ict) ed apparecchiature elettroniche (computer e *hardware*); si riducono, invece, gli investimenti immateriali in ricerca e sviluppo, *software*, e basi di dati.

In generale, la spesa per investimenti in Sanità non solo appare assai modesta in percentuale sul totale della spesa sanitaria, ma anche estremamente erratica, se come segnala la SRC Piemonte in sede di parifica 2020 la spesa per investimenti è stata di 7,7 milioni nel 2018, 245 nel 2019 e 103,4 nel 2020⁷⁸.

Nella presente fase di attuazione degli impegni contratti con l'Unione europea per l'accesso ai fondi RRF, diventa essenziale sotto il profilo conoscitivo e operativo, e quindi anche per il controllo, uno scrutinio dei meccanismi che hanno reso lenta e difficile la spendita dei finanziamenti previsti dall'art. 20, co. 1, della legge 11 marzo 1988, n. 67. Si trattava di uno dei maggiori programmi di spesa per investimento nella storia recente, al quale le Sezioni riunite in sede di controllo della Corte dei conti hanno dedicato uno scrutinio d'insieme nel 2021⁷⁹. Da esso emerge come sui 24 miliardi inizialmente previsti ne sono stati ripartiti con accordi di programma 12,8 miliardi di cui 11,2 ammessi al finanziamento per un totale di 2.472 interventi. Risultano ancora da utilizzare 10,4 miliardi. Nel frattempo, la legge è stata più volte rifinanziata per un totale di quasi 34 miliardi di euro teoricamente disponibili. Alcune SRC della Corte dei conti hanno dedicato specifiche analisi allo stato di attuazione dei programmi di investimento della legge n. 67/1988, portando elementi per la comprensione della estrema difficoltà di effettiva attuazione degli investimenti. Si tratta di procedure multilivello di estrema complessità cui ha dedicato un approfondimento la SRC Toscana in sede di parifica sul rendiconto 2021⁸⁰. La SRC per il Piemonte⁸¹ nelle relazioni allegate al giudizio di parifica 2020 e 2021 ha affrontato il problema sullo stato di realizzazione dei 6 grandi progetti di edilizia sanitaria dei quali solo uno (ospedale di Verduno) avviato e realizzato⁸² facendo anche riferimento agli indicatori del

⁷⁸ SRC Piemonte, deliberazione 28/07/2021 "giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione Piemonte per l'esercizio finanziario 2020", vol. III, pag. 183.

⁷⁹ RCFP 2021, pag. 303 e segg.

⁸⁰ Relazione allegata al giudizio di parifica del rendiconto generale del bilancio regionale della Toscana 2021, capitolo XI "Il sistema di finanziamento degli investimenti in Sanità" pag. 76 e segg. In particolare, vedi nota 43.

⁸¹ SRC Piemonte, deliberazione 27/07/2022, "giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione Piemonte per l'esercizio finanziario 2021", Vol. III, pp. 207-225.

⁸² SRC Piemonte, 28/07/2021, giudizio di parificazione 2020, vol. III pag. 196: "Dagli aggiornamenti che precedono, relativi alla realizzazione delle grandi opere sopra citate, si evince che, ad eccezione dell'Ospedale di Verduno, che risulta completamente operativo, nel 2020 tutte le altre opere sono rimaste sostanzialmente ferme...". Giudizio ribadito in sede di parificazione del rendiconto 2021, con la deliberazione 27/07/2022, vol. III, pag. 223: "Dagli aggiornamenti forniti, escludendo l'ospedale di Verduno (già entrato in funzione nel 2020), per nessuna delle opere risulta avviata la fase della concreta realizzazione. Continuano a non essere definite neppure le fasi precedenti e si procede, comunque, con un'estrema lentezza, che mal si concilia con l'esigenza di miglioramento dell'edilizia sanitaria evidenziata nelle precedenti relazioni di questa Sezione...".

grado di obsolescenza delle strutture ospedaliere⁸³. La SRC per il Lazio⁸⁴ ha dato conto in sede di parifica 2020 del vasto programma di investimenti seguito alle delibere CIPE n. 16/2013, n. 32/2018, n. 51/2019 facendo stato sul percorso procedimentale di ciascun riparto. La SRC Liguria in occasione della parifica del rendiconto 2020 ha svolto una approfondita analisi dello stato di avanzamento di tutti i progetti del programma finanziato con la l. n. 67/1988, dedicando tra l'altro un paragrafo alla questione del nuovo ospedale Galliera (che la Sezione monitora dalla relazione per l'esercizio 2014) che è di particolare interesse per le criticità segnalate nel procedimento di assegnazione della gara⁸⁵.

Tabella 19 – Gli investimenti fissi lordi per il SSN – Anni 2008-2019

Descrizione	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Totale capitale fisso per tipo di attività	7.586,9	8.617,0	9.111,0	7.942,6	6.943,8	6.027,8	5.327,6	5.532,4	5.163,1	5.988,8	5.993,4	6.920,9
Totale costruzioni	3.575,5	4.147,3	4.585,0	3.924,0	3.573,1	2.517,0	1.687,7	1.501,9	1.182,7	1.205,6	1.177,7	1.135,9
Impianti e macchinari	2.470,2	2.922,2	2.930,7	2.653,8	2.059,5	2.316,3	2.524,9	2.792,1	2.943,0	3.765,7	3.803,7	4.728,8
Mezzi di trasporto	143,6	151,7	135,6	138,8	48,5	88,0	82,1	96,9	113,1	126,0	121,3	135,5
Apparecchiature <i>ict</i>	185,9	197,5	253,1	250,9	178,8	203,7	210,3	312,4	332,7	472,9	314,6	581,9
Computer <i>hardware</i>	111,7	120,0	142,9	142,1	120,7	142,2	127,8	242,1	194,7	327,8	190,3	384,5
Telecomunicazioni	74,3	77,5	110,2	108,8	58,1	61,5	82,4	70,3	138,0	145,1	124,3	197,4
Altri impianti e macchinari	2.140,7	2.573,0	2.542,0	2.264,1	1.832,2	2.024,5	2.232,5	2.382,8	2.497,2	3.166,8	3.367,8	4.011,3
Prodotti di proprietà intellettuale	1.541,2	1.547,4	1.595,3	1.364,8	1.311,2	1.194,5	1.115,1	1.238,4	1.037,5	1.017,5	1.012,0	1.056,1
Ricerca e sviluppo	1.013,2	966,7	1.028,2	860,6	794,0	835,5	839,3	919,7	802,0	730,6	715,0	738,5
<i>Software</i> e basi di dati	528,0	580,7	567,1	504,3	517,2	359,0	275,8	318,7	235,5	286,9	297,0	317,6

Fonte: database Istat, dati di contabilità nazionale; importi in milioni di euro

3.2 Le differenze regionali nella spesa *pro capite* per investimenti degli enti sanitari, anni 2020-2021 (dati di cassa RGS-SIOPE)

In base ai dati di cassa rilevati dal sistema informativo Siope⁸⁶, nel 2021 i pagamenti per gli investimenti fissi lordi degli enti del SSN sono stati pari a 2,3 miliardi, in crescita del 41,8% rispetto al 2019 (1,6 mld), con un valore *pro capite* di 36,6 euro (v. tabella 20), in aumento del 37,1% rispetto al 2019 (26,7 euro). I pagamenti effettuati nel 2020 (v. tabella 21), pari a complessivi 1,9 miliardi, a fronte di un valore medio nazionale di 29,8 euro, evidenziano su base regionale scostamenti significativi tra le diverse realtà territoriali; i valori più elevati, superiori del 200% al dato nazionale, si rilevano innanzitutto nelle Regioni a statuto speciale del Nord (Valle d'Aosta, 84 euro, Trentino-Alto Adige, 65 euro, e Friuli-Venezia Giulia, 62 euro). Tra quelle a statuto ordinario, tutte le Regioni del Nord, ad eccezione del

⁸³ SRC Piemonte, deliberazione 27/07/2021 vol. III, pag. 223. IL monitoraggio è proseguito in sede di parifica sul bilancio 2021, pag. 565-579.

⁸⁴ SRC Lazio deliberazione 21/09/2021 "Relazione di accompagnamento alla decisione di parifica - esercizio finanziario 2020" vol. I pag. 69 e segg.

⁸⁵ SRC Liguria, deliberazione 22/07/2021 pagg. 581-592.

⁸⁶ Fonte: RGS, Quaderni del portale OpenBDAP, monitoraggio annuale degli investimenti fissi lordi di cassa del settore pubblico (dati 2016-2021); data pubblicazione: agosto 2022.

Piemonte (24 euro), si collocano al di sopra della media nazionale, così come, tra le Regioni meridionali, Puglia, Basilicata, Abruzzo e, tra le Isole, la Sardegna. Viceversa, si collocano al di sotto della media tutte le altre Regioni del Sud e, tra quelle del Centro, Marche (27 euro), Umbria (21 euro) e Lazio (12 euro). Gli scostamenti negativi maggiori rispetto alla media si registrano in Calabria (10 euro) e Campania (9 euro).

Tabella 20 – Gli investimenti *pro capite* degli enti sanitari nel 2021 (dati di cassa SIOPE)

Regione	Valori assoluti (in mln di €)	Valori <i>pro capite</i> (in euro) ⁽¹⁾	Variazioni % spesa <i>pro capite</i> rispetto al 2019
Trentino-Alto Adige	77	72	10,4
Valle d'Aosta	8	68	-19,0
Puglia *	268	68	97,6
Veneto	295	60	22,4
Friuli-Venezia Giulia	59	49	-20,9
Sardegna	74	46	43,8
Abruzzo *	58	45	17,5
Toscana	155	42	16,6
Basilicata	23	42	18,4
Emilia-Romagna	177	40	1,4
Marche	57	38	42,0
<i>Pro capite nazionale</i>		36,6	37,1
Piemonte	146	34	37,9
Sicilia *	144	30	35,5
Liguria	45	30	-27,1
Lombardia	277	28	1,7
Molise *	8	27	19,5
Lazio *	152	27	35,3
Umbria	20	24	1,4
Campania *	102	18	24,3
Calabria *	25	13	25,2
Totale	2.171		

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS Siope; importi in milioni di euro e *pro capite* in euro

⁽¹⁾ Regioni in ordine per valore *pro capite* decrescente.

* Regioni in piano di rientro.

Tabella 21 – Investimenti degli enti del SSN – Anno 2020 (dati di cassa SIOPE)

Regione	Importi in valore assoluto (in milioni)	Importi <i>pro capite</i> (in euro) ⁽¹⁾
Valle d'Aosta	10	84
Trentino-Alto Adige	70	65
Friuli-Venezia Giulia	75	62
Veneto	231	47
Puglia*	178	45
Liguria	62	40
Emilia-Romagna	175	39
Toscana	133	36
Basilicata	19	35
Abruzzo*	44	34
Lombardia	308	31
Sardegna	51	31
<i>Pro capite nazionale</i>		29,8 ⁽²⁾
Marche	40	27
Piemonte	104	24
Molise*	7	22
Umbria	18	21
Sicilia*	104	21
Lazio*	70	12
Calabria*	19	10
Campania*	49	9
<i>Totale</i>	1.767	-
<i>Riclassificazioni</i>	172	-
Totale a consuntivo	1.939	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS Siope, pubblicati nei Quaderni OpenBdap sugli investimenti pubblici, edizione marzo 2021; importi in milioni di euro e *pro capite* in euro

⁽¹⁾ Regioni in ordine per valore *pro capite* decrescente.

⁽²⁾ Valore medio al netto delle riclassificazioni.

* Regioni in piano di rientro.

Tabella 22 – Investimenti fissi lordi *pro capite* per codice di spesa – Anno 2021

Regione	Terreni e giacimenti	Fabbricati	Impianti e macchinari	Attrezzature sanitarie e scientifiche	Mobili e arredi	Automezzi	Altri beni materiali	Immobilizzazioni immateriali	Spesa totale
Abruzzo	0,18	15,12	1,46	16,39	1,63	0,26	1,69	0,37	48
Basilicata	0,00	16,69	0,05	20,48	1,54	0,13	1,55	0,57	23
Calabria	0,00	3,76	0,71	6,28	0,65	0,77	0,63	0,16	25
Campania	0,00	3,00	0,32	6,02	0,62	0,11	0,83	0,43	65
Emilia-Romagna	0,00	16,23	1,76	15,12	1,10	0,97	2,00	2,51	177
Friuli-Venezia Giulia	0,00	29,14	0,59	12,70	2,08	0,41	3,54	0,52	59
Lazio	0,00	2,98	1,34	4,07	0,32	0,08	2,59	0,31	67
Liguria	0,00	13,43	1,50	11,44	1,13	0,20	1,47	0,30	45
Lombardia	0,00	7,34	2,06	10,93	1,03	0,19	3,43	1,96	270
Marche	0,00	3,06	0,92	16,59	1,17	0,15	14,71	1,39	57
Molise	0,00	0,00	0,00	15,90	0,24	0,63	3,45	5,84	8
Piemonte	0,00	10,74	2,36	16,50	1,21	0,17	1,52	1,14	145
Puglia	0,03	37,94	1,46	20,50	1,33	0,80	1,11	4,21	266
Sardegna	0,00	5,46	0,53	17,79	1,82	0,03	17,17	1,39	71
Sicilia	0,00	7,80	1,92	14,49	0,91	0,38	1,75	1,78	141
Toscana	0,03	20,95	7,52	7,62	1,85	0,40	1,75	1,82	155
Trentino-Alto Adige	0,00	12,69	0,00	19,17	5,16	2,23	23,43	8,98	77
Umbria	0,00	6,77	0,00	13,20	0,90	0,31	1,81	0,12	20
Valle d' Aosta	0,00	34,60	0,00	19,90	1,50	5,85	1,65	4,27	8
Veneto	0,00	19,46	5,35	20,04	2,64	1,21	5,24	5,31	289
Totale									2.016

Fonte: Quaderni OpenBdap della RGS, edizione aprile 2022, valori di cassa, SIOPE; importi in milioni di euro

3.2.1 Differenze regionali nell'incidenza degli investimenti sul finanziamento corrente per l'anno 2020 (dati di cassa SIOPE)

Esaminando il valore degli investimenti in percentuale del finanziamento corrente regionale⁸⁷ per il 2020, a fronte di un valore medio nazionale dell'1,4%, il distretto del Nord-est del paese e, in particolare, gli enti sanitari delle Regioni a statuto speciale del Nord, hanno impiegato risorse percentualmente pari o superiori al 3% del finanziamento complessivo; anche le Regioni a statuto ordinario del Centro-nord si collocano al di sopra di tale media, con le sole eccezioni di Lombardia, che registra un valore di poco inferiore (1,5%) e Piemonte (1,15%). Al di sotto della media nazionale (1,4%) si collocano invece tutte le Regioni meridionali in Piano di rientro (tranne la Puglia, 2,3%, e l'Abruzzo, 1,7%). Tra queste, i valori più bassi si rilevano nel Lazio (0,6%), Campania (0,4%), Calabria (0,5%).

Tabella 23 – Investimenti in percentuale del finanziamento corrente – Anno 2020

Descrizione	Investimenti fissi lordi degli enti del SSN	Finanziamento corrente spesa regionale	Investimenti in % del finanziamento regionale
Valle d'Aosta	10,46	271,90	3,85
Trentino-Alto Adige	70,00	2.216,00	3,16
Friuli-Venezia Giulia	75,06	2.532,00	2,96
Puglia*	177,86	7.774,00	2,29
Veneto	230,88	10.425,00	2,21
Liguria	61,67	3.328,00	1,85
Emilia-Romagna	174,81	10.120,00	1,73
Basilicata	19,16	1.109,00	1,73
Abruzzo*	43,54	2.551,00	1,71
Toscana	132,79	8.039,00	1,65
Sardegna	50,59	3.288,00	1,54
Lombardia	308,45	21.090,00	1,46
Valore medio nazionale			1,43
Marche	40,46	3.064,00	1,32
Piemonte	104,14	9.049,00	1,15
Sicilia*	103,83	9.683,00	1,07
Molise*	6,55	652,00	1,00
Umbria	18,39	1.820,00	1,01
Lazio*	70,37	11.633,00	0,60
Calabria*	19,31	3.549,00	0,54
Campania*	48,92	11.038,00	0,44
Totale	1.767,00	123.230,50	

Fonte: elaborazione Corte dei conti da Quaderni RGS Siope, ed. marzo 2021 per gli investimenti di cassa; da Rapporto RGS n. 9 sul monitoraggio del SSN, ed. ottobre 2022, "Conto economico degli enti sanitari locali per il finanziamento effettivo dei SSR; importi in milioni di euro

⁸⁷ Fonte: Conto economico degli EE. SS. LL., dati al IV trimestre.

3.2.2 La ripartizione degli investimenti tra gli enti del SSN

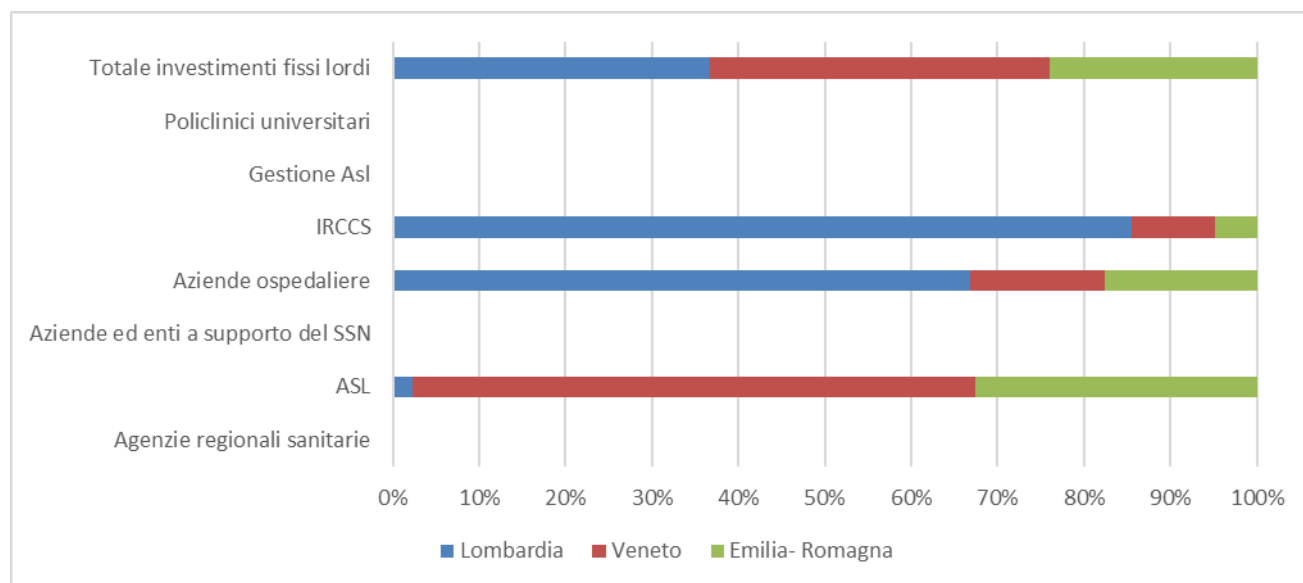
L'osservazione della ripartizione degli investimenti tra gli enti dei Servizi sanitari regionali (v. tabella 24) mette in luce la pluralità delle forme organizzative adottate dalle Regioni, con riguardo sia ai differenti "mix" di offerta di servizi tra operatori pubblici e privati accreditati sia all'articolazione territoriale del servizio tra aziende ospedaliere e sanitarie. Limitando il confronto alle tre Regioni più performative nella garanzia dei LEA (come risultate dal monitoraggio del NSG per il 2019), Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna, emergono due modelli, il primo, quello lombardo, centrato maggiormente sulle aziende ospedaliere, mentre il secondo, di Veneto ed Emilia-Romagna, più bilanciato tra ospedale e territorio. In particolare, la Lombardia, nel 2021, ha effettuato investimenti per 270 milioni di euro, di cui il 96,3%, pari a circa 221 milioni, realizzati da aziende ospedaliere, il 15,1% dagli Irccs (40,7 mln), mentre le Asl hanno gestito il 3,1% della spesa complessiva, pari a 8,3 milioni. All'opposto il Veneto, che ha effettuato investimenti per 289 milioni, di cui l'80,6%, pari a 232,9 milioni, gestiti dalle Asl, il 17,9% dalle aziende ospedaliere (51,6 mln), e l'1,6% dagli IRCCS (4,6 mln). In Emilia-Romagna, gli enti sanitari hanno effettuato investimenti per 177 milioni, di cui la quota maggioritaria, il 67,8%, pari a 116,6 milioni, effettuati dalle Asl, il 33,9% (58,3 mln) dalle aziende ospedaliere, e l'1,3% dagli IRCCS (2,3 mln).

La presente osservazione mira esclusivamente a mettere in evidenza che, per una compiuta valutazione dell'efficacia ed economicità degli investimenti, i sistemi sanitari regionali debbano fare i conti con un insieme di fattori ordinamentali, normativi e gestionali, fortemente differenziati sulla base di norme, atti di programmazione regionali, come, del resto, emerge dagli esiti delle verifiche della magistratura contabile territorialmente competente. Per una analisi fruttuosa dei programmi di investimento, oltre al fondamentale programma della l. n. 67/1988, serve una integrazione con quelli previsti, per i centri urbani maggiori, dall'art. 71, co. 1, della l. n. 448/1998⁸⁸. A questi due programmi va aggiunto l'intervento consentito all'INAIL sulla base dei d.P.C.M. 24 dicembre 2018 e d.P.C.M. 4 febbraio 2021⁸⁹. Debbono essere integrati soprattutto con le programmazioni regionali laddove esse prevedono investimenti aggiuntivi, autorizzano gli enti all'indebitamento, ad alienazioni patrimoniali e strumenti quali il partenariato pubblico-privato e il dialogo competitivo che, per taluni investimenti maggiori, integrano le fonti di finanziamenti statali.

⁸⁸ "Piano straordinario per la realizzazione di interventi di riorganizzazione e di riqualificazione dell'assistenza sanitaria in alcuni grandi centri urbani, tenendo in particolare considerazione quelli situati nelle aree centro-meridionali".

⁸⁹ "iniziative urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria valutabili dall'INAIL nell'ambito dei propri piani triennali di investimento immobiliare".

Grafico 1 - Ripartizione degli investimenti fissi lordi per ente sanitario, in Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna - Anno 2021



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati da RGS Siope

Tabella 24 - Investimenti fissi lordi degli Enti del SSN - Anno 2021 - Valori di cassa

Regione	Agenzie regionali sanitarie	ASL	Aziende ed enti a supporto del SSN	Aziende ospedaliere	Gestione ASL	Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico	Policlinici universitari	Totale spesa per IFL (in mln di €)
Veneto	0,0	232,9	0,0	51,6	0,0	4,6	0,0	289
Lombardia	0,0	8,3	0,0	221,1	0,0	40,7	0,0	270
Puglia	0,0	207,2	0,0	55,7	0,0	3,5	0,0	266
Emilia-Romagna	0,0	116,6	0,0	58,3	0,0	2,3	0,0	177
Toscana	0,1	91,5	0,0	63,2	0,0	0,0	0,0	155
Piemonte	0,0	99,6	0,0	45,5	0,0	0,0	0,0	145
Sicilia	0,0	84,2	0,0	49,0	0,0	8,3	0,0	141
Trentino-Alto Adige	0,0	77,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	77
Sardegna	0,0	41,7	0,0	29,5	0,0	0,0	0,0	71
Lazio	0,0	48,3	0,0	12,2	0,0	6,7	0,0	67
Campania	0,0	14,9	0,0	30,8	0,0	8,6	0,0	54
Friuli-Venezia Giulia	0,0	52,6	0,0	0,0	0,0	6,5	10,5	70
Marche	0,0	31,0	0,0	24,1	0,0	2,4	0,0	57
Abruzzo	0,0	48,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	48
Liguria	0,0	28,2	0,0	0,0	0,0	16,7	0,0	45
Calabria	0,0	13,5	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0	25
Basilicata	0,0	8,9	0,0	10,7	0,0	3,0	0,0	23
Umbria	0,0	11,5	0,0	8,6	0,0	0,0	0,0	20
Valle d'Aosta	0,0	8,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8
Molise	0,0	7,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati da RGS Siope; importi in milioni di euro

4 IL CONTO ECONOMICO CONSOLIDATO DEL SSN PER L'ANNO 2021 (DEF 2022)

In base ai dati presentati con il Documento di economia e finanza 2022, la spesa sanitaria corrente per l'anno 2021 è stata pari a 127,8 mld⁹⁰, in crescita del 4,2% rispetto al 2020, con un incremento, in valore assoluto di 5,1 mld, in buona parte ascrivibile all'aumento dei consumi intermedi (circa +3,9 mld) dovuto alle spese finalizzate a contrastare l'emergenza pandemica, sostenute, oltretutto dagli enti sanitari, anche dal Commissario di cui all'art. 122 del d.l. n. 18/2020 (v. tabella 25).

Di seguito, si espone sinteticamente il dettaglio, per categoria economica della spesa 2021 e delle variazioni percentuali rispetto al 2020.

Redditi da lavoro dipendente

La spesa per i redditi da lavoro dipendente, pari a 38,2 miliardi, incrementa del 2,2% rispetto al 2020. Tale incremento riflette le maggiori risorse finanziarie, previste dall'art. 1, co. 5, del d.l. n. 34/2020 e l'art. 18-bis del d.l. n. 41/2021, finalizzate alle nuove assunzioni e al pagamento delle indennità Covid-19 al personale medico e infermieristico.

Consumi intermedi

I consumi intermedi, 43,1 miliardi, sono l'aggregato di spesa che ha registrato l'incremento più rilevante, pari al 10,1%, a fronte di tassi medi di crescita annui, negli anni precedenti alla pandemia,

⁹⁰ Di seguito, una sintesi dei principali provvedimenti normativi che hanno finanziato l'incremento di spesa nel biennio 2020-2021:

- a) d.l. n. 18/2020 (articoli 1 e 2): finanziamenti aggiuntivi (pari a 1,4 mld) destinati all'assunzione di personale, agli incentivi al personale medico e sanitario, e al rifinanziamento del Fondo per le emergenze nazionali (I fondi del FEN hanno finanziato l'acquisto di dispositivi per l'assistenza ventilatoria, la possibilità di requisire beni e servizi sanitari in caso di necessità, e strutture alberghiere per ospitarvi assistiti in sorveglianza sanitaria), pari a 1,7 mld;
- b) d.l. n. 34/2020 (articoli 1 e 2): ulteriori interventi per l'anno 2020, pari a circa 5,0 mld (parte con un incremento del FSN e parte a carico del FEN), finalizzati al potenziamento dell'assistenza territoriale (istituzioni e rafforzamento delle Unità di assistenza territoriale, "USCA", in ragione di una ogni 50.000 abitanti) e della rete ospedaliera, con l'obiettivo di incrementare, a livello nazionale, i posti letto di terapia intensiva di almeno 3.500 unità, e quelli di terapia semi-intensiva di 4.225 unità, fino a raggiungere un rapporto, per singola Regione, di 0,14 posti letto ogni 1.000 abitanti. Sono state assegnate anche ulteriori risorse finanziarie per remunerare il personale che ha svolto il lavoro nel contesto emergenziale, e disporre ulteriori assunzioni al fine di potenziare l'assistenza ospedaliera e territoriale;
- c) d.l. n. 34/2020, art. 117, c. 3: dispone l'obbligo per le Regioni di erogare ai propri servizi sanitari, entro il 31/12/2020, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2020 dallo Stato a titolo di finanziamento del SSN, di quelle per i *pay back* della spesa farmaceutica e delle risorse proprie destinate al finanziamento dei rispettivi servizi sanitari. Il risultato del recente monitoraggio condotto dal Tavolo tecnico ha certificato che tutte le Regioni hanno adempiuto all'obbligo, ad eccezione del Molise e della Sicilia, che hanno trasferito solo il 99% delle risorse complessivamente destinate ai servizi sanitari;
- d) d.l. n. 104/2020 (art. 29): disposizioni per il recupero delle liste d'attesa legate a patologie non Covid, finanziate con trasferimenti alle Regioni pari a 478 milioni, e prorogate anche per il 2021;
- e) d.l. n. 41/2021 (art. 24, co. 1): dispone l'istituzione, nello stato di previsione del MEF, di un fondo, pari a 1 mld, per il rimborso definitivo delle spese sostenute dalle Regioni e PP. AA., nel corso del 2020, per conto del Commissario straordinario e della Protezione civile, finalizzate a fronteggiare l'emergenza sanitaria;
- f) d.l. n. 73/2021: proroga anche per il 2021 il finanziamento in materia di liste di attesa;
- g) d.l. n. 73/2021, art. 26, co. 4 (accantonamenti su fondi Covid non utilizzati nel corso del 2020) dispone, in favore delle Regioni e PP.AA., la flessibilità nell'impiego delle risorse loro assegnate dai decreti-legge nn. 18, 34 e 104 dell'anno 2020 per le attività di contrasto alla pandemia: tali risorse finanziarie, qualora non utilizzate nel corso del 2020, debbono essere accantonate ed impiegate per le medesime finalità nel successivo anno (previa validazione da parte del ministero della Salute e del Tavolo tecnico di monitoraggio). Al riguardo, il monitoraggio condotto dal Tavolo tecnico segnala che le Regioni Lazio, Molise, Campania, Puglia, Calabria, hanno effettuato nel corso del 2020 accantonamenti a valere sui finanziamenti Covid.

inferiori all'1%. Tale incremento è attribuibile, in via prevalente, (+13,1%) alle spese per la campagna vaccinale sostenute dal Commissario straordinario e dalla Protezione civile⁹¹ (quantificate, nel biennio 2020-2021, in circa 1,1 e 3,2 mld), e, in via secondaria, a quelle per l'acquisto di prodotti farmaceutici in uso in ambito ospedaliero e per la distribuzione diretta ai pazienti (+3,5%), in particolare di quelli innovativi ad alto costo per la cura delle patologie oncologiche e dell'epatite C.

Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market

La spesa sostenuta dal SSN per l'acquisto di beni e servizi prodotti dagli erogatori privati accreditati, dalle aziende private per l'assistenza farmaceutica convenzionata e dai medici di base per l'assistenza medico-generica in convenzione, è stata pari a 41,8 miliardi, in incremento complessivamente dell'1,8% rispetto al 2020. In tale aggregato, il lieve aumento della spesa per la farmaceutica convenzionata (+0,7%), dopo anni di costante decrescita, riflette il maggiore coinvolgimento delle farmacie nelle attività di contrasto alla pandemia. Di seguito, l'andamento delle altre due componenti.

Spesa per l'assistenza medico-generica in convenzione

Malgrado l'incremento degli oneri connessi al maggior ricorso all'assistenza medico-generica per le attività di contrasto alla pandemia, la spesa per tale componente, pari a 7,2 mld, risulta inferiore del 3,3% rispetto al 2020; tale riduzione è dovuta all'imputazione, nel 2020, dei costi (inclusivi degli arretrati) relativi al rinnovo delle convenzioni del triennio 2016-2018 per l'annualità 2018.

Spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato

I consumi intermedi, 43,1 miliardi, sono l'aggregato di spesa che ha registrato l'incremento più rilevante, pari al 10,1. L'insieme della spesa per prestazioni (ospedaliere, specialistiche, riabilitative) acquistate dagli erogatori privati accreditati è stata pari a 27,3 miliardi, in aumento del 3,5% rispetto al 2020. Tale crescita, superiore a quella registratasi nel 2020 (+ 2,4%), è in parte dovuta alle disposizioni normative approvate nel corso del biennio 2020/2021, volte al recupero delle prestazioni non Covid non erogate durante il periodo più acuto della pandemia, che hanno consentito ai privati accreditati di erogare prestazioni anche oltre i budget di spesa programmati per il 2021 (art. 26, co. 2, d.l. n. 73/2021), di integrare i contratti previsti per il 2021 anche con la somministrazione dei vaccini (art. 1, co. 465, l. n. 178/2020).

Altre componenti di spesa

Nel 2021 il livello di spesa per tale componente è stato pari a 4,7 miliardi, in decremento del 7,9% rispetto al 2020. Su tale decremento ha influito il recupero delle entrate connesse alla produzione di servizi vendibili, e alle vendite residuali che costituiscono poste attive portate a compensazione della spesa. In tali aggregati sono contabilizzate le entrate derivanti dalle attività intramoenia e dal

⁹¹ Art. 122 del d.l. n. 18/2020.

pagamento dei ticket da parte degli utenti, che nel 2021 hanno parzialmente recuperato la perdita di incassi verificatasi nel 2020 in conseguenza della pandemia.

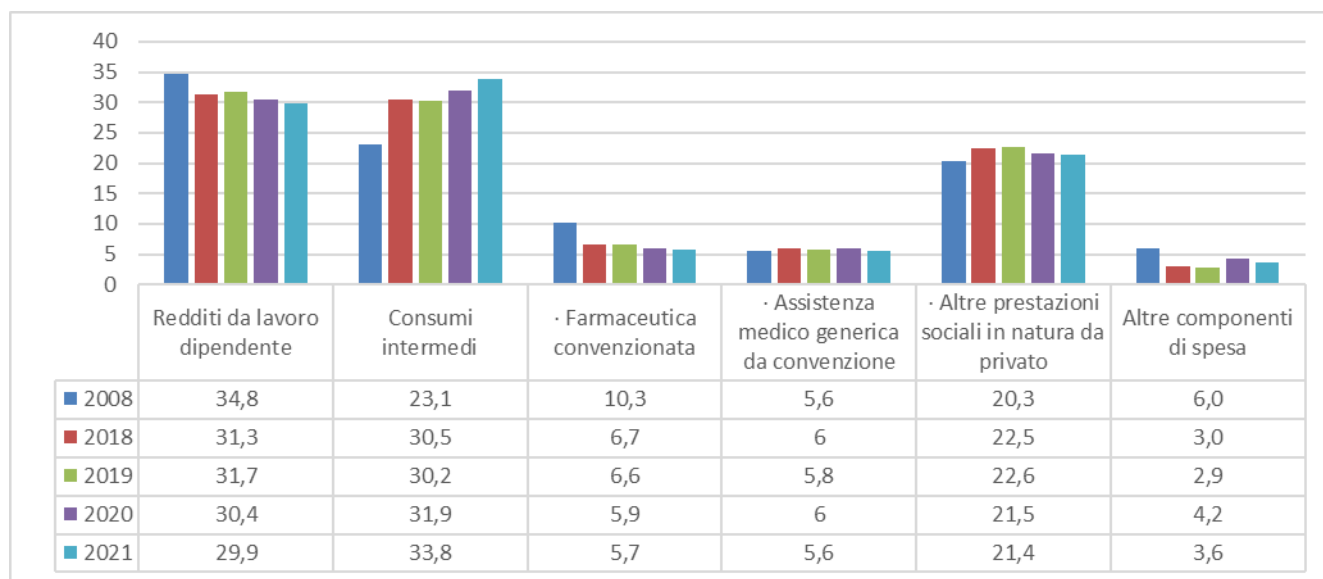
Tabella 25 - Conto economico consolidato del SSN, anni 2017-2021

Descrizione	2017	2018	2019	2020	2021	Var. % 2021-2020
Redditi da lavoro dipendente	34.862	35.730	36.705	37.352	38.188	2,2
Consumi intermedi	34.280	35.206	35.231	39.185	43.146	10,1
Beni e servizi da produttori market, di cui:	39.301	40.079	40.416	41.085	41.805	1,8
- Farmaceutica convenzionata	7.624	7.566	7.581	7.290	7.344	0,7
- Assistenza medico generica da convenzione	6.672	6.818	6.656	7.403	7.155	-3,4
- Altre prestazioni sociali in natura da privato	25.005	25.695	26.179	26.392	27.306	3,5
Altre componenti di spesa	3.742	3.408	3.309	5.099	4.659	7,9
Totale spesa sanitaria corrente	112.185	114.423	115.661	122.721	127.834	4,2

Fonte: DEF anni vari; importi in milioni di euro

Nell'arco temporale 2008-2019, la composizione della spesa sanitaria in percentuale del totale (v. grafico 2) evidenzia il ridimensionamento di quella per i redditi da lavoro dipendente, che decresce di tre punti, dal 34,8 al 31,7%, e l'incremento di sette punti percentuali dei consumi intermedi, dal 23,1 al 30,2%; tale andamento riflette il blocco del *turn over* e delle altre misure di contenimento delle dinamiche retributive, particolarmente stringenti nel periodo 2012-2019, nel quale la spesa per i redditi da lavoro dipendente è incrementata, in valori percentuali cumulati, dell'1,1%, pari, in valore assoluto, a 0,347 mld.

Si riduce, invece, sia in termini relativi che assoluti, la spesa farmaceutica convenzionata (dal 10,3 al 6,6%), e cresce di 2,3 punti quella per gli acquisti di servizi dal privato accreditato (dal 20,3 al 22,6%). Nel biennio segnato dalla pandemia (2020/2021), la crescita dei consumi intermedi (+21,3% in termini cumulati sul 2019, pari ad un valore assoluto di + 8 mld) segna una dinamica ben più accentuata di quella dei redditi da lavoro dipendente (+4%, pari a +1,5 mld), determinando una riduzione dell'incidenza di quest'ultimi, nel biennio considerato, dal 31,7 al 29,9% dei costi totali.

**Grafico 2 – Composizione della spesa sanitaria per categorie economiche, in percentuale del totale
Anni 2008 e 2018-2021**

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati da Conto consolidato della sanità (Def 2022 e Rapporti RGS sul monitoraggio della spesa sanitaria)

4.1 La spesa sanitaria e le altre principali voci di spesa nel conto consolidato delle pubbliche amministrazioni

4.1.1 La spesa corrente nel periodo 2008-2019

Nell'arco temporale 2008-2019, una quota crescente della spesa pubblica è stata assorbita dalla erogazione delle prestazioni sociali in denaro (pensionistiche e assistenziali), la cui incidenza sulla spesa corrente primaria aumenta di circa 5 punti percentuali, dal 43,8% al 48,3%, mentre si riduce, dal 17,1% al 15,5%, quella destinata alla erogazione dei servizi sanitari (v. tabella 26).

Nel periodo 2008-2019 la spesa corrente al netto degli interessi aumenta complessivamente di 125 miliardi, di cui 83,9 mld per le prestazioni sociali in denaro (pensionistiche e assistenziali), e 8,6 mld per i servizi sanitari.

In valori percentuali, le uscite primarie correnti crescono del 18,4%, la spesa per le prestazioni sociali in denaro incrementa del 30%, quella per il SSN del 7%.

In termini di Pil, la spesa sanitaria regredisce di due decimi di punto, dal 6,6% al 6,4%, mentre quella per le prestazioni sociali in denaro (pensionistiche e assistenziali) incrementa di 3,2 punti percentuali, dal 16,9% al 20,1%.

4.1.2 Gli investimenti fissi lordi nel periodo 2008-2019

Nel periodo 2008-2019 gli investimenti fissi lordi diminuiscono del 19,9%, passando da 51,7 a 41,5 miliardi (v. tabella 26), e l'incidenza sul Pil cala di circa un punto percentuale, da 3,2% a 2,3%. Tali valori evidenziano un netto divario rispetto ai principali paesi europei: secondo i dati della Commissione europea⁹², nel 2019 l'incidenza media degli investimenti sul Pil nei Paesi dell'Unione è stata pari al 3,0%, e l'Italia si colloca in terz'ultima posizione, prima di Spagna (2,1%) e Portogallo (1,8%), mentre Francia e Germania sono, rispettivamente, al 3,7% e al 2,4% del prodotto. In valore assoluto, nel 2019 gli investimenti pubblici in Italia, 41,5 miliardi, sono stati inferiori di oltre il 50% a quelli di Francia (89,0 mld) e Germania (83,1 mld). Nel periodo 2008-2019 è progressivamente aumentato il divario nei confronti dell'Unione europea: nel 2008 gli investimenti pubblici in Italia (3,2% del Pil) erano inferiori di 0,3 punti percentuali rispetto al dato medio europeo (3,5%), mentre nel 2019 la "forbice" si è allargata a 0,7 punti percentuali.

Nei saldi di finanza pubblica, tale riduzione (-19,9%), assieme a quella della spesa per interessi (-25%), ha parzialmente "compensato" l'incremento della spesa corrente primaria (+18,4%).

4.1.3 La spesa corrente e di investimento nel biennio 2020-2021

In tale biennio si registra, oltre ad un marcato aumento della spesa corrente dovuto alle misure di contrasto al Covid-19 e alla recessione economica, anche l'auspicata inversione di tendenza nella spesa per gli investimenti fissi lordi. L'incidenza della spesa sanitaria sulle uscite correnti netto interessi, pari al 15,5% nel 2019, aumenta, nel biennio considerato, rispettivamente al 16,4% e al 15,7%, mentre quella delle prestazioni sociali in denaro incrementa dal 48,3% (nel 2019) al 50% nel 2020, per poi ridursi, nel 2021, al 48,9%. Gli investimenti fissi lordi crescono, cumulativamente, del 22,2%, recuperando la lunga flessione accumulata durante il periodo 2008-2019 (-19,9%). Gli stessi nel 2021, in valore assoluto, sono stati pari a 50,8 miliardi (2,9% del Pil), di poco inferiori (-1 mld) alla spesa del 2008 (51,7 mln).

⁹² Fonte: Banca dati Commissione europea, "Ameco".

Tabella 26 – Conto economico delle pubbliche amministrazioni – Anni 2008 e 2016-2021

Descrizione	Anni							Variazioni percentuali				Variazioni % medie	
	2008	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2019/08	2019/16	2020/19	2021/20	2016-19	2020-21
Totale spesa corrente	712.864	776.646	780.007	798.544	808.852	855.839	877.996	13,5	4,2	5,8	2,6	1,1	4,2
di cui: Spesa per interessi	80.436	66.388	65.457	64.595	60.362	57.317	63.753	-25	-9,1	-5	11,2	-2,4	3,1
Spesa corrente primaria	632.428	710.258	714.550	733.949	748.490	798.522	814.243	18,4	5,4	6,7	2,0	1,4	4,4
<i>di cui: Spesa sanitaria*</i>	108.144	110.977	112.185	114.423	115.661	122.721	127.834	7,0	2,4	6,1	4,2	0,6	5,2
Spesa primaria corrente al netto della spesa sanitaria	525.367	599.281	602.365	619.631	632.829	675.801	686.409	20,5	5,6	6,8	1,6	1,4	4,4
Incidenza spesa sanitaria su spesa corrente primaria	17,1	15,6	15,95	15,6	15,5	16,4	15,7						
Incidenza % spesa sanitaria sul Pil	6,6	6,5	6,5	6,5	6,4	7,4	7,2						
Spesa per pensioni e altre prestazioni sociali in denaro	277.270	336.370	341.404	348.474	361.203	399.169	397.905	30,3	7,4	10,5	-0,3	1,9	5,1
Inc. % spesa per prestazioni sociali in denaro sulla spesa primaria corrente	43,8	47,4	47,8	47,5	48,3	50	48,9						
Incidenza spesa pensionistica e altre prestazioni sociali in denaro sul Pil	16,9	19,8	19,7	19,7	20,1	24,1	22,3						
Totale spesa in conto capitale	70.507	55.619	66.800	58.439	62.036	88.581	108.172	-12	11,5	42,8	22,2		
<i>di cui: investimenti fissi lordi</i>	51.737	39.276	38.276	37.830	41.469	42.449	50.848	-19,9	5,6	2,4	19,8	1,4	11,1
Incidenza investimenti fissi lordi sul Pil	3,2	2,3	2,2	2,1	2,3	2,6	2,9						
Pil nominale	1.637.699	1.695.787	1.736.593	1.771.566	1.796.649	1.660.621	1.782.050	9,7	6,0	-7,6	7,3		

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Def 2019 (anni 2016-2018, dati coerenti con la comunicazione Istat del 3 aprile 2019), e Istat (Conto economico delle pubbliche amministrazioni, dati di contabilità nazionale, prezzi correnti, edizione ottobre 2018). Anni 2019-2020: Def 2022; anno 2021: NaDef 2022; importi in milioni di euro

4.1.4 La spesa sanitaria nel Conto della Protezione sociale (Sespros), anni 2016-2021

Il Conto della protezione sociale (“Sespros”)⁹³, che riassume le uscite di bilancio per sanità, previdenza e assistenza, condensa la triplice “peculiarità” della spesa sociale italiana, se confrontata con quella europea: la relativamente bassa incidenza della spesa sanitaria su quella per le prestazioni sociali, l’alta incidenza di quella pensionistica, e delle prestazioni per invalidità sul totale di quelle assistenziali. I dati relativi al periodo 2008-2019 evidenziano che la componente sanità sul totale dell’aggregato si riduce di 3,8 punti percentuali, dal 26,5% (nel 2008) al 23,3% (nel 2019), mentre cresce di due decimi di punto l’incidenza delle prestazioni pensionistiche (dal 65,9% al 66,1%), e di 2,9 punti percentuali quella delle prestazioni assistenziali, dal 7,9% al 10,8%. Il sottodimensionamento delle prestazioni assistenziali per gli individui e le famiglie in condizione di disagio economico, tuttavia, è stato parzialmente rivisto dai recenti provvedimenti di sostegno al reddito approvati nel triennio scorso, come il Reddito di cittadinanza (anno 2019), o le estensioni del *bonus* Irpef ai lavoratori dipendenti (anno 2020), e il Reddito di emergenza (REM), introdotto dal d.l. n. 34/2020 per i nuclei familiari in difficoltà a causa dell’emergenza pandemica. *“Tali misure hanno comportato, per la prima volta a partire dal 2019, una prevalenza, tra le prestazioni assistenziali, delle uscite per le misure di sostegno al reddito e contro la povertà rispetto a quelle per l’invalidità”*⁹⁴.

Nel biennio 2020-2021 incrementa significativamente la spesa per le prestazioni assistenziali a sostegno del reddito delle famiglie e delle persone, erogate a seguito dei provvedimenti emergenziali approvati nel 2020/21. Nel 2021, rispetto al 2019, le prestazioni assistenziali sono aumentate in valore assoluto di 15,7 mld, (+29%)⁹⁵, con un’incidenza percentuale sul totale della spesa sociale che cresce dal 10,8% al 12,7%, un valore superiore all’incremento della spesa sanitaria, pari a 12,2 miliardi, che segna, invece, un’incidenza sull’aggregato stabile (dal 23,3% nel 2019 al 23,4% nel 2021). La spesa pensionistica registra l’incremento in valore assoluto più consistente, pari a +23,6 mld, mentre in percentuale del totale si riduce dal 66% al 64,2%.

⁹³ Il Sespros è il Conto per la protezione sociale, elaborato da Eurostat per confrontare tra i paesi europei le spese delle pubbliche amministrazioni per le funzioni sanità, previdenza e assistenza.

⁹⁴ Fonte: Corte dei conti, Sezioni riunite, Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica, anno 2020.

⁹⁵ L’erogazione delle prestazioni assistenziali è stata ampliata, a partire dal 2022, con l’approvazione di una nuova prestazione sociale in denaro, l’Assegno unico universale, introdotto con il d.lgs. n. 230/2021, avente la finalità di sostenere le famiglie con figli e la natalità. Questa importante misura introduce per la prima volta, in Italia, uno strumento di sostegno finanziario al reddito delle famiglie su base universalistica.

Tabella 27 – Sespros, Conti della protezione sociale – Anni 2008 e 2019-2021

Settore di intervento	2008				2019				2020				2021			
	Sanità	Previdenza	Assistenza	Totale protezione sociale	Sanità	Previdenza	Assistenza	Totale protezione sociale	Sanità	Previdenza	Assistenza	Totale protezione sociale	Sanità	Previdenza	Assistenza	Totale protezione sociale
Uscite correnti	107.061	266.684	31.951	404.813	115.661	327.483	53.782	495.952	122.721	351.819	69.326	542.356	127.834	351.127	69.509	547.008

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ISTAT, Conti della Protezione sociale, Conti economici consolidati, amministrazioni pubbliche, ed. aprile 2022; importi in milioni di euro

4.2 Le stime della spesa del SSN per l'anno 2022 e le previsioni per il triennio 2023-2025 (confronto tra Def e NaDef 2022)

Per la spesa sanitaria la dimensione programmatica ha un rilievo preminente in quanto è il momento che fa da premessa all'effettiva erogazione "corretta ed efficace della prestazione" come stabilisce la sentenza n. 142 del 2021 della Corte costituzionale nella quale si sottolinea che la funzione della perimetrazione nel bilancio delle risorse destinate alla sanità, prescritta dall'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011 è funzionale alla programmazione e poi alla effettiva erogazione del servizio di cui è premessa: *"Ciò al fine di garantire l'effettiva programmabilità e la reale copertura finanziaria dei servizi, la quale – data la natura delle situazioni – deve riguardare non solo la quantità ma anche la qualità e la tempistica delle prestazioni costituzionalmente necessarie"*⁹⁶. È quindi imprescindibile un pur sommario riferimento ai più rilevanti documenti di programmazione previsti da legge, a livello nazionale (legge n. 196/2009) e a livello regionale.

La NaDef 2022 prevede che la spesa sanitaria, dopo essere cresciuta in valori cumulati, nel triennio 2020-2022, di 16,1 miliardi⁹⁷, nel triennio 2023-2025 diminuisca di 4,6 miliardi, riportando l'incidenza sul Pil, nel 2025, al 6,0%, un livello inferiore di due decimi di punto alle previsioni del Def 2022 (6,2%), e di quattro decimi di punto rispetto al 2019 (6,4% del Pil). Il calo dell'incidenza è l'effetto di una elevata stima di crescita annua media del prodotto interno lordo nominale, pari al 4,2%, in conseguenza dell'importante piano di stimolo all'economia introdotto con gli investimenti per il PNRR, e di una variazione media annua della spesa sanitaria (nel triennio 2023-2025) negativa, pari a -1,1%.

La Nota di aggiornamento, inoltre, ridetermina in 134 miliardi la spesa sanitaria per l'anno in corso, incrementandola di circa 2,3 mld rispetto alle stime del Def di aprile (131,7 mld), con una variazione del tasso di crescita in aumento dal 3,0% al 4,8%; tale incremento è da attribuirsi, prevalentemente, ai maggiori costi sostenuti dagli enti sanitari in conseguenza dell'aumento dei prezzi dell'energia. Il quadro previsivo del Def 2022 ipotizzava, per il 2022, a fronte di una contenuta crescita dei consumi intermedi (+1,8%, a fronte del +10,1% del 2021), un incremento del 9,9% della spesa per i redditi da lavoro dipendente, in conseguenza delle disposizioni normative introdotte con la legge di bilancio 2022, che autorizzano, nel corrente anno, la stabilizzazione del personale medico e sanitario assunto con contratti a termine durante la fase più acuta della pandemia, e il rinnovo dei contratti del personale non dirigente del SSN. Secondo il documento del Governo di aprile scorso, tali incrementi di spesa corrente saranno più che compensati, a partire dal 2023, dalla simultanea riduzione degli oneri conseguenti al

⁹⁶ Corte costituzionale, sent. n. 142/2021, udienza pubblica dell'11/05/2021, pubblicata in GU 14/07/2021.

⁹⁷ Il dato, per il 2022, prende a riferimento la stima NaDef 2022.

rinnovo dei contratti del personale non dirigente del SSN e delle convenzioni per il triennio 2019-2021, dal venir meno dei costi sostenuti dal Commissario straordinario⁹⁸ per la gestione della emergenza pandemica, e dalle misure di razionalizzazione della spesa già programmate.

Tabella 28 – Confronto NaDef-Def 2022 sulle previsioni della spesa sanitaria – Anni 2022-2025

Descrizione	Tipologia documento	2022	2023	2024	2025	Variazione cumulata 2023-2025/2022
Spesa sanitaria	NaDef 2022	133.998	131.724	128.708	129.428	-4.600
	Def 2022	131.710	130.734	128.872	129.518	-2.192
Tasso di variazione	NaDef 2022	4,8	-1,7	-2,3	0,6	
	Def 2022	3,0	-0,7	-1,4	0,5	
In percentuale di Pil	NaDef 2022	7,1	6,7	6,2	6,1	
	Def 2022	7,0	6,6	6,3	6,2	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NadeF e Def 2022; importi in milioni di euro

4.2.1 Le previsioni tendenziali di spesa, anni 2022-2025, nel Conto economico consolidato delle pubbliche amministrazioni (NaDef 4 novembre 2022)

Nel quadriennio 2022-2025 l'incidenza della spesa sanitaria sulla spesa corrente primaria del Conto economico della PA a legislazione vigente, presentato nella NaDef di novembre scorso, è prevista ridursi dal 15,4% al 14,4% (v. tabella 29), mentre, nello stesso arco temporale, la spesa pensionistica incrementa di circa cinque punti percentuali, dal 34,2% al 39,5%, e quella per le altre prestazioni sociali assistenziali si riduce dal 12,9% al 12,1%. Rispetto al 2022, nel triennio 2023-2025 la spesa pensionistica cresce in valori cumulati di circa 58 miliardi, di cui circa 37 miliardi per effetto della elevata inflazione attesa e dei correlati meccanismi di indicizzazione della spesa⁹⁹.

Tra le revisioni quantitative introdotte dalla NaDef 2022, particolarmente rilevante appare anche quella sulla stima dei consumi intermedi per il 2022, in crescita di 4,1 mld rispetto alle previsioni di aprile, di cui circa 2,3 imputabili ai maggiori costi a carico degli enti del SSN dovuti al rincaro dei prezzi delle fonti energetiche.

Riguardo, invece, agli investimenti, il quadro previsionale per il periodo 2022-2025 delinea, rispetto agli anni precedenti alla pandemia, un cambiamento significativo nella composizione della spesa pubblica, determinato dalla realizzazione dei traguardi e obiettivi del PNRR finanziati con le risorse

⁹⁸ Art. 122, d.l. n. 18/2020.

⁹⁹ In merito alla spesa pensionistica e per prestazioni sociali nel triennio 2023-2025, si riporta di seguito uno stralcio dalla "Memoria della Corte dei conti sulla Nota di aggiornamento del Def 2022", presentata nello scorso mese di novembre presso la Commissione speciale della Camera dei deputati: "[...] mentre la spesa per le altre prestazioni sociali si alleggerisce degli oneri associati all'erogazione delle indennità una tantum nel 2022 e torna quindi sui livelli presentati nel DEF, quella per pensioni risente (con un anno di ritardo) della maggiore inflazione e viene corretta in aumento, rispetto al DEF, per 2,9 miliardi nel 2023 (dato l'aggiustamento contenuto del tasso di inflazione del 2022), e per ben 17 miliardi nel 2024 e nel 2025. Alla fine del periodo di previsione la spesa di natura strettamente pensionistica torna a rappresentare oltre i tre quarti della spesa per prestazioni sociali in denaro, quota sostanzialmente analoga a quella del 2019, con il conseguente riassorbimento della restante spesa sociale che, nell'anno della pandemia, aveva sfiorato il 30 per cento (29,5 per cento)".

del dispositivo europeo (oltreché da quelle aggiuntive nazionali): gli investimenti fissi lordi, pari in media, nel triennio 2017-2019, al 5,4% della spesa corrente netto interessi, nel periodo 2023-2025 crescono fino all'8,2% dell'aggregato, mentre, nell'arco temporale 2019-2025, gli stessi in termini di Pil incrementano di 1,4 punti percentuali, dal 2,3% al 3,6% del prodotto.

Tabella 29 – NaDef 2022 – Conto economico consolidato delle pubbliche amministrazioni – Spesa previsionale tendenziale – Anni 2021-2025

Descrizione	Anni				
	2021	2022	2023	2024	2025
Totale spesa corrente	877.996	947.944	951.871	969.079	987.536
di cui:					
- Redditi da lavoro dipendente	176.548	188.236	187.104	185.238	186.053
- Consumi intermedi	157.228	166.930	165.593	162.839	163.506
- Spesa per interessi	63.753	77.234	81.559	80.325	87.098
Spesa corrente primaria	814.243	870.760	870.312	888.754	900.438
di cui:					
- Spesa sanitaria	127.834	133.998	131.724	128.708	129.428
- Spesa per pensioni e altre prestazioni sociali	397.905	409.220	428.270	453.610	464.530
a) Spesa pensionistica	286.280	297.350	321.390	345.380	355.420
b) Spesa per altre prestazioni sociali	111.625	111.870	106.880	108.230	109.110
Incidenza % su spesa corrente primaria e Pil:					
Incidenza spesa sanitaria sulla spesa corrente primaria	15,7	15,4	15,1	14,5	14,4
Incidenza spesa sanitaria sul Pil	7,2	7,0	6,6	6,2	6,0
Incidenza spesa pensionistica su spesa corrente primaria	35,2	34,1			39,5
Incidenza altre prestazioni sociali su spesa corrente primaria	13,8	12,9			12,1
Incidenza spesa totale per pensioni e altre prestazioni sociali in denaro sulla spesa corrente primaria	48,9	46,9			51,6
Totale spesa in conto capitale	108.172	81.707	100.753	94.728	101.617
di cui:					
- Investimenti fissi lordi	50.846	49.035	66.072	72.513	78.503
Incidenza % investimenti fissi lordi sul Pil	2,9	2,6	3,3	3,5	3,6
Pil nominale tendenziale (x 1.000)	1.782,1	1.903,3	1.990,2	2.076,6	2.151,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NaDef del 4 novembre 2022; importi in milioni di euro

5 IL PNRR E GLI OBIETTIVI PER IL SSN: LA RIDUZIONE DEI DIVARI TERRITORIALI E L'EQUITÀ

Il PNRR Italia presentato alla Commissione europea il 30 aprile 2021 - dopo l'approvazione delle due mozioni parlamentari che autorizzavano il Governo alla trasmissione - è un esercizio incrementale che solo inizialmente si compone di sei macro-missioni¹⁰⁰, suddivise a loro volta in 190 misure, con 132 investimenti e 58 riforme, ma che nella sua forma fissata nella decisione di esecuzione del Consiglio n. 10161/2021 del 6 luglio 2021 e dal documento di analisi della Commissione che accompagna la proposta di decisione il 22 giugno 2021¹⁰¹ è disaggregato in 527 obiettivi (213 *milestones* e 314 *targets*), cui si aggiungono ulteriori 621 obiettivi a carattere nazionale, per un totale di 1.148 obiettivi. Tutto ciò è ben evidenziato dalle Sezioni riuniti in sede di controllo della Corte dei conti, nella prima relazione al Parlamento ai sensi dell'art. 7, co. 7 del d.l. n. 77/2021¹⁰².

Per la Missione 6, Salute, qui di interesse, sempre con l'obiettivo di ridurre i divari territoriali, alle risorse complessivamente assegnate, pari a circa 20,2 miliardi di euro¹⁰³, la Commissione europea ha aggiunto ulteriori fondi propri per 625 milioni. Tali fondi sono finalizzati a finanziare il Programma nazionale "Equità nella Salute", con l'obiettivo di favorire l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari delle fasce della popolazione in condizioni di difficoltà, e sono riservati a sette Regioni del Mezzogiorno, classificate come "Regioni meno sviluppate"¹⁰⁴ dalla decisione di esecuzione (UE) 2021/1130 della Commissione europea del 5 luglio 2021. Il programma si articola su quattro priorità di intervento: contrasto della povertà sanitaria, salute mentale, salute di genere, maggiore copertura degli *screening* oncologici.

5.1 Le risorse per il SSN (Missione 6 - Salute)

Le risorse a disposizione della Missione Salute sono, come evidenziato, pari a 20,2 mld, di cui 15,6 finanziate dal *Recovery and Resilience Facility* (RFF), 2,9 dal Fondo nazionale complementare, e 1,7 mld dal *Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe* (React-EU); riguardo, invece, al complesso delle 6 Missioni del PNRR, è previsto che almeno il 40% delle risorse "territorializzabili", pari a circa 82

¹⁰⁰ Le 6 Missioni sono: 1) Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura; 2) Rivoluzione verde e transizione ecologica; 3) Infrastrutture per una mobilità sostenibile; 4) Istruzione e ricerca; 5) Inclusione e coesione; 6) Salute. Per rafforzare il valore perequativo ed equitativo degli investimenti programmati, il Piano prevede che alle Regioni del Mezzogiorno venga attribuito almeno il 40% delle risorse territorializzabili.

¹⁰¹ Commissione europea 22/06/2021 SWD (2021) 165 *final*.

¹⁰² Sezioni riunite in sede di controllo della Corte dei conti, Relazione semestrale PNRR, 28/03/2022.

¹⁰³ L'intento è di conseguire diversi obiettivi: rafforzare la prevenzione e l'assistenza sul territorio e l'integrazione fra servizi sanitari e sociali; garantire equità di accesso alle cure e nell'erogazione delle prestazioni; ammodernare la dotazione delle strutture del SSN in termini di qualità del capitale umano e formazione, risorse digitali, strutturali strumentali e tecnologiche; promuovere la ricerca scientifica.

¹⁰⁴ Tra quelle del Mezzogiorno, l'Abruzzo è l'unica non classificata come "Regione meno sviluppata" (Allegato I), perché ricompresa tra le "Regioni in transizione" (Allegato II).

miliardi, sarà assegnato alle Regioni meridionali. Tale soglia in favore delle Regioni meridionali implementerà quegli interventi di perequazione infrastrutturale fra aree geografiche, già previsti (ma non attuati) dal processo di revisione in senso federalista della Costituzione e dei rapporti tra Stato e Autonomie territoriali avviato nel 2001, e affida agli enti territoriali, in quanto “enti attuatori”, un ruolo cruciale nella realizzazione del Piano, poiché circa il 37% delle risorse (fonte: stima RGS) previste dal Dispositivo di ripresa e resilienza (pari a 191,5 miliardi), ossia 66 miliardi, sarà destinato alla realizzazione di investimenti e, in misura marginale, anche di riforme da attuare da parte di Regioni, Comuni, Città metropolitane, enti locali sanitari. Il piano degli investimenti previsti dalla Missione 6 (Salute) del PNRR nell’arco temporale 2022-2026 concentra gran parte degli interventi attuativi, relativi all’ampliamento dell’assistenza territoriale e all’ammodernamento tecnologico (rispettivamente, Componente 1 e 2 della Missione 6), soprattutto nell’ultimo triennio (2024/2026).

Gli interventi previsti nel PNRR¹⁰⁵ dovranno coniugarsi, in parte anche integrandosi, con quelli attualmente in corso di realizzazione o previsti nell’ambito dell’attività di investimento promossa dalle Regioni e dallo Stato, tra i quali vi rientrano anche gli investimenti ai sensi dell’art. 20 della legge finanziaria n. 67/88. In tale contesto assume, dunque, rilevanza una forte capacità di realizzare gli interventi previsti in un arco temporale circoscritto e limitato, oltre che l’adeguatezza delle risorse finanziarie finalizzate agli investimenti. Come illustrato nel “Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica” delle Sezioni riunite in sede di controllo *“le tessere del mosaico che si viene componendo restituiscono una immagine in cui convivono elementi positivi e tracce antiche, ma anche più recenti, di difficoltà di attuazione che richiedono una particolare attenzione”*¹⁰⁶.

Gli ambiti di intervento della Missione 6 sono riconducibili a due componenti fondamentali:

- M6C1: sviluppo delle reti di prossimità, strutture e telemedicina, per l’assistenza sanitaria in ambito territoriale;
- M6C2: investimenti in ricerca, digitalizzazione ed innovazione delle apparecchiature tecnologiche ospedaliere.

Nella tabella seguente, le risorse finanziarie disponibili per le due componenti:

¹⁰⁵ Il piano degli investimenti previsti dal PNRR si pone l’obiettivo di migliorare le prestazioni erogate sul territorio attraverso il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell’assistenza domiciliare (per raggiungere il 10 per cento della popolazione con più di 65 anni, in particolare coloro che hanno patologie croniche o non sono autosufficienti), lo sviluppo della telemedicina e l’assistenza remota (con l’attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali), e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. A queste misure si affiancano progetti per il rinnovamento e l’ammodernamento del parco tecnologico e delle attrezzature per diagnosi e cura, con l’acquisto di 3.133 nuove grandi attrezzature, e delle infrastrutture ospedaliere, ad esempio con interventi di adeguamento antisismico; per il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico; per una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza. Inoltre, rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del Servizio sanitario nazionale con specifici programmi di formazione per il personale medico e amministrativo.

¹⁰⁶ Cfr. SSRR in sede di controllo, Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica, cit., p. 300.

Tabella 30 - PNRR – Missione 6 Salute

PNRR				
Missione 6 Salute	Fonti finanziamento			
	RFF	Fondo complementare	React EU	Totale
M6C1- Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale	7,00	0,50	1,50	9,0
M6C2- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN	8,63	2,39	0,21	11,23
Totale risorse	15,63	2,89	1,71	20,23

Fonte: elaborazione Corte dei conti; importi in miliardi di euro

5.2 Gli interventi previsti per le Componenti C1 e C2 della Missione 6 – Salute del PNRR

5.2.1 La Componente M6C1

Il Piano mette al centro degli interventi innanzitutto il potenziamento e l'ampliamento dell'assistenza territoriale (domiciliare e residenziale), ossia di quei servizi erogati in ambito distrettuale dal SSN, che, secondo il Rapporto di monitoraggio del NSG dei LEA per il 2019, hanno registrato le criticità più diffuse rispetto alle altre due aree di intervento (prevenzione e ospedaliera), e in particolare, per il predetto anno, nelle Regioni Valle d'Aosta, Basilicata e Calabria e nella Provincia autonoma di Bolzano.

A tal fine sono previsti l'istituzione dei seguenti servizi:

- Case della comunità e presa in carico della persona (strumento per coordinare sul territorio tutti i servizi offerti, in particolare per i malati cronici): si prevede l'attivazione di almeno 1.350 Case della Comunità entro il 2026;
- Casa come primo luogo di cura e telemedicina (l'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni di assistenza domiciliare, fino all'obiettivo, da raggiungere entro la metà del 2026, di prendere in carico almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni, in particolare di coloro che presentano una o più patologie croniche e/o non sono autosufficienti. A tale scopo è prevista l'attivazione, entro il 2024, di almeno 600 Centrali operative territoriali (COT), una per ogni distretto sanitario;
- Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia: istituzione degli ospedali di comunità, per ricoveri di media/bassa intensità clinica, a gestione prevalentemente infermieristica, dotati di 20/40 posti-letto. Si prevede di realizzare, entro la prima metà del 2026, 400 Ospedali di Comunità, rinnovati, interconnessi e tecnologicamente attrezzati, con un investimento pari a circa 1 mld di euro.

5.2.2 La Componente M6C2

Le principali attività riguardano:

- riorganizzazione rete IRCCS;
- ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero: l'investimento prevede l'acquisizione di 3.133 nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico (Tac, risonanze magnetiche, Acceleratori lineari, Gamma Camera /TAC, Ecotomografi, Sistema radiologico fisso, Angiografi ecc.), in sostituzione di quelle con una vetustà maggiore di 5 anni;
- potenziamento del livello di digitalizzazione di 280 strutture sanitarie sede di dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA);
- intervento, attuativo dell'art. 2 del d.l. n. 34/2020, per il rafforzamento strutturale degli ospedali del SSN, tale da garantire lo standard di 0,14 posti letto di terapia intensiva per 1.000 abitanti, e di +4.225 posti letto di semi-intensiva. Il *target*, da rendicontare alla Commissione europea entro il primo semestre 2026, prevede quindi la creazione di 7.700 posti letto aggiuntivi, di cui 3.500 in terapia intensiva e 4.225 in subintensiva;
- l'investimento complessivo previsto per tali interventi è pari a 4,1 mld, di cui 1,4 per progetti già avviati dal Ministero della Salute relativamente al rafforzamento dell'offerta di posti-letto in emergenza relativi all'art 2 del d.l. n. 34/2020;
- investimenti per migliorare la sicurezza degli ospedali pubblici, adeguandoli agli standard di sicurezza in area sismica, per un valore complessivo pari a 1,64 mld;
- fascicolo sanitario elettronico: potenziamento del FSE, al fine di garantirne la diffusione e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale. Le risorse previste per tale investimento sono pari a 1,4 mld, di cui 0,6 relativi al progetto già in essere di realizzazione del sistema di tessera sanitaria elettronica;
- infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute per analisi dati e modello predittivo per garantire la sorveglianza sanitaria;
- sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del SSN. L'investimento mira a rafforzare la formazione in medicina di base, attraverso:
 1. l'incremento delle borse di studio di medicina generale;
 2. l'avvio di un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere;
 3. i progetti formativi per lo sviluppo di percorsi di acquisizione di competenze di management per i professionisti del SSN;
 4. 4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi, per un ciclo completo di studi (5 anni), a partire dal 2020.

5.2.3 I traguardi e gli obiettivi per la Missione 6 – Salute del PNRR da conseguire entro il 2022

Con decreto dell'8 agosto 2022, il MEF ha adottato il piano di programmazione finanziaria e strategica per l'attuazione del PNRR per l'arco temporale 2021-2026, determinando gli importi finanziari da assegnare a ciascuna amministrazione titolare degli interventi, e il cronoprogramma dei "traguardi" (gli impegni di tipo "qualitativo", come l'approvazione di riforme legislative, decreti attuativi ecc.) e degli "obiettivi" (investimenti, infrastrutture digitali ecc.), da rendicontare semestralmente alla Commissione europea per ottenere i relativi rimborsi. Per il SSN, ente titolare degli interventi è il Ministero della Salute che, con l'Agenas, coordina le Regioni, qualificate come "soggetti attuatori" degli investimenti. Riguardo alla Missione 6, nel primo biennio (2021-2022) prevalgono le misure di tipo qualitativo ("traguardi"), come l'approvazione, entro il 31/12/2021, del Piano di riorganizzazione per l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, l'entrata in vigore, entro il 30/06/2022, del decreto del Ministero della Salute per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, e l'aggiudicazione, entro il 31/12/2022, dei relativi appalti, mentre nel quadriennio 2023-2026 prevalgono le misure quantitative ("obiettivi", come la realizzazione di nuovi servizi territoriali, di ospedali di comunità, degli investimenti in apparecchiature tecnologiche ospedaliere e in infrastrutture digitali per la telemedicina e l'interoperabilità del FSE ecc., vedere per i dettagli il *focus* PNRR). Tutti gli interventi da rendicontare alla Commissione europea entro il 30 giugno 2022 sono stati conseguiti: infatti, il Ministero della Salute, di concerto con le Regioni, ha approvato il Piano per l'ammodernamento del parco tecnologico e il Regolamento che definisce i nuovi modelli e *standard* dell'assistenza territoriale (d.m. n. 77/2022); tutte le Regioni hanno sottoscritto, con il Ministero della Salute, entro il 30 giugno 2022, i Contratti istituzionali di sviluppo (Cis), che includono gli *action plan* e le relative schede di intervento con i piani operativi da realizzare. Per tali finalità, il Ministero della Salute, con decreto 20 gennaio 2022, ha definito la ripartizione programmatica, tra le Regioni e le Province autonome, di risorse finanziarie pari a circa 8 miliardi, di cui 6,6 a valere sul PNRR, e 1,5 miliardi a valere sul Fondo complementare.

Di seguito, un elenco degli obiettivi semestrali di rendicontazione per la Missione 6 - Salute del PNRR.

**Tabella 31 - d.m. Mef 6 agosto 2021 - Tavola B - PNRR - Traguardi ed obiettivi della Missione 6
Salute del PNRR – Anni 2021-2026**

N. Rata	Amministrazione titolare	Numero sequenziale	Misura correlata (riforma o investimento)	Traguardo / Obiettivo	Denominazione
31/12/2021	Ministero della Salute (MS)	M6C2-4	Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	Traguardo	Piano di riorganizzazione approvato dal Ministero della Salute/Regioni italiane
30/06/2022	Ministero della Salute (MS)	M6C1-1	Riforma 1 - Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale	Traguardo	Entrata in vigore del diritto derivato (decreto ministeriale) che prevede la riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria
30/06/2022	Ministero della Salute (MS) tramite l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali	M6C1-2	Investimento 1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona	Traguardo	Approvazione di un contratto istituzionale di sviluppo
30/06/2022	Ministero della Salute (MS) tramite l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali	M6C1-4	Investimento 1.2 -Casa come primo luogo di cura e telemedicina	Traguardo	Approvazione delle linee guida contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare
30/06/2022	Ministero della Salute (MS) tramite l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali	M6C1-5	Investimento 1.2 -Casa come primo luogo di cura e telemedicina	Traguardo	Contratto istituzionale di sviluppo approvato dal Ministero della Salute
30/06/2022	Ministero della Salute (MS) tramite l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali	M6C1-10	Investimento 1.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	Traguardo	Approvazione di un contratto istituzionale di sviluppo
30/06/2022	Ministero della Salute (MS)	M6C2-5	Investimento 1.1 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	Traguardo	Approvazione del Contratto istituzionale di sviluppo
31/12/2022	Ministero della Salute (MS)	M6C2-1	Riforma 1 - Revisione e aggiornamento dell'assetto regolamentare e del regime giuridico degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e delle politiche di ricerca del Ministero della Salute, con l'obiettivo di rafforzare il rapporto fra ricerca, innovazione e cure sanitarie.	Traguardo	Entrata in vigore del decreto legislativo che riguarda il riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)
31/12/2022	Ministero della Salute (MS)	M6C2-7	Investimento 1.1 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	Traguardo	Aggiudicazione di tutti gli appalti pubblici
30/06/2023	Ministero della Salute (MS)	M6C2-14	Investimento 2.2 - Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	Obiettivo	Sono assegnate borse di studio per corsi specifici di medicina generale

Fonte: elaborazione Corte dei conti

➔ segue

**Tabella 31 - d.m. Mef 6 agosto 2021 - Tavola B - PNRR - Traguardi ed obiettivi della Missione 6
Salute del PNRR – Anni 2021-2026 (segue)**

N. Rata	Amministrazione titolare	Numero sequenziale	Misura correlata (riforma o investimento)	Traguardo / Obiettivo	Denominazione
31/12/2023	Ministero della Salute (MS) tramite l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali	M6C1-8	Investimento 1.2 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina	Obiettivo	Almeno un progetto per Regione (considerando sia i progetti che saranno attuati nella singola Regione sia quelli che possono essere sviluppati nell'ambito di consorzi tra Regioni)
30/06/2024	Ministero della Salute (MS)	M6C2-15	Investimento 2.2 - Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	Obiettivo	Sono assegnate ulteriori borse di studio per corsi specifici di medicina generale
31/12/2024	Ministero della Salute (MS)	M6C2-6	Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	Obiettivo	Operatività delle grandi apparecchiature sanitarie
31/12/2025	Ministero della Salute (tramite Agenas)	M6C1-9	Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina	Obiettivo	Numero di persone assistite sfruttando strumenti di telemedicina (terza parte)
31/12/2025	Ministero della Salute (MS)	M6C2-8	Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	Obiettivo	Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA - Dipartimenti di emergenza e accettazione - Livello I e II)
31/12/2025	Ministero della Salute (MS)	M6C2-11	Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	Obiettivo	I medici di base alimentano il Fascicolo sanitario elettronico
30/06/2026	Ministero della Salute (MS) tramite l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali	M6C1-3	Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona	Obiettivo	Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche (prima parte)
30/06/2026	Ministero della Salute (MS) tramite l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali	M6C1-6	Investimento 1.2 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina	Obiettivo	Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (prima parte)
30/06/2026	Ministero della Salute (MS)	M6C1-11	Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione.	Obiettivo	Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche (prima parte)
30/06/2026	Ministero della Salute (MS)	M6C2-9	Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	Obiettivo	Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva
30/06/2026	Ministero della Salute (MS)	M6C2-10	Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile	Obiettivo	Completamento degli interventi antisismici nelle strutture ospedaliere
30/06/2026	Ministero della Salute (MS)	M6C2-12	Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione.	Traguardo	Il sistema della Tessera di assicurazione malattia e l'infrastruttura per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico sono pienamente operativi
30/06/2026	Ministero della Salute (MS)	M6C2-13	Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione.	Obiettivo	Tutte le Regioni hanno adottato e utilizzano il Fascicolo sanitario elettronico
30/06/2026	Ministero della Salute (MS)	M6C2-16	Investimento 2.2 - Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	Obiettivo	Formazione per l'acquisizione di competenze e abilità di <i>management</i> e digitali per il personale del SSN
30/06/2026	Ministero della Salute (MS)	M6C2-17	Investimento 2.2 - Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	Obiettivo	Numero di contratti di formazione medica specializzata finanziati

Fonte: elaborazione Corte dei conti

6 IL MONITORAGGIO DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI, SULLA BASE DELLA GRIGLIA LEA E DEL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA (NSG)

La più recente giurisprudenza costituzionale (Corte cost., sentenza n. 142/2021, cit.) ha affermato che il riferimento ordinamentale ai LEA non va assunto come mero parametro di natura economico-gestionale, ma quale elemento centrale del sistema sanitario rispetto alla effettiva realizzazione di un principio fondamentale stabilito dalla Costituzione, per di più definito con norma statale ai sensi dell'articolo 117 secondo comma lett. m) Costituzione. Infatti, i LEA rappresentano il *“nucleo invalicabile di garanzie minime”* il quale *“una volta normativamente identificato”* non può *“essere finanziariamente condizionato in termini assoluti”* ed è per tale ragione sottratto al bilanciamento con altri principi, rappresentando un *“diritto incompressibile”*. È dunque esso stesso, nel modo normativamente definito con i LEA, a *“incidere sul bilancio e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione”* come già espresso dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 275/2016. La stessa Corte costituzionale stabilisce che i LEA assumono un valore di perno del sistema *“che vede collocata al centro della tutela costituzionale la persona umana, non solo nella sua individualità, ma anche nell'organizzazione delle comunità di appartenenza che caratterizza la socialità del servizio sanitario”*¹⁰⁷.

Il richiamato orientamento stabilisce poi come non sia sufficiente la definizione dei LEA a livello statale. Infatti *“il sistema italiano di tutela della salute si sviluppa su due livelli di governo: quello statale, il quale definisce i livelli essenziali di assistenza che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire ai cittadini e l'ammontare complessivo delle risorse economiche necessarie al loro finanziamento; quello regionale, cui pertiene il compito di organizzare sul territorio il rispettivo servizio e garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto dei suddetti LEA [...]”*. È fondamentale, dunque, una separata evidenza contabile delle risorse che il bilancio destina al conseguimento dei LEA, come definito dall'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011, la cui perimetrazione è da sempre al centro dello scrutinio delle Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti. Ma tale momento è definito dalla Corte costituzionale quale premessa della effettiva erogazione dei LEA, procedimento che ha quale fase preliminare quello degli atti di programmazione. Si vengono dunque a delineare tre distinte fasi del procedimento e conseguentemente del controllo: quella della perimetrazione delle risorse destinate alla sanità e, tra esse, quella per l'erogazione della spesa incompressibile, ovvero definita dai LEA; la programmazione, con un ciclo multilivello, dal DEF e dai documenti nazionali trasmessi alle Istituzioni europee ai sensi del Regolamento UE 473/2013 e altri, i documenti regionali di programmazione in materia, come differentemente definiti da leggi regionali;

¹⁰⁷ Corte costituzionale, sentenza 142/2021, udienza pubblica del 11.05.2021, pubblicata in GU 14.07.2021, considerato in diritto punto 2.

infine, l'effettiva spendita ed erogazione del servizio, che emerge nel suo risultato finale nella griglia LEA da ultimo definita dal d.P.C.M. 12/01/2017¹⁰⁸, ma che trae origine dal d.lgs. n. 229/1999, dall'Intesa Stato Regioni del 23/03/2005 e da tutte le successive integrazioni deliberate in sede di Conferenza Stato Regioni in materia dell'esercizio del cosiddetto "Patto della Salute". La separata ma connessa rilevanza dei tre momenti indicati, è declinata dalla Corte costituzionale nella sentenza 62/2020 *"al fine di garantire l'effettiva programmabilità e la reale copertura finanziaria dei servizi, la quale [...] deve riguardare non solo la quantità ma anche la qualità e la tempistica delle prestazioni costituzionalmente necessarie"*. Se la qualità e quantità dei servizi indefettibili è individuata dai LEA in un complesso procedimento che coinvolge Stato e Regioni, anche la tempistica dell'erogazione del servizio diventa elemento costituzionalmente tutelato.

Appare degno di menzione un aspetto procedimentale, e cioè la riunione congiunta dei cosiddetti "Tavoli per il monitoraggio adempimenti regionali"¹⁰⁹ presso il MEF e "Tavolo monitoraggio LEA"¹¹⁰ presso il Ministero della Salute che avviene per le Regioni in "piano di rientro". La riunione dei due Tavoli prevista in forma congiunta vale ad attestare come lo sforzo di risanamento per Regioni in disavanzo sanitario strutturale deve in ogni caso mirare a garantire quanto meno l'erogazione dei LEA. In generale, si rileva, in linea con quanto affermato nei documenti del MEF e del Ministero della Salute, che lo sforzo di contenimento e razionalizzazione della spesa, di maggiore efficienza, e di miglioramento gestionale con l'emersione di debiti pregressi e la riduzione della situazione debitoria degli enti sanitari non ha inciso negativamente – tranne poche eccezioni - sull'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, anzi sembra aver accompagnato un loro generale miglioramento almeno fino al 2018.

Il SSN sta attraversando una fase di complessa transizione e mutazione del proprio assetto organizzativo, da un modello *"a silos"* centrato sulle risorse ospedaliere, ad uno più strutturato sul territorio, basato sull'integrazione reciproca tra assistenza territoriale e ospedaliera e sulla sanità digitale, per rispondere più efficacemente alle emergenze sanitarie e al trattamento di quelle patologie croniche derivanti dalla crescente incidenza nella popolazione delle classi di età più anziane.

Relativamente alla razionalizzazione della rete ospedaliera, tutte le Regioni hanno conseguito gli obiettivi programmati prima della pandemia: nel 2019, il numero di posti letto per 1.000 abitanti¹¹¹

¹⁰⁸ Recante: "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1 comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

¹⁰⁹ L'art. 12 dell'Intesa Stato Regioni deliberata nella Conferenza Stato-Regioni del 23/03/2005 ha istituito il Tavolo di verifica degli adempimenti previsti dall'articolo 1, commi 173 e 181, della legge 30 dicembre 2004 n. 311 (cfr. art. 1, co. 184, lett. c), l. n. 311/2004).

¹¹⁰ "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza" istituito dall'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23/03/2005. Il Regolamento di funzionamento è stato deliberato dalla Conferenza Stato-Regioni del 10/02/2011, n. 18/CSR.

¹¹¹ Il "decreto Balduzzi" prevedeva uno *standard* di 3,7 posti letto per 1.000 abitanti, di cui 3,0 per acuti, e 0,7 per lungodegenza e riabilitazione post-acuzie. Nel 2019, la dotazione media nazionale per acuti è stata pari a 2,9 posti-letto per 1.000 abitanti (di cui 2,5 nelle strutture pubbliche e 0,4 tra gli enti privati accreditati), e di 0,6 p. l. per i non acuti (di cui 0,3 negli ospedali pubblici e 0,3 in quelli accreditati); le Regioni nelle

risultava sostanzialmente allineato agli *standard* fissati dal d.l. n. 158/2012 (“decreto Balduzzi”), con dati sulla riduzione della inappropriatazza dei ricoveri, rilevati dagli indicatori LEA, in costante miglioramento nel corso dell’ultimo decennio. Anche l’incremento medio nella qualità delle prestazioni ospedaliere è stato generalizzato, benché avvenuto a tassi disomogenei tra le Regioni. Permangono ancora elevate, invece, le differenze nella garanzia dei LEA riguardo all’assistenza distrettuale, dove più evidenti sono i divari territoriali in termini di offerta dei servizi e di dotazioni strutturali. Nel corso del quinquennio 2015-2019, sia i risultati della griglia LEA che del NSG indicano che vi è stato un costante miglioramento nell’appropriatezza e qualità dei servizi sanitari erogati, con una progressiva riduzione del numero di enti territoriali che non raggiungono il punteggio minimo previsto dai relativi sistemi di monitoraggio, tuttavia il confronto tra Regioni in piano di rientro e Regioni più performanti nella erogazione dei LEA, come ad esempio Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, evidenzia ancora un netto divario negativo a sfavore delle Regioni meridionali in tutte le tre aree assistenziali. Prendendo a riferimento i punteggi attribuiti dal NSG al Veneto per il 2019, tale differenziale (tabella 40) è, mediamente, di -19 punti per l’area della prevenzione, -23,1 punti per l’area ospedaliera, e -27,5 punti per quella distrettuale, con valori massimi negativi di -39,3 per l’ospedaliera (Calabria), di -42 per la distrettuale (Calabria), e di -35,9 per la prevenzione (Sicilia). Il Rapporto di monitoraggio dei LEA per il 2019 segnala, in base agli indicatori del NSG, carenze più pronunciate soprattutto nei servizi a carico del livello distrettuale dell’assistenza sanitaria, cui spetta il compito di gestire le cronicità coordinando ed integrando l’assistenza ospedaliera con quella territoriale, e nella piena implementazione di quelle infrastrutture digitali (come il FSE e, più in generale, l’interoperabilità tra le banche dati gestite dalle Regioni) che supportano gli sviluppi della telemedicina.

L’esperienza emergenziale ha evidenziato che anche sistemi regionali con servizi ospedalieri efficienti, ma non supportati da una adeguata rete di assistenza territoriale, possono essere messi in crisi da eventi eccezionali. Lombardia e Veneto sono esemplificative di due modelli di servizio sanitario, l’uno più centrato sulle risorse ospedaliere, l’altro più bilanciato anche da una rete per l’assistenza distrettuale più strutturata sul territorio, come segnala anche il miglior punteggio conseguito da quest’ultima, al riguardo, nel 2019 (97,6 a fronte di 90 della Regione Lombardia, *cfr.* tabella 39). Le carenze messe a nudo dalla emergenza sono alla base dei programmi di investimento previsti dalla Missione 6 (“Salute”) del PNRR. Il Piano (v. cap. 5 PNRR) articola gli investimenti in due componenti, una dedicata allo sviluppo delle reti di prossimità sul territorio, l’altra all’ammodernamento del parco tecnologico ospedaliero,

quali si registrano i valori relativamente più alti, ma comunque allineati o prossimi al valore soglia, sono: Liguria (3,1), Friuli-Venezia Giulia (3,0), Provincia autonoma di Bolzano (3,0), e Molise (3,0); quelli più bassi, invece, in Campania (2,0), Calabria (1,9), Sicilia (2,1). Nel 2020, invece, anche a causa della pandemia, la dotazione media nazionale per acuti incrementa da 2,9 a 3,7 p. l. per 1.000 abitanti, di cui 3,2 nelle strutture pubbliche e 0,6 tra gli enti privati accreditati; i posti letto per non acuti, invece, rimangono stabili, pari a complessivi 0,6 per 1.000 abitanti (di cui 0,3 a carico delle strutture pubbliche e 0,3 di quelle accreditate).

all'incremento dei posti letto nelle terapie intensive e sub intensive, e alla digitalizzazione dei servizi sanitari.

Mentre gli indicatori che misurano l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri sono generalmente positivi per tutte le Regioni, permangono significative differenze geografiche nei servizi territoriali, come quelli per le cure palliative ai malati di tumore, il numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario, l'assistenza domiciliare integrata (ADI). Sperequazioni nella offerta di servizi territoriali, quindi, su cui incideranno gli investimenti programmati con il PNRR, che ha, tra i suoi obiettivi prioritari, lo sviluppo dei servizi per la cura domiciliare, gli ospedali di comunità.

Di seguito, i risultati della griglia LEA 2015-2019 e quelli ottenuti con il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per l'anno 2019; il NSG, introdotto, in via sperimentale, con il d.m. 19 marzo 2019, è in vigore a partire dal monitoraggio per l'anno 2020, di cui, tuttavia, AGENAS non ha ancora pubblicato i risultati; risultano quindi disponibili, fino ad ora, solo quelli (sperimentali) sul 2019.

Si tratta questo di un punto di estrema criticità - sul quale la Corte dei conti si è espressa con le Sezioni riunite in sede di controllo nell'aprile 2021¹¹² e successivamente in sede di audizione sul Documento di Economia e Finanza 2022, il 14/04/2022 presso le Commissioni congiunte Bilancio di Camera e Senato nel "riquadro" intitolato "il Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA"¹¹³ - poiché i risultati del monitoraggio dei LEA relativi al biennio 2020-2021 assumono un grande rilievo per una valutazione compiuta su come il sistema sanitario abbia retto in termini di effettiva erogazione dei servizi essenziali in condizioni di un aumento importante delle risorse disponibili. Dati provvisori da fonti esterne citati dal RCFP 2021 fanno intravedere un netto peggioramento di tutti gli indicatori¹¹⁴. Tale andamento è stato confermato dalle Sezioni riunite in sede di controllo della Corte dei conti, in occasione dell'audizione davanti alle Commissioni congiunte Bilancio di Camera e Senato il 14/04/2022¹¹⁵: *"Come emerge dai primi dati relativi al monitoraggio degli indicatori 'core' del nuovo sistema di garanzia (NSG) relativamente al 2020, per 12 indicatori sui 20 monitorati si registra un peggioramento dei risultati in oltre il 70 per cento delle Regioni/PA. Per 8 di essi il livello registrato è inferiore alla 'soglia di sufficienza' nella maggioranza delle Regioni"*.

Chiarire questo aspetto resta un obiettivo importante per il controllo degli anni prossimi. Tale indagine è stata in ogni caso anticipata da alcune Sezioni regionali già nello scrutinio dei rendiconti 2020 e 2021, per esempio, le SRC Lazio¹¹⁶ e SRC Puglia¹¹⁷. La SRC Liguria nella relazione sul rendiconto 2020¹¹⁸ ha

¹¹² RCFP 2021, pag. 268 e sg.

¹¹³ Sezioni riunite in sede di controllo della Corte dei conti, deliberazione del 14.04.2022, pp. 58-59.

¹¹⁴ RCFP 2021, pag. 274.

¹¹⁵ Sezioni riunite in sede di controllo, deliberazione del 14.04.2022, "Audizione della Corte dei conti sul Documento di economia e finanza 2022", pp. 39-40.

¹¹⁶ SRC Lazio deliberazione n. 109/2021/PARI, udienza del 21/09/2021 Vol. I pagg. 106-110.

¹¹⁷ SRC Puglia, deliberazione n. 146/2021/PARI del 08/10/2021, pagg. 178-179.

¹¹⁸ SRC Liguria, deliberazione n. 70/2021/PARI del 22/07/2021 pagg.593-596.

posto l'analisi della serie storica dei punteggi LEA quale parametro decisivo da tenere quale punto di riferimento normativamente definito.

6.1 I risultati della griglia LEA per il periodo 2015-2019

La griglia LEA si compone di 22 indicatori, sulla base dei quali viene elaborato un unico punteggio che riassume la valutazione dei servizi erogati in ciascuna delle tre aree assistenziali: prevenzione, distrettuale, ospedaliera; sono considerati adempienti le Regioni che conseguano un punteggio complessivo pari o superiore a 160; viceversa, la Regione è considerata inadempiente.

Nel corso del periodo 2015-2019, gli enti inadempienti (con punteggio inferiore al minimo, 160 punti) si riducono da cinque (nel 2015, Puglia, Sicilia, Campania, Molise, Calabria) a 3 (nel 2019, Molise, Calabria e Provincia autonoma di Bolzano¹¹⁹).

Tabella 32 - Il monitoraggio della griglia LEA, anni 2015-2019

Regioni Statuto ordinario	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	205	207	221	218	188
Lombardia	196	198	212	215	215
Veneto	202	209	218	222	222
Liguria	194	196	195	211	206
Emilia-Romagna	205	205	218	221	221
Toscana	212	208	216	220	222
Umbria	189	199	208	210	211
Marche	190	192	201	206	212
Lazio	176	179	180	190	203
Abruzzo	182	189	202	209	204
Molise	156	164	167	180	150
Campania	106	124	153	170	168
Puglia	155	169	179	189	193
Basilicata	170	173	189	191	172
Calabria	147	144	136	162	125
Regioni Statuto speciale	-	-	-	-	-
Valle d'Aosta	-	-	149	159	160
Provincia autonoma di Bolzano	-	-	120	142	157
Provincia autonoma di Trento	-	-	185	185	187
Friuli-Venezia Giulia	-	-	193	206	205
Sicilia	153	163	160	171	173
Sardegna			140	145	111

Fonte: dati del Ministero della Salute

¹¹⁹ Tuttavia, si precisa che nel biennio 2015-2016 la Provincia autonoma di Bolzano, al pari degli altri enti a statuto speciale, con la sola eccezione della Regione siciliana, non è stata sottoposta a valutazione in base agli indicatori della griglia LEA. A partire dal 2016, invece, tutti gli enti a statuto speciale sono stati valutati con gli indicatori sperimentali del Nuovo Sistema di Garanzia (v. successivi parr. 6.2 e 6.2.1).

6.2 Il monitoraggio sperimentale per il 2019 in base al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

Il monitoraggio basato sul Nuovo sistema di garanzia dei LEA (NSG), si basa su 88 indicatori, dei quali 22 (gli indicatori “Core”)¹²⁰ utilizzati per valutare l'erogazione dei LEA in ciascuna delle tre aree assistenziali (prevenzione, distrettuale, ospedaliera), mentre gli altri 66 (“no core”), non concorrono alla formazione dei punteggi finali del Servizio sanitario regionale, pur costituendo una base informativa preziosa per la valutazione complessiva dei servizi sanitari regionali e dei loro fabbisogni assistenziali (tra gli indicatori “no core”, ad esempio, oltre a quelli relativi ai tre livelli assistenziali, vi sono anche quelli che valutano il contesto per la stima del bisogno sanitario, l'equità sociale, e i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali).

A differenza del precedente sistema valutativo (griglia LEA), il NSG produce un punteggio per ciascuna area assistenziale (prevenzione, distrettuale, ospedaliera), e giudica adempiente ai LEA le Regioni che totalizzano un punteggio, in ciascuna area, pari ad almeno 60, con valore massimo fino a 100.

Tabella 33 - Nuovo sistema di garanzia: i risultati della sperimentazione 2019

Regioni che garantiscono i LEA anno 2019			
Descrizione	Area prevenzione	Area distrettuale	Area ospedaliera
Piemonte	91,72	88,33	85,78
Lombardia	91,95	89,98	86,01
Provincia autonoma Trento	78,63	75,06	96,98
Veneto	94,13	97,64	86,66
Friuli-Venezia Giulia	80,39	78,35	80,62
Liguria	82,09	85,48	75,99
Emilia-Romagna	94,41	94,51	94,66
Toscana	95,65	69,29	87,97
Umbria	95,65	69,29	87,97
Marche	89,45	85,58	82,79
Lazio	86,23	73,51	72,44
Abruzzo	82,39	79,04	73,84
Campania	78,88	63,04	60,4
Puglia	81,59	76,53	72,22
Sardegna	78,3	61,7	66,21
Regioni che non garantiscono i LEA			
Descrizione	Area prevenzione	Area distrettuale	Area ospedaliera
Valle d'Aosta	72,16	48,09	62,59
Provincia autonoma Bolzano	53,78	50,89	72,79
Molise	76,25	67,91	48,73
Basilicata	76,93	50,23	77,52
Calabria	59,9	55,5	47,43
Sicilia	58,18	75,2	70,47

Fonte: dati del Ministero della Salute

¹²⁰ I 22 indicatori sono suddivisi in: 6 per l'area prevenzione, 9 per l'area distrettuale e 7 per l'area ospedaliera; per l'area distrettuale gli indicatori D03C e D04C sono inseriti ad anni alterni.

6.2.1 I risultati del NSG, un confronto tra gli anni 2016 e 2019

Il confronto tra i risultati del 2016 e quelli del 2019 in base agli indicatori del NSG, mostra un percorso di progressivo miglioramento nella erogazione dei LEA, con una riduzione graduale del numero di enti che non soddisfano gli standard minimi richiesti, come di seguito riportato.

Area prevenzione

Nel 2016 non garantiscono tale livello sette enti territoriali (Valle d'Aosta, Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia), mentre nel 2019 sono solo tre gli enti territoriali deficitari in tale ambito (Provincia autonoma di Bolzano, Calabria, Sicilia).

Area distrettuale

Nel 2016 sono inadempienti 10 enti territoriali (Valle d'Aosta, Provincia autonoma di Bolzano, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna), nel 2019 si riducono a quattro (Valle d'Aosta, Provincia autonoma di Bolzano, Basilicata, Calabria).

Area ospedaliera

Nel 2016 si rilevano carenze nell'assistenza ospedaliera in sei Regioni (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sardegna), nel 2019 in due (Molise e Calabria).

Regioni carenti in tutti e tre gli ambiti assistenziali nel periodo 2016-2019

L'unica Regione a conseguire una valutazione negativa in tutti e tre gli ambiti assistenziali per l'intero quadriennio, risulta essere la Calabria (ad eccezione della valutazione positiva, per il solo biennio 2017/2018, relativa all'area prevenzione).

6.2.2 Le maggiori carenze registrate nel 2019 dal NSG

Area prevenzione

Riguardo all'area prevenzione, le criticità hanno riguardato la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (Provincia autonoma di Bolzano e Sicilia), per la prima dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (Provincia autonoma di Bolzano) e per il controllo delle anagrafi animali e della somministrazione di farmaci ai fini della sicurezza alimentare per il cittadino (Calabria).

Area distrettuale

Nell'area distrettuale, relativa ai servizi territoriali, si manifestano le maggiori carenze e sperequazioni tra Nord e Sud (v. tabella 37): sono inadempienti la Valle d'Aosta, la Provincia autonoma di Bolzano, la Basilicata e la Calabria. Ma, in particolare, per alcuni indicatori, come quello relativo al numero di deceduti per causa di tumore assistiti da reti di cure palliative sul numero di deceduti per cause di tumore, i punteggi più bassi si concentrano, tra le Regioni meridionali, in Molise (14,84) e in Calabria

(17,12 punti) e, tra quelle centrali, nel Lazio (1,73 punti), mentre i valori migliori si riscontrano in Veneto (94,10 punti), Emilia-Romagna (82,12) e Lombardia (71,29).

Tra i principali indicatori troviamo:

- Indicatore numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente. I migliori risultati si registrano nel Nord-est e nel Centro-nord (punteggio pari o poco inferiore a 100), mentre quelli più bassi si localizzano nelle Regioni meridionali, con il valore più basso in Campania (9,05), seguita da Molise (25,99), Basilicata (21,77), Puglia (38,22) e Sicilia (43,19).
- Indicatore di tasso di pazienti trattati in ADI. Il punteggio più alto, pari a 100, è conseguito dal Veneto, seguito dall'Emilia-Romagna (95,20), dal Molise (97,96), mentre il più basso da Valle d'Aosta (1,05), e Calabria (6,97).

Area ospedaliera

Per l'area ospedaliera (inadempienti Molise e Calabria), mentre tutte le Regioni conseguono punteggi vicino al massimo riguardo all'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri (indicatore di "rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio - H04Z"), l'indicatore di qualità ed efficacia clinica delle prestazioni ospedaliere, come quello relativo alla percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro due giorni dal ricovero, mostra valori relativamente più bassi soprattutto nelle Regioni meridionali, come in Calabria (21,09), Molise (19,41), Sardegna (56,98), mentre i valori più alti si registrano nel Nord (Provincia autonoma di Trento, 100), e Centro-nord (Emilia-Romagna, 95,44, Toscana, 90,10).

6.2.3 I risultati del NSG per il 2019 esposti in base ai principali indicatori di ciascuna area assistenziale

Area prevenzione

Le due maggiori criticità evidenziate dagli indicatori del NSG in quest'area del SSN riguardano, nelle Regioni meridionali e insulari, la bassa percentuale di persone che ha partecipato a programmi organizzati di *screening* (per cancro alla mammella, alla cervice e al colon retto), ed invece, in alcune aree settentrionali, il (relativamente) basso grado di copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi.

Nella Provincia autonoma di Bolzano, ad esempio, cui non viene assegnato un punteggio per l'indicatore P01C (mentre per quello P02C è pari solo a 3), il tasso di bambini vaccinati a 24 mesi è stato, nel 2019, il più basso d'Italia (81,14% per l'indicatore P01C, 75,51% per l'indicatore P02C), con una tendenza addirittura in calo, nel periodo 2015-2019, di circa 6 punti percentuali, dall'87,36 all'81,14%. Riguardo, invece, ai programmi di *screening*, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia,

Sardegna ottengono tutte un punteggio complessivamente negativo (inferiore a 60), mentre ai valori massimi (100) si collocano la Valle d'Aosta, la Provincia autonoma di Trento, il Veneto, il Friuli-Venezia Giulia e l'Emilia-Romagna.

Il risultato è sostanzialmente invariato anche se si esamina il singolo punteggio attribuito a ciascun programma di *screening*, ma con alcune eccezioni significative: nei programmi per la prevenzione dei tumori della cervice uterina, ad esempio, la Lombardia ottiene un punteggio negativo (10,92), mentre Puglia, Sicilia e Sardegna conseguono un punteggio positivo (>60), e la Basilicata consegue un punteggio molto vicino al valore massimo (98,80).

Tabella 34 - Indicatori “core” NSG area prevenzione anno 2019

Regione	punteggio						
	P01C	P02C	P10Z	P12Z	P14C	P15C	Punteggio complessivo
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	Indicatore composito sugli stili di vita (ISTAT)	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	
Piemonte	100	100	81,41	93	68,06	96,03	91,72
Valle d'Aosta	75,47	48,21	56,67	83,77	65,58	100	72,16
Lombardia	100	100	100	99,76	77,07	67,41	91,95
Provincia autonoma Bolzano	-	3	65,83	100	88,97	82,49	53,78
Provincia autonoma Trento	100	100	69,69	18	89,56	100	78,63
Veneto	100	100	81,06	99,28	74,79	100	94,13
Friuli-Venezia Giulia	79,16	69,54	55,55	100	75,83	100	80,39
Liguria	100	76,64	62,23	100	61,93	81,69	82,09
Emilia-Romagna	100	100	89,03	100	60,44	100	94,41
Toscana	100	100	70,61	99,36	66,25	95,57	90,67
Umbria	100	100	97,01	99,04	66,63	96,72	95,65
Marche	96,3	85,76	87,79	100	72,9	85,68	89,45
Lazio	100	100	72,66	100	60,93	71,13	86,23
Abruzzo	100	100	69,77	76,38	64,25	74,88	82,39
Molise	100	81,59	72,45	94,64	51,3	45,03	76,25
Campania	100	98,6	81,57	97,44	58,65	26,92	78,88
Puglia	93,84	94,78	96,13	100	59,11	34,44	81,59
Basilicata	97	70,65	70,36	100	53,42	58,41	76,93
Calabria	100	77,39	26,04	95,28	56,14	2,68	59,9
Sicilia	31	65,56	64,72	98,88	51,98	33,82	58,18
Sardegna	100	84,18	71,43	98,64	67,7	42,53	78,3

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della Salute

Area distrettuale

Sono in tutto otto gli indicatori “core” che monitorano l'erogazione dei LEA in ambito territoriale; di questi, due (D03C e D27Z) misurano, rispettivamente, il tasso di ricoveri per alcune patologie il cui trattamento in ambito ospedaliero è considerato inappropriato (e quindi indice indiretto di inefficacia dell'assistenza distrettuale) e la percentuale di ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche, uno (D14C) l'appropriatezza del consumo di farmaci, uno la tempestività degli interventi terapeutici (D10Z), un altro rileva l'intervallo allarme-*target* dei mezzi di soccorso, e tre, rispettivamente, il tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI), il numero di malati di tumore assistiti dalla rete di cure palliative e, infine, di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario domiciliare e residenziale.

Se i risultati sugli indicatori relativi ai tassi di ospedalizzazione impropri sono generalmente positivi per tutte le Regioni, evidenziando quindi un buon livello di appropriatezza nell'accesso alle strutture ospedaliere generalizzato a tutte le Regioni, e quindi un'efficacia nel trattamento in ambito distrettuale delle patologie da diabete, scompenso cardiaco e malattie bronco-polmonari a carattere ostruttivo (Bpco), è nell'area dei servizi territoriali dedicati alle cure palliative e per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria in ambito domiciliare e residenziale, che si concentrano importanti criticità e sperequazioni tra le Regioni: particolarmente emblematici di tali divari, sono i punteggi relativi all'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti in trattamento sanitario e sociosanitario (ADI, indicatore D22Z), alla rete delle cure palliative per i malati di tumore (indicatore D30Z) e al numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale (indicatore 33ZRes). Tali carenze si concentrano prevalentemente, ma non esclusivamente, nei territori meridionali e insulari, interessando anche alcuni enti territoriali del Nord.

Riguardo, ad esempio, al numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale (D33Z), ottengono il punteggio massimo (100) tutte le Regioni del Nord (con le sole eccezioni della Provincia autonoma di Bolzano, cui non viene attribuito un punteggio, e della Valle d'Aosta) e, tra quelle del Centro-nord, la Toscana (90,29) e l'Umbria (100); viceversa, tutte le Regioni meridionali e insulari conseguono un punteggio inferiore al 50% di quello attribuito alle Regioni settentrionali.

Riguardo, invece, all'assistenza domiciliare, l'indicatore sintetico sull'ADI (D22Z Assistenza domiciliare integrata, che riassume i tre gradi di intensità e durata della presa in carico degli anziani non autosufficienti) assegna un punteggio pari o superiore a 95 a Veneto (100), Molise (97,96), Emilia-Romagna (95,20), tra 90 e 95 a Toscana, Marche, Abruzzo, Basilicata e Regione siciliana, e minimo alle Regioni Calabria (6,97) e Valle d'Aosta (1,05), mentre alla Provincia autonoma di Bolzano non risulta attribuito un punteggio.

Nel campo della rete di cure palliative (indicatore D30Z), invece, la distribuzione dei risultati è più diversificata tra il Nord e il Sud: tra le prime quattro Regioni, troviamo il Veneto (94,10), l'Emilia-Romagna (82,14), la Puglia (72,03) e la Lombardia (71,29), mentre tra quelle con valori inferiori al minimo (60) registrano i punteggi più bassi le Regioni Lazio (1,73), Molise (14,84), Calabria (17,12), Friuli-Venezia Giulia (31,32).

L'assistenza (domiciliare e residenziale) ai malati affetti da patologie cronico-degenerative, è un'area del servizio sanitario nella quale si concentrano forti sperequazioni tra Regioni nelle dotazioni infrastrutturali e nella offerta dei servizi, e per la quale la Missione 6, Componente 1, del PNRR, prevede una radicale riorganizzazione dell'assistenza territoriale, con l'obiettivo di innalzare, entro il 2026, la quota di ultrasessantacinquenni presi in carico dai servizi territoriali dall'attuale 2,7% ad almeno il 10%. I dati Istat offrono, al riguardo, una rappresentazione evidente degli squilibri territoriali nord-sud: il censimento delle strutture per l'assistenza residenziale e semiresidenziale, riferito al 2018, segnala che a fronte di una dotazione media nazionale di 42,8 posti letto ogni 10.000 abitanti, sia nel Nord-ovest che nel Nord-est registrano valori nettamente superiori, pari, rispettivamente, a 73,5 e 67,8 posti letto, mentre nel Centro e, soprattutto, nel Sud e nelle Isole, tale dotazione strutturale scende al di sotto della media nazionale, con, rispettivamente, 29,9, 13,9 e 8,9 posti letto per 10.000 abitanti.

Tabella 35 - Posti-letto nelle strutture residenziali e semiresidenziali per 10.000 abitanti, anno 2018

Area geografica	Strutture sanitarie e socio-sanitarie - assistenza residenziale	Strutture sanitarie e socio-sanitarie - assistenza semiresidenziale	Istituti o centri di riabilitazione - assistenza residenziale	Istituti o centri di riabilitazione - assistenza semiresidenziale
Italia	42,8	9,87	2,52	2,33
Nord-ovest	73,49	14,17	2,8	1,4
Nord-est	67,75	18,04	0,51	0,78
Centro	29,91	7,19	3,43	3,33
Sud	13,96	4,1	3,23	3,23
Isole	8,9	2,13	2,23	3,62

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Istat

Riguardo, invece, all'assistenza domiciliare integrata (ADI) fornita dalle Regioni, i dati riferiti al 2020 indicano un valore medio nazionale di 1.825 casi trattati per 100.000 abitanti, a fronte del quale il Molise, tra le Regioni meridionali, e Toscana, Veneto, Emilia-Romagna, Provincia autonoma di Trento e Friuli-Venezia Giulia, tra quelle settentrionali, registrano volumi di attività superiori.

Tabella 36 - Assistenza domiciliare integrata, casi trattati nelle Regioni, anno 2020, in ordine decrescente di valore numerico

Regioni	Casi trattati ⁽¹⁾ x 100.000 abitanti
Molise	5.018
Toscana	4.165
Veneto	3.351
Emilia-Romagna	2.971
Provincia autonoma di Trento	1.946
Friuli-Venezia Giulia	1.939
Italia	1.825
Lombardia	1.723
Abruzzo	1.710
Basilicata	1.665
Sicilia ⁽¹⁾	1.483
Umbria	1.443
Puglia	1.392
Marche	1.342
Liguria	1.331
Piemonte	1.217
Campania	1.123
Lazio	1.068
Sardegna	1.063
Calabria	369
Val d'Aosta	305
Provincia autonoma di Bolzano	176

Fonte: Annuario statistico del SSN, edizione 2022

⁽¹⁾ I dati ricomprendono gli interventi per anziani (> 65 anni) e per pazienti terminali.

Tabella 37 - Indicatori “core” NSG area distrettuale anno 2019

Regione	D03C Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	D09Z Intervallo allarme target dei mezzi di soccorso	D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	D14C Consumo pro-capite di farmaci sentinella/ traccianti. Antibiotici	D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	D27Z Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.	D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	D33Z Res. Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Punteggio complessivo
	punteggio	punteggio	punteggio	punteggio	punteggio	punteggio	punteggio	punteggio	
Piemonte	100	100	73,21	100	85,88	79,63	49,59	100	88,83
Valle d’Aosta	100	-	94,29	100	1,05	-	50,73	34,82	48,09
Lombardia	100	97	84,68	100	87,95	61,84	71,29	100	89,98
P. A. Bolzano	73,73	95,56	-	100	-	34,27	36,05	-	50,89
P. A. Trento	100	79,22	-	100	73,79	49,72	68,66	100	75,06
Veneto	100	100	100	100	100	82,32	94,1	100	97,64
Friuli-V.G.	100	100	-	100	77,55	74,62	31,32	100	78,35
Liguria	100	100	96,65	100	74,33	21,78	62	100	85,48
Emilia-R.	100	97	98,62	93,94	95,2	81,16	82,14	100	94,51
Toscana	100	100	94,6	81,94	90,71	58,1	69,39	90,29	88,5
Umbria	100	25,89	97	35,24	84,38	73,79	50,7	100	69,29
Marche	100	100	98,83	50	92,24	67,06	47,64	100	85,58
Lazio	100	97	100	56,11	52,82	86,12	1,73	44,33	73,51
Abruzzo	100	95,56	100	26,61	92,46	90,01	44,49	45,75	79,04
Molise	77,75	85,22	100	39,08	97,96	75,3	14,84	25,99	67,91
Campania	100	82,22	81,42	31,55	86,78	57,17	-	9,05	63,04
Puglia	100	100	78,55	32,4	65,93	78,16	72,03	38,22	76,53
Basilicata	100	-	-	39,15	94,49	99,24	47,62	21,77	50,23
Calabria	100	28,89	99,62	42,42	6,97	82,96	17,12	48,18	55,5
Sicilia	100	92,56	65,95	48,29	90,04	71,31	48,08	43,19	75,2
Sardegna	100	82,22	83,2	90,77	-	78,61	-	-	61,7

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della Salute

Area ospedaliera

Sono sei gli indicatori “core” che monitorano i servizi erogati in ambito ospedaliero. Di questi, due sono dedicati alla qualità ed efficacia delle cure (“Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui”, e “Percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario”), tre riguardano la inappropriately organizzativa o clinica delle prestazioni erogate, ed uno rileva il tasso di ospedalizzazione, che, secondo gli *standard* fissati dal decreto Balduzzi, non deve superare il rapporto ottimale di 160 ricoveri per 1.000 abitanti.

- *Indicatori di appropriatezza*

Negli indicatori di rispetto degli *standard* di ospedalizzazione e in quelli sulla appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, il differenziale nei punteggi assegnati, tra Regioni settentrionali e meridionali, è nullo o minimo, e mostra una generale convergenza di tutti i servizi sanitari regionali verso una gestione più appropriata delle risorse ospedaliere: nel primo indicatore, tutte le Regioni ottengono valori pari o prossimi a 100, nel secondo, tutti gli enti conseguono un punteggio pari a superiore a 90, ad eccezione del Friuli-Venezia Giulia (70) e dell’Emilia-Romagna (87,41). Riguardo alla “Proporzione di interventi laparoscopici alla colecisti con degenza inferiore a tre giorni”, tutte le Regioni settentrionali e centrali, ad eccezione della Valle d’Aosta (39,05), ottengono un risultato superiore a 70, mentre, tra quelle meridionali, Abruzzo (56,54), Molise (46,76) e Calabria (43,54) conseguono un punteggio inferiore a 60.

Ben più diversificati, invece, sono i risultati sul piano della qualità delle cure, come di seguito descritti.

- *Indicatori di qualità ed efficacia delle cure*

Riguardo al primo dei due indicatori di qualità, “Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui” (H02Z), ottengono il massimo punteggio solo la Provincia autonoma di Trento, l’Emilia-Romagna, la Toscana e l’Umbria, mentre si collocano al di sotto di 60 punti tutte le Regioni Centro-meridionali, con l’eccezione di Abruzzo (72,28), Puglia (64,87) e Basilicata (83,66), mentre alla Calabria non viene attribuito un punteggio; tra quelle settentrionali, la Provincia autonoma di Bolzano consegue il risultato più basso (18,83), mentre alla Valle d’Aosta non viene assegnato un punteggio.

Nel secondo, invece, “Percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario” (H13C), ottengono un punteggio pari o superiore a 70 tutte le Regioni del Centro-nord, con le sole eccezioni di Liguria (55,28) e Valle d’Aosta (59,25), con i valori più elevati attribuiti alla Provincia autonoma di Trento (100), all’Emilia-Romagna (95,44) e alla Toscana (90,10), mentre al di sotto di 70 punti, oltre alle citate Regioni del Nord, si collocano diverse Regioni del Sud, tra le quali, con valori inferiori a 25, la Calabria (21,09) e il Molise (19,41).

Tabella 38 - Indicatori “core” NSG assistenza ospedaliera anno 2019

Regione	H01Z	H02Z	H04Z	H05Z	H13C	H17C - H18C	Punteggio complessivo
	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	% di parti cesarei primari in strutture con meno o più di 1.000 parti all'anno	
	punteggio	punteggio	punteggio	punteggio	punteggio	punteggio	
Piemonte	100	66,83	99,48	85,51	82,93	79,96	85,78
Valle d’Aosta	85,34	-	98,69	39,05	59,25	30,6	62,59
Lombardia	100	68,85	92,21	78,49	82,32	94,18	86,01
Provincia autonoma di Bolzano	95,78	18,83	92,34	66,38	77,21	86,21	72,79
Provincia autonoma di Trento	100	100	100	81,88	100	100	96,98
Veneto	100	65,57	97,43	95,25	78,3	83,41	86,66
Friuli-Venezia Giulia	100	74,73	70,8	71,48	74,74	91,96	80,62
Liguria	99,64	84,25	92,96	82,17	55,28	41,62	75,99
Emilia-Romagna	100	100	87,41	89,96	95,44	95,15	94,66
Toscana	100	100	100	90,82	90,1	67,4	91,39
Umbria	100	100	98,33	80,92	66,29	82,27	87,97
Marche	100	95,64	100	81,12	79,34	40,66	82,79
Lazio	100	42,96	98,85	85,39	78,76	28,7	72,44
Abruzzo	100	72,28	100	56,54	73,63	40,6	73,84
Molise	100	-	100	46,76	19,41	26,24	48,73
Campania	100	32,03	94,04	69,16	60,41	6,76	60,4
Puglia	100	64,87	100	74,51	67,59	26,35	72,22
Basilicata	100	83,66	96,1	71,29	58,51	55,59	77,52
Calabria	100	-	100	43,54	21,09	19,97	47,43
Sicilia	100	39	100	88,71	70,62	24,5	70,47
Sardegna	100	58,92	89,76	73,53	56,98	18,06	66,21

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della Salute

6.3 Un confronto tra spesa sanitaria *pro capite* e punteggio del NSG, anno 2019

La Sezione delle autonomie in occasione del Referto al Parlamento sulla situazione dei bilanci regionali della sanità del rendiconto 2017 (delib. n. 13/SEZAUT/2019/FRG del 28.05.2019) ha fatto riferimento quale parametro qualitativo¹²¹ agli indicatori del Benessere Equo e Sostenibile elaborati dall'ISTAT sulla base della legge n. 163/2016 quale allegato obbligatorio al DEF¹²². In considerazione dello sconvolgimento causato dalla pandemia sugli indicatori BES, tutti drasticamente peggiorati per una causa sostanzialmente esogena e incontrollabile, nella presente indagine, relativa al biennio 2020-2021, si è ritenuto opportuno limitarsi al riferimento ai LEA.

Giova evidenziare che non sempre ad una maggiore spesa corrisponde una più efficace ed estesa garanzia dei LEA: il confronto tra spesa sanitaria *pro capite* regionale e punteggi attribuiti a ciascuna Regione e Provincia autonoma dal monitoraggio sui LEA con il NSG per l'anno 2019, può essere letto come un primo, sintetico indicatore sulle performance dei sistemi sanitari, e sull'efficienza ed efficacia della spesa sanitaria regionale. Il confronto evidenzia un quadro territorialmente molto diversificato riguardo ai livelli di spesa *pro capite* e ai punteggi assegnati con il NSG ai servizi di ciascuna delle tre aree assistenziali, che, in alcuni casi, non risultano proporzionali alla maggiore spesa corrente.

Nel 2019, la spesa *pro capite* nazionale è stata pari a 1.961 euro, e tutte le Regioni del Centro e del Nord, con le sole eccezioni di Veneto e Marche, risultano al di sopra di tale media.

La spesa *pro capite* più alta si registra, però, in una Regione del Sud in piano di rientro, il Molise (2.465 euro), e, al Nord, nelle Province autonome di Trento (2.224 euro) e di Bolzano (2.399 euro); in tali enti territoriali il valore medio supera quello nazionale, rispettivamente, del 25,7%, del 13,4% e del 22,4%, con punteggi nelle relative aree assistenziali, però, spesso inferiori a quelli di molte altre Regioni con spesa *pro capite* minore. Il Molise, al riguardo, ottiene un punteggio negativo nell'assistenza ospedaliera, la Provincia autonoma di Bolzano, a fronte di una maggiore spesa del 22,4%, ottiene, nell'area prevenzione e distrettuale, un punteggio negativo¹²³, inferiore, rispettivamente, del 15,2% e del 10,3% alla soglia minima (60); anche la Sardegna, con un valore *pro capite* percentualmente superiore del 4,4% alla media nazionale, ottiene punteggi di poco superiori al minimo (60) nella distrettuale (61,7) e nell'ospedaliera (66,2); la Valle d'Aosta, che spende il 6,9% più della media nazionale, ha ottenuto un punteggio negativo nell'assistenza distrettuale (48,1), e di poco superiore al

¹²¹ Cap. 2.5: "Il Servizio sanitario nazionale: differenze regionali sulla base degli indicatori di Benessere equo e sostenibile (BES), pp. 46-55.

¹²² Legge 4 agosto 2016, n. 163 recante "Modifiche alla legge 31 dicembre 2009, n. 196, concernenti il contenuto della legge di bilancio, in attuazione dell'articolo 15 della legge 24 dicembre 2012, n. 243".

¹²³ In base ai risultati della griglia LEA per il 2018, tale punteggio negativo è stato determinato dalla relativamente bassa percentuale di vaccinati e da una insufficiente alimentazione del flusso di dati verso il NSIS.

minimo in quella ospedaliera (62,6). Positiva, invece, la *performance* dell'Emilia-Romagna che, con una spesa superiore del 5,4% al dato nazionale, ottiene punteggi superiori mediamente del 57% al valore soglia (60) in tutte e tre le aree assistenziali; l'Emilia-Romagna, tra l'altro, è l'unica Regione a conseguire un punteggio superiore a 90 in tutte e tre le aree di intervento, seguita dal Veneto e dalla Lombardia, che però, per l'assistenza ospedaliera, ottengono un punteggio di poco inferiore, pari, rispettivamente, a 86,7 e 86,0. Lombardia e Piemonte, con livelli di spesa *pro capite* maggiori del 2% e dell'1% alla media nazionale, ottengono punteggi, in tutte e tre le aree assistenziali, nettamente migliori di quelli dei primi 6 enti territoriali (di cui quattro a Statuto speciale) che spendono dal 6,9% al 25,7% più del valore nazionale. La Toscana spende il 3,6% in più del *pro capite* nazionale, con risultati, però, che la collocano al vertice del punteggio nell'area della prevenzione (95,7), e al secondo posto (dopo la Provincia autonoma di Trento) in quella ospedaliera (88, assieme ad Umbria). Positiva anche la *performance* del Veneto¹²⁴ che, con una spesa *pro capite* pari a 1.941 euro, di poco inferiore (-1,02%) alla media nazionale, ottiene punteggi migliori, in tutte e tre le aree assistenziali, a quelli dei primi 6 enti territoriali con maggiore spesa *pro capite*; tali punteggi sono superiori di circa il 67% al valore soglia nell'area distrettuale, del 56,7% nell'area prevenzione, e del 44,5% in quella ospedaliera.

La spesa *pro capite* del Mezzogiorno, invece, si situa tutta al di sotto della media nazionale, con valori che vanno dal -3% della Basilicata al -7,2% della Campania. Riguardo alle performance più insoddisfacenti, la Calabria ottiene un punteggio negativo, inferiore a 60, in tutte e tre le aree assistenziali, la Sicilia in quella per la prevenzione, la Basilicata nell'area distrettuale. Nelle Regioni in piano di rientro, ad eccezione dell'area prevenzione, nella quale Lazio, Abruzzo e Puglia registrano punteggi di poco superiori a 80, nelle restanti due aree i punteggi si collocano tra il valore minimo (60) e 79. Confrontando le *performance* del Veneto con quelle delle Regioni in piano di rientro (tabella 40), la forbice in favore del Veneto oscilla, per l'area prevenzione, da un minimo di 8 punti (Lazio) fino a 36 punti (Sicilia), per l'area distrettuale da 18,6 punti (Abruzzo) a 42,1 punti (Calabria), per l'ospedaliera,

¹²⁴ Nel 2019, Veneto, Piemonte ed Emilia-Romagna, sulla base dei risultati dell'esercizio 2016 e degli esiti dell'indicatore per la Qualità e l'Efficienza (IQE), sono state scelte dalla Conferenza dei presidenti di Regione quali Regioni *benchmark* ai fini della ripartizione del FSN di quell'anno in base ai costi e fabbisogni standard. La determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali è disciplinata dall'art. 27 del d.lgs. 68/2011, la procedura di selezione prevede che il Ministero della Salute, in base ai risultati dell'IQE, indichi le cinque Regioni "eligibili", tra cui successivamente la Conferenza Regioni ne sceglierà tre; per il riparto del FSN 2018 (avvenuto sulla base dei dati dell'esercizio 2015), le cinque Regioni eligibili sono state Umbria, Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto, Marche. Ai fini della predisposizione della proposta di riparto del finanziamento per l'anno 2022, sulla base dei risultati dell'esercizio 2018 certificati dai Tavoli tecnici e rilevati dall'IQE, Veneto (quinta in graduatoria), Emilia-Romagna (prima in graduatoria), Umbria (seconda), Marche (terza) e Lombardia (quarta), sono state selezionate quali Regioni "eligibili". Sono eligibili le Regioni che hanno garantito l'erogazione dei LEA, avendo riportato un punteggio pari o superiore al punteggio mediano, e l'equilibrio economico finanziario del bilancio sanitario regionale, "con esclusivo riferimento, per la determinazione dei ricavi, alle risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive. L'IQE utilizza come base di dati il modello Livelli Assistenziali (LA), che ripartisce i costi rappresentati nel modello CE per macro-livello assistenziale, depurandoli di quelli relativi alla mobilità attiva, alle prestazioni *extra* LEA, e alle spese sostenute per l'assistenza agli stranieri irregolari, al fine di definire un aggregato di spesa omogeneo confrontabile con il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato. L'IQE è un indicatore composito strutturato in 19 sotto indicatori, che monitorano, tra l'altro, il punteggio della griglia LEA, l'incidenza percentuale dell'avanzo/disavanzo sul finanziamento ordinario, la qualità clinica (percentuale di interventi per frattura al femore operati entro due giorni), l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri medici e chirurgici, il costo medio dei ricoveri per acuti e post acuti, la spesa farmaceutica *pro capite*, gli scostamenti dagli standard previsti dell'incidenza dei tre livelli di assistenziali sulla spesa totale.

da 12,9 punti (Abruzzo) fino a 39,3 punti (Calabria). Gli scostamenti medi, inoltre, evidenziano che l'area in cui si concentrano le maggiori disparità geografiche è quella dei servizi territoriali (area distrettuale, -27,5), seguita da quella ospedaliera (-23,1) e dalla prevenzione (-19,3).

Comparando, infine, la spesa *pro capite* con la somma dei punteggi ottenuti nelle tre aree di intervento, la spesa più efficiente e dall'elevato valore aggiunto risulta essere quella dell'Emilia-Romagna (+103,6), del Veneto (+98,4), e della Lombardia (+87,9), che hanno gli scostamenti positivi più ampi rispetto ai valori minimi; negativi, invece, quelli della Provincia autonoma di Bolzano (-2,5, con una spesa *pro capite* più alta del 22,4% rispetto alla media nazionale), e della Regione Calabria (-17,2, che spende il 4,7% in meno rispetto al valore medio nazionale).

Tabella 39 - Spesa sanitaria regionale corrente e punteggio NSG 2019, in ordine decrescente per valore di spesa *pro capite*

Regioni	Anno 2019						
	Spesa sanitaria corrente dei SSR*, dati di Conto economico	Spesa sanitaria <i>pro capite</i>	Scostamento % spesa <i>pro capite</i> regionale sulla media nazionale	Punteggio area Prevenzione	Punteggio area Distrettuale	Punteggio area Ospedaliera	Differenza tra punteggio complessivo (a+b+c) e somma dei valori minimi**
				A	B	C	
Molise*	742,1	2.465,0	25,7	76,3	67,9	48,7	12,9
P.A. Bolzano	1.277,5	2.399,0	22,4	53,8	50,9	72,8	-2,5
P. A. Trento	1.213,0	2.224,0	13,4	78,6	75,1	97,0	70
Liguria	3.251,5	2.132,0	8,7	82,1	85,5	76,0	59
Friuli-V. G.	2.567,2	2.129,0	8,6	80,4	78,4	80,6	59,4
Valle d'Aosta	262,2	2.096,0	6,9	72,2	48,1	62,6	2,8
Emilia-R.	9.227,4	2.067,0	5,4	94,4	94,5	94,7	103,6
Sardegna	3.302,4	2.048,0	4,4	78,3	61,7	66,2	26
Toscana	7.505,5	2.032,0	3,6	95,7	69,3	88,0	72,9
Lombardia	20.057,1	2.000,0	2,0	92,0	90,0	86,0	87,9
Piemonte	8.534,0	1.980,0	1,0	91,7	88,3	85,8	85,8
Umbria	1.719,9	1.977,0	0,8	95,7	69,3	88,0	72,9
Italia	116.928,0	1.961,0					
Veneto	9.468,9	1.941,0	-1,02	94,1	97,6	86,7	98,4
Abruzzo*	2.485,5	1.921,0	-2,04	82,4	79,0	73,8	55,3
Marche	2.891,0	1.911,0	-2,55	89,5	85,6	82,8	77,8
Basilicata	1.051,5	1.902,0	-3,01	76,9	50,2	77,5	24,7
Puglia*	7.462,2	1.888,0	-3,72	81,6	76,5	72,2	50,3
Sicilia*	9.184,7	1.884,0	-3,93	58,2	75,2	70,5	23,9
Lazio*	10.791,3	1.875,0	-4,39	86,2	73,5	72,4	52,2
Calabria*	3.538,0	1.868,0	-4,74	59,9	55,5	47,4	-17,2
Campania*	10.395,1	1.820,0	-7,19	78,9	63,0	60,4	22,3

Fonte: elaborazione Cdc su dati di conto economico consuntivo anno 2019 (Rapporto sul monitoraggio del SSN, edizione 2021), importi in milioni di euro e *pro capite* in euro

* Regioni in piano di rientro.

** Pari a 60 per ciascuna area

Tabella 40 - Confronto tra le *performance* del Veneto e quelle delle Regioni in piano di rientro, in base ai risultati del monitoraggio dei LEA con il NSG, anno 2019

Regioni e Province autonome	Spesa sanitaria <i>pro capite</i>	Scostamento % spesa <i>pro capite</i> regionale sulla media nazionale	Punteggio area Prevenzione	Punteggio area Distrettuale	Punteggio area Ospedaliera	Area prevenzione: punteggi differenziali Regioni in piano di rientro rispetto al Veneto	Area distrettuale: punteggi differenziali Regioni in piano di rientro rispetto al Veneto	Area ospedaliera: punteggi differenziali Regioni in piano di rientro rispetto al Veneto
Veneto	1.941,00	-1,02	94,1	97,6	86,7			
Molise*	2.465,00	25,7	76,3	67,9	48,7	-17,8	-29,7	-38
Abruzzo*	1.921,00	-2,04	82,4	79	73,8	-11,7	-18,6	-12,9
Puglia*	1.888,00	-3,72	81,6	76,5	72,2	-12,5	-21,1	-14,5
Sicilia*	1.884,00	-3,93	58,2	75,2	70,5	-35,9	-22,4	-16,2
Lazio*	1.875,00	-4,39	86,2	73,5	72,4	-7,9	-24,1	-14,3
Calabria*	1.868,00	-4,74	59,9	55,5	47,4	-34,2	-42,1	-39,3
Campania*	1.820,00	-7,19	78,9	63	60,4	-15,2	-34,6	-26,3
Valore medio scostamenti						-19,3	-27,5	-23,1

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati di Conto economico consuntivo anno 2019 e su dati del Ministero della Salute; importi *pro capite* in euro

7 FINANZIAMENTO SETTORE SANITARIO

7.1 Premessa

Le politiche di finanziamento dei sistemi sanitari condizionano l'accessibilità alle cure, la qualità dei servizi e la stessa efficienza dell'organizzazione del sistema sanitario. Il tema del finanziamento del Servizio sanitario nazionale costituisce, dunque, momento fondamentale della problematica connessa alle esigenze di tutela della salute, in virtù dello stretto legame tra l'effettività di tale diritto, costituzionalmente garantito, e le risorse disponibili e investite per renderlo concreto e sostenibile¹²⁵.

A tal riguardo, il Giudice delle leggi colloca la spesa sanitaria nell'ambito delle spese costituzionalmente necessarie, le quali sono in grado di ridurre la discrezionalità del legislatore, in quanto *“una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...] È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione”* (Corte cost. sent. n. 275/2016). Corollario di tale principio è che *“mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei LEA, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa.”* (Corte cost. sent. n. 62/2020, cit.)¹²⁶.

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) è costituito da un complesso sistema di strutture che erogano servizi allo scopo di garantire ai cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale alle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione. L'attuale quadro ordinamentale delinea, come evidenziato dalla giurisprudenza costituzionale¹²⁷, una *“tutela multilivello”* del diritto alla salute.

Spetta, infatti, allo Stato (Titolo V, art. 117, co. 2, lett. m, Cost.) determinare e vigilare sulla effettiva erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, e definire l'ammontare delle risorse finanziarie da destinare alla sanità; spetta, invece, alle Regioni, nell'ambito territoriale di competenza, organizzare il servizio sanitario e garantire le prestazioni e i

¹²⁵ In tale ottica, il finanziamento del Servizio sanitario nazionale dovrebbe essere coerente (quantomeno) con l'effettiva capacità del sistema sanitario di erogazione dei Livelli essenziali di assistenza secondo *standard* qualitativi definiti a livello statale.

¹²⁶ Cfr. anche Corte cost., sentenza n. 142/2021 e l'ulteriore giurisprudenza citata nella precedente sezione IV, *“Il monitoraggio dei servizi sanitari regionali sulla base della griglia LEA”*.

¹²⁷ Cfr., *ex multis*, Corte cost. n. 62/2020 cit., secondo cui *“l'intreccio tra profili costituzionali e organizzativi comporta che la funzione sanitaria pubblica venga esercitata su due diversi livelli di governo: quello statale [...] e quello regionale [...]. La presenza di due livelli di governo rende necessaria la definizione di un sistema di regole che ne disciplini i rapporti di collaborazione, nel rispetto delle reciproche competenze. Ciò al fine di realizzare una gestione della funzione sanitaria pubblica efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini coerentemente con le regole di bilancio, le quali prevedono la separazione dei costi “necessari”, inerenti alla prestazione dei LEA, dalle altre spese sanitarie, assoggettate invece al principio della sostenibilità economica”*.

servizi inclusi nei Livelli essenziali di assistenza – rispettando *standard* costituzionalmente conformi – attraverso gli enti del proprio Servizio sanitario regionale.

La determinazione, il finanziamento e l'erogazione dei LEA compongono un sistema articolato “*il cui equilibrio deve essere assicurato dalla sinergica coerenza dei comportamenti di tutti i soggetti coinvolti nella sua attuazione*” (cfr. Corte cost., n. 132/2021).

Si è, innanzi, evidenziato che nell'ultimo decennio, il sistema sanitario italiano, come anche quello dei Paesi più industrializzati, ha vissuto un periodo di forti pressioni sotto il profilo economico-finanziario, a causa dell'aumento dei costi nell'erogazione dei servizi sanitari¹²⁸ e dell'esigenza di contenimento della spesa pubblica. In tale prospettiva, costituisce un aspetto centrale il raggiungimento di un punto di equilibrio tra la sostenibilità economico-finanziaria del sistema sanitario e la qualità del servizio erogato.

Ai sensi dell'art. 26, co. 1, d.lgs. n. 68/2011, il fabbisogno sanitario nazionale *standard* è determinato, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza¹²⁹.

Pertanto, si tratta di un livello programmato che costituisce il valore di risorse che lo Stato è nelle condizioni di destinare al Servizio sanitario nazionale per l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA definiti, da ultimo, nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017).

La legge statale determina annualmente il fabbisogno sanitario nazionale *standard*, cioè il livello complessivo delle risorse del Servizio sanitario nazionale (SSN) al cui finanziamento concorre lo Stato¹³⁰.

Giova ricordare che il sistema di finanziamento pubblico della sanità si basa essenzialmente su risorse provenienti dalla fiscalità generale¹³¹ (quote di compartecipazione al gettito di imposte dirette, quali addizionale Irpef e Irap, e indirette, relativamente alla compartecipazione al gettito Iva e accise sulla benzina), a cui si aggiungono le risorse derivanti dalle varie forme di compartecipazione alla spesa

¹²⁸ Tra i principali fattori che contribuiscono all'aumento dei costi: la tendenza all'invecchiamento della popolazione, la crescente fragilità dei pazienti anziani, il passaggio dall'acuzie alla cronicità e dalla mono alla pluripatologia, l'aumento dei flussi migratori e gli effetti della globalizzazione, la rapidità del progresso tecnologico, un mutato concetto di benessere e di qualità della vita e il conseguente forte incremento quantitativo e qualitativo del fabbisogno assistenziale da parte dei cittadini.

¹²⁹ In sede di determinazione, sono distinte la quota destinata complessivamente alle Regioni a statuto ordinario, comprensiva delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale (ai sensi dell'art. 1, cc. 34 e 34-bis, della l. n. 662/1996), e le quote destinate ad enti diversi dalle Regioni.

¹³⁰ Le Regioni a statuto speciale e le due Province autonome provvedono al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio direttamente, senza cioè alcun onere a carico del bilancio dello Stato. Vi è però, la particolarità della Regione siciliana che concorre con lo Stato al finanziamento del Fondo sanitario con una compartecipazione a carico del bilancio regionale fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario (l. n. 296/2006, art. 1, co. 830).

¹³¹ Ai fini della determinazione del Fondo sanitario nazionale (di parte corrente e delle specifiche quote) da assegnare alle Regioni si considera come dotazione propria delle stesse il gettito dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche ed il 90% del gettito, ricalcolato sulla base delle aliquote dell'imposta regionale sulle attività produttive, al netto delle quote attribuite allo Stato (art. 38, co. 1, d.lgs. n. 446/1997).

sanitaria da parte degli assistiti (proventi derivanti dai servizi a pagamento e dai *ticket*) e le entrate proprie della Regione, nonché, per una parte residuale, i trasferimenti finalizzati ad interventi specifici¹³².

L'assetto organizzativo in ambito sanitario prevede, sin dalla sua costituzione con la riforma attuata dalla legge n. 883/1978, una asimmetria tra i centri di responsabilità della spesa, in capo alle Regioni, e il prelievo coattivo delle risorse – attraverso la fiscalità generale – per il finanziamento della spesa, che permane in capo (quasi integralmente) allo Stato. La riforma costituzionale del 2001 ha confermato il modello sanitario regionalizzato, nel quale devono essere garantiti i Livelli essenziali di assistenza. I diversi modelli di sanità regionale, nei quali la prossimità al territorio dovrebbe garantire la migliore programmazione e l'efficiente erogazione del servizio, spesso non hanno risposto in maniera adeguata ai bisogni sanitari della collettività, anche a causa di singole gestioni inefficienti.

Le politiche adottate negli ultimi anni hanno generato alcune profonde trasformazioni nei processi produttivi delle aziende pubbliche e private accreditate operanti nell'ambito dell'assistenza sanitaria. In considerazione dei bisogni crescenti e dei profili di sostenibilità finanziaria, la riorganizzazione dei servizi sanitari ha assunto (e assume tutt'ora) un ruolo fondamentale, soprattutto per evitare una riduzione delle prestazioni che si rifletterebbe inevitabilmente sulla copertura qualitativa e quantitativa dei servizi erogati.

In tale ambito, viene in rilievo la capacità di riorientare i servizi sulla base delle nuove necessità, compensando il ridimensionamento dei servizi ospedalieri ordinari con un rafforzamento di quelli territoriali. Nel contempo, il cambiamento a cui è soggetto il modello organizzativo in ambito sanitario non può prescindere dall'impiego di risorse destinate alle nuove tecnologie.

Le misure adottate prima della crisi pandemica non sono state in grado di superare il divario presente nella capacità di fornire il livello *standard* (in termini di quantità e qualità) di prestazioni sanitarie su tutto il territorio della Repubblica.

Positivi cambiamenti potranno derivare dall'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza, che, come già evidenziato (*supra*, cap. 5 PNRR), ha previsto un innovato paradigma di assistenza e cura

¹³² Per approfondimenti sugli effetti della riforma fiscale nell'ambito del finanziamento sanitario, v. Sezioni riunite in sede di controllo – deliberazione n. 19/SSRRCO/AUD/2021, concernente l'audizione della Corte dei conti presso le Commissioni congiunte Finanze e tesoro di Senato della Repubblica e Camera dei deputati nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla riforma dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e altri aspetti del sistema tributario, febbraio 2021, e Sezione delle autonomie Audizione in data 4 maggio 2022 innanzi alla Commissione Parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale nonché la deliberazione n. 28/SEZAUT/2019/AUD, avente ad oggetto l'audizione della Corte dei conti presso la Commissione Finanze della Camera dei deputati nell'ambito dell'indagine conoscitiva sui sistemi tributari delle Regioni e degli enti territoriali nella prospettiva dell'attuazione del federalismo fiscale e dell'autonomia differenziata.

nelle due componenti della Missione 6¹³³ con l'intento, tra l'altro, di rimediare alle disparità territoriali nell'erogazione dei servizi ed all'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali¹³⁴.

Sotto il profilo procedurale, l'assegnazione annuale alle Regioni e Province autonome delle quote del Fondo sanitario nazionale¹³⁵, ossia le risorse necessarie e finanziariamente sostenibili per l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), è demandata al CIPE, su proposta del Ministro della Salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome¹³⁶. Al fine di assicurare l'omogeneità nell'erogazione delle prestazioni, le varie fonti di finanziamento devono servire – *in primis* – a finanziare tutte le prestazioni che rientrano nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Ove siano garantiti questi livelli le risorse regionali – se non destinate alla copertura dei LEA – possono essere utilizzate per le erogazioni di servizi *extra*-LEA.

Non può però non evidenziarsi che, tutt'ora, diversi Sistemi sanitari regionali sono impegnati nel risanamento di *deficit*¹³⁷ formati negli anni passati.

La partecipazione delle Regioni all'opera di risanamento dei conti pubblici si attua attraverso i piani di rientro, con i quali si persegue l'obiettivo di garantire la necessaria condizione di equilibrio tra l'erogazione dei servizi sanitari e la sostenibilità economica, attraverso un programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione o di potenziamento del singolo Servizio sanitario regionale.

A tal riguardo si osserva che se a livello generale la riduzione dei disavanzi sta comunque procedendo, in virtù dell'efficacia del sistema di monitoraggio e controllo posto in essere¹³⁸, non mancano ambiti da attenzionare maggiormente (*cfr.* cap. 8, I risultati delle gestioni sanitarie in piano di rientro e le valutazioni dei tavoli tecnici) a seguito di una riduzione tendenziale nel percorso di risanamento e di situazioni difficoltose nella gestione dei conti sanitari.

I risultati raggiunti sono stati conseguiti attraverso maggiori sacrifici delle singole comunità, determinando condizioni territorialmente diseguali nei servizi sanitari, sia sotto il profilo dei costi posti

¹³³ Prima componente: "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale"; seconda componente: "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN".

¹³⁴ Con riferimento allo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN, il recente d.m. 23 maggio 2022 n. 77, adottato ai sensi dell'art. 1, co. 274, della l. n. 234/2021, dal Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, ha definito in modo uniforme per tutto l'intero territorio nazionale degli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza territoriale, nel cui ambito le Regioni e le Province autonome dovranno adottare il provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale, da attuarsi, in concreto, da parte degli enti sanitari.

¹³⁵ Lo Stato trasferisce le risorse per il finanziamento del settore sanitario alle Regioni che a loro volta, sulla base dell'organizzazione del sistema sanitario regionale, della programmazione nell'erogazione dei servizi e del perseguimento dell'equilibrio finanziario complessivo del sistema sanitario regionale, distribuiscono le risorse tra gli enti sanitari regionali.

¹³⁶ Ai sensi dell'art. 39, co. 1, d.lgs. n. 446/1997 "Il CIPE su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, delibera annualmente l'assegnazione in favore delle regioni, a titolo di acconto, delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, tenuto conto dell'importo complessivo presunto del gettito dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche di cui all'articolo 50 e della quota del gettito dell'imposta regionale sulle attività produttive, di cui all'articolo 38, comma 1, stimati per ciascuna regione. Il CIPE con le predette modalità provvede entro il mese di febbraio dell'anno successivo all'assegnazione definitiva in favore delle regioni delle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente, ad esse effettivamente spettanti. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, è autorizzato a procedere alle risultanti compensazioni a valere sulle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente, erogate per il medesimo anno".

¹³⁷ La dimensione dei *deficit* registrata negli anni passati è tale per cui tali disavanzi non sono stati ancora completamente recuperati. Attualmente risultano in piano di rientro: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia.

¹³⁸ Il riferimento è sia a livello regionale, ma soprattutto a livello centrale attraverso il monitoraggio del tavolo tecnico.

a carico dei cittadini (innalzamento delle aliquote Irpef, *super-ticket*, ecc.), sia sotto il profilo della qualità e quantità dei servizi prestati.

Come innanzi ricordato, l'evoluzione dello scenario del settore sanitario, fortemente condizionata dall'emergenza sanitaria dovuta al Covid-19, nel prossimo futuro, sarà positivamente influenzata dall'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)¹³⁹ e dovrà conciliarsi con i principi dello sviluppo sostenibile promulgati dall'Agenda 2030¹⁴⁰.

7.2 Fondo Sanitario Nazionale

L'importanza di un sistema sanitario non risiede solamente nella sua principale finalità di garantire la salute dei cittadini, sia nella prevenzione che nella cura, ma anche nella crescente importanza che esso riveste nel tessuto economico di uno Stato, avuto riguardo all'entità del finanziamento stanziato ed alle scelte operate nell'allocazione delle risorse¹⁴¹.

In tale contesto, i finanziamenti per il settore sanitario – nell'ambito della assegnazione della quota spettante a ciascuna Regione – dovrebbero essere individuati in congruo anticipo rispetto all'inizio dell'esercizio (o nei primi mesi dell'anno), per consentire agli enti territoriali di effettuare un'adeguata programmazione delle risorse e delle attività dei propri Servizi sanitari regionali.

Attraverso una congrua pianificazione, che tenga conto delle risorse effettivamente disponibili (nel rispetto dei necessari adempimenti contabili di accertamento e di impegno)¹⁴², le Regioni potrebbero rispondere con migliori risultati ai bisogni della collettività nell'erogazione dei servizi sanitari. In tale

¹³⁹ Nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza troviamo la Missione 6 - Salute. Le risorse che finanziano la Missione 6, complessivamente pari a circa 20,2 miliardi di euro, derivano da: a) *Recovery and Resilience Facility* (RRF) per 15,6 miliardi di euro; b) *Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe* (React-EU) per 1,7 miliardi di euro; c) Piano Nazionale Complementare (PNC) per 2,9 miliardi di euro. La Missione 6 prevede uno stanziamento complessivo, finanziato dal *Recovery and Resilience Facility* (RRF), di 15,6 miliardi di euro con due obiettivi principali: potenziare la capacità di prevenzione e cura del sistema sanitario nazionale a beneficio di tutti i cittadini, garantendo un accesso equo e capillare alle cure e promuovere l'utilizzo di tecnologie innovative nella medicina.

¹⁴⁰ Si tratta di un programma d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità sottoscritto nel settembre 2015 da 193 Paesi membri dell'ONU. L'Agenda 2030 è articolata in 17 Obiettivi (*Sustainable Development Goals*) declinati a loro volta in 169 *target*, da raggiungere idealmente entro il 2030, che coprono una serie di tematiche legate allo sviluppo sostenibile, dalla sfera economica a quella sociale, politica e ambientale. L'Obiettivo numero 3, in particolare, è incentrato sulla salute, racchiudendo diversi *target*.

¹⁴¹ I diversi Paesi avanzati hanno un proprio sistema sanitario che risulta essere differente da tutti gli altri, in virtù di specifiche peculiarità che si fondano su aspetti politici, economici, giuridici, sociali e culturali propri di ogni Paese. Infatti, per ciascun sistema sanitario sono differenti la struttura, i soggetti principali e le competenze loro attribuite, le modalità di erogazione dei servizi di assistenza sanitaria, i meccanismi di finanziamento e le principali tipologie di spesa.

L'importanza di un sistema sanitario non risiede solamente nella sua principale finalità di garantire la salute dei cittadini, sia nel prevenire le malattie che curandole, ma anche nella crescente importanza che esso riveste nel tessuto economico di uno Stato, sia con riferimento al suo finanziamento sia a quello dell'allocazione delle risorse.

Tra i Paesi aderenti all'OCSE, sono presenti vari modelli di sistema sanitario, riconducibili prevalentemente a quattro modelli principali: 1. Modello *Beveridge* (Italia); 2. Modello *Bismark* (Germania); 3. Modello *Shemashko*; 4. Modello assicurazioni *private* (Stati Uniti).

¹⁴² La mancata tempestività nella ripartizione delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale comporta varie conseguenze negative, non solo sulla quantità e qualità del servizio, ma anche sotto il profilo contabile in virtù della mancata regolarizzazione delle anticipazioni sanitarie (prelevamenti e versamenti dal conto di tesoreria unica per la gestione sanitaria) che vengono iscritte nelle contabilità speciali fino alla cristallizzazione della ripartizione del Fondo sanitario nazionale.

virtuosa ottica, negli ultimi anni si è assistito ad una anticipazione degli accordi di assegnazione (*in primis* in sede provvisoria)¹⁴³ delle quote di finanziamento alle Regioni.

La composizione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale è rappresentata dal c.d. riparto, ovvero dall'assegnazione, a seguito dell'individuazione delle fonti di finanziamento, del fabbisogno finanziario alle Regioni al fine di garantire ai singoli territori l'erogazione delle prestazioni sanitarie previste dai Livelli essenziali di assistenza, nel rispetto degli *standard* costituzionalmente conformi.

Nell'ambito di competenza, le Regioni, che sono tenute ad organizzare il servizio sanitario nonché garantire le prestazioni e i servizi inclusi nei Livelli essenziali di assistenza, a loro volta, assegnano - in base a diversi parametri¹⁴⁴ - le risorse finanziarie alle aziende sanitarie del proprio territorio.

Il procedimento di determinazione e attribuzione alle Regioni del livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale è complesso ed articolato in diverse fasi.

Con atto normativo di rango primario principalmente in sede di legge di bilancio è definito il finanziamento del fabbisogno sanitario *standard* a cui concorre lo Stato su base annuale per il triennio di programmazione; successivamente, il Ministero della Salute formula, alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, la proposta di riparto del finanziamento (indistinto¹⁴⁵, vincolato¹⁴⁶ e altri finanziamenti). Sulla base della proposta formulata dal Ministero della Salute, le Regioni raggiungono un accordo politico sulla ripartizione delle risorse e la Conferenza Stato-Regioni, mediante intesa, determina il riparto¹⁴⁷. Infine, il Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (CIPESS)¹⁴⁸ - in precedenza CIPE - con propria delibera¹⁴⁹, assegna i finanziamenti e la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale tra le Regioni.

¹⁴³ L'assegnazione definitiva delle quote del finanziamento sanitario avviene con la delibera CIPE (ora CIPESS). I precedenti accordi, specie l'intesa raggiunta in sede di Conferenza Stato-Regioni, rappresentano una assegnazione provvisoria delle risorse finanziarie.

¹⁴⁴ I parametri sono definiti a livello regionale e l'assegnazione delle risorse alle aziende sanitarie tiene conto, tra le altre cose, della mobilità passiva (cioè i residenti che si curano in strutture di altre aziende sanitarie o Regioni) e della mobilità attiva (nel caso siano state curate persone provenienti dall'esterno dell'azienda). Inoltre, le aziende vengono inoltre finanziate dalla Regione sulla base delle prestazioni erogate in regime di ricovero (attraverso il costo previsto dai DRG) oppure negli ambulatori (attraverso il tariffario delle prestazioni specialistiche e diagnostiche).

¹⁴⁵ Il fabbisogno indistinto distribuito tra le Regioni serve ad assicurare l'erogazione dei LEA.

¹⁴⁶ Il fabbisogno vincolato comprende le risorse destinate a: 1. Obiettivi sanitari di carattere prioritario, individuati annualmente dal Ministero della salute; 2. Interventi in materia sanitaria previsti da specifiche norme nazionali e attuati dalle Regioni; 3. Altri enti diversi dalle Regioni. Gli importi da destinare al fabbisogno vincolato sono generalmente definiti per via legislativa.

¹⁴⁷ Il raggiungimento dell'intesa Stato-Regioni assume rilevanza anche nell'ambito della ripartizione delle quote relative alla mobilità interregionale: in tal senso, la quota-parte dei rimborsi per la mobilità è accreditata o addebitata alle Regioni in corso di esercizio, come indicata in via provvisoria nel riparto del fabbisogno finanziario del Servizio sanitario nazionale, operando i necessari conguagli in sede di determinazione definitiva dei saldi delle mobilità regionali.

¹⁴⁸ Dal 1° gennaio 2021 il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) cambia nome in Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (CIPESS). Non si tratta di un mero cambio nominalistico ma di un cambiamento sostanziale che coincide con una delle sfide principali del Paese: il rilancio della crescita secondo criteri di sostenibilità, anche attraverso l'innovazione del nostro sistema produttivo, in ossequio all'Agenda ONU 2030 e ai programmi dell'Unione Europea.

¹⁴⁹ Ai sensi del co. 1, art. 39, d.lgs. n. 446/1997, il CIPE su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, delibera annualmente l'assegnazione in favore delle Regioni, a titolo di acconto, delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, tenuto conto dell'importo complessivo presunto del gettito dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (art. 50, d.lgs. citato) e della quota del gettito dell'imposta regionale sulle attività produttive (art. 38, co. 1, d.lgs. citato) stimati per ciascuna Regione. Il CIPE con le predette modalità provvede entro il mese di febbraio dell'anno successivo all'assegnazione definitiva in favore delle Regioni delle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente, ad esse effettivamente spettanti.

Le modalità di erogazione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale¹⁵⁰ da parte dello Stato sono stabilite dall'art. 77-*quater* d.l. n. 112/2008 e dall'art. 2, co. 68, lett. b), l. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010).

Dette disposizioni prevedono che la misura dell'erogazione del suddetto finanziamento, comprensivo di eventuali anticipazioni¹⁵¹, sia fissata nella misura del 97% delle somme dovute a titolo di finanziamento ordinario della quota indistinta, al netto delle entrate proprie per le Regioni a statuto ordinario, e per la Regione siciliana della compartecipazione regionale al finanziamento della spesa sanitaria, quale risulta dall'intesa espressa, ai sensi delle norme vigenti, dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale per ciascun anno. Per le Regioni che risultano adempienti nell'ultimo triennio, rispetto agli obblighi previsti dalla normativa vigente, la misura della citata erogazione del finanziamento è stabilita nella superiore misura del 98% (tale livello può essere ulteriormente elevato compatibilmente con gli obblighi di finanza pubblica). La restante quota, condizionata alla verifica positiva degli adempimenti regionali è fissata nella misura del 3% e del 2% delle somme di cui all'art. 2, co. 68, lett. b), l. n. 191/2009, rispettivamente per le Regioni che accedono all'erogazione nella misura del 97% e per quelle che accedono all'erogazione nella misura del 98% o superiore¹⁵².

Giova ricordare come l'art. 117 del d.l. n. 34/2020, in considerazione dell'emergenza Covid-19, abbia previsto - in deroga a quanto stabilito dall'art. 2, co. 68, lett. b) e c), della l. n. 191/2009, e nelle more dell'adozione delle delibere del CIPE - l'innalzamento delle percentuali relative all'erogazione del finanziamento sanitario nella misura del 99% e del 99,5% (per le Regioni che risultano adempienti nell'ultimo triennio rispetto agli obblighi di legge)¹⁵³.

7.2.1 Analisi del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale

Il livello del fabbisogno nazionale *standard* rappresenta il finanziamento complessivo della sanità pubblica con risorse statali ed è determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria. Si

¹⁵⁰ Il finanziamento sanitario ripartito tra le Regioni si divide in finanziamento indistinto (finalizzato alla erogazione dei LEA), finanziamento vincolato e altre forme di finanziamento.

¹⁵¹ Il Ministro del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica, è autorizzato a concedere alle Regioni annualmente anticipazioni mensili da accreditare ai conti correnti in essere presso la tesoreria centrale dello Stato, nei limiti di un dodicesimo dell'importo complessivo presunto del gettito dell'addizionale e della quota di imposta regionale sulle attività produttive nonché delle quote del Fondo sanitario nazionale.

¹⁵² L'erogazione di detta quota si provvede a seguito dell'esito positivo della verifica degli adempimenti previsti dalla normativa vigente; ove ricorrano le condizioni, la quota premiale è erogata nell'anno successivo a quello di riferimento, a seguito delle verifiche del Tavolo tecnico istituito ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

¹⁵³ Sono rideterminate di conseguenza le somme residue che rimangono da erogare, come previsto all'art. 2, co. 68, lett. c) della l. n. 191/2009, per gli anni 2019 e 2020, che rispetto al totale della somma da erogare alle Regioni inadempienti e alle Regioni adempienti nell'ultimo triennio, scendono, rispettivamente, all'1% e allo 0,5%.

tratta di un livello programmato che costituisce il valore di risorse che lo Stato è nelle condizioni di destinare al Servizio sanitario nazionale per l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA, definiti da ultimo d.P.C.M. 12 gennaio 2017). Questo livello di spesa, che comprende tutte le voci dei trasferimenti alle autonomie territoriali per gli aspetti sanitari, è diverso dal complesso della spesa sanitaria¹⁵⁴, in quanto in quest'ultima grandezza rientrano altre uscite legate al comparto sanitario, che fanno capo allo stato di previsione del Ministero della salute.

Deve rilevarsi che il finanziamento sanitario a carico dello Stato¹⁵⁵ ha registrato un andamento di crescita nel periodo 2001-2008, cui è seguito un periodo di rallentamento della dinamica di incremento, fino al 2020, anno in cui, con le ulteriori risorse impiegate dallo Stato per affrontare l'emergenza sanitaria, si è invertito il *trend* di riduzione degli incrementi registrato fino al 2019.

Nel triennio 2017-2019, la progressiva riduzione degli incrementi del livello del fabbisogno sanitario nazionale, già delineata nel Patto per la Salute 2014-2016¹⁵⁶ è principalmente ascrivibile al contributo aggiuntivo che le Regioni (a statuto ordinario), attraverso una serie di atti concordati a livello di Conferenza Stato-Regioni¹⁵⁷, hanno dovuto assicurare alla finanza pubblica nel corso degli anni dal 2015 al 2018. A causa del mancato contributo, previsto dall'art. 1, co. 392 della legge di bilancio 2017¹⁵⁸, agli obiettivi di finanza pubblica da parte delle autonomie speciali¹⁵⁹, il decreto 5 giugno 2017 ha nuovamente rideterminato il livello del fabbisogno sanitario nazionale, stabilendo ulteriori riduzioni, pari a 423 milioni di euro per il 2017 e 604 milioni di euro a decorrere dal 2018. Pertanto, attraverso tagli lineari¹⁶⁰ imposti dalla normativa statale, le Regioni (a statuto ordinario) hanno assicurato un contributo

¹⁵⁴ Per approfondimenti v. cap. 2, par. 2.2 e tabella 14.

¹⁵⁵ Finanziamento sanitario comprensivo di ulteriori (residuali) incrementi e riduzioni dovuti a successivi atti normativi.

¹⁵⁶ Per il triennio 2014-2016 le risorse destinate al Servizio sanitario erano state indicate, a seguito di rideterminazioni, nel Patto della salute 2014-2016, sancito con l'Intesa Stato-Regioni n. 82/CSR del 10 luglio 2014, e fissate in 109.928 milioni di euro nel 2014, 112.062 milioni di euro nel 2015 e 115.444 milioni di euro nel 2016: il finanziamento è stato successivamente rideterminato dal d.l. n. 78/2015 e dalla legge di stabilità 2016 in 109,7 miliardi per il 2015 e 111 miliardi per il 2016. Per ulteriori approfondimenti v. delib. n. 3/SEZAUT/2018/FRG - Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali, Esercizio 2016 - e del. n. 13/SEZAUT/2019/FRG - Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali, Esercizio 2017.

¹⁵⁷ In proposito si ricorda, da ultimo, l'Intesa dell'11 febbraio 2016, che ha rideterminato in 113.063 milioni per il 2017 e 114.998 milioni tale livello, successivamente ridotto dalla legge di bilancio 2017 (art. 1, co. 392, l. n. 323/2016) a 113.000 milioni di euro per il 2017 e 114.000 milioni di euro per il 2018. Per il 2019 il livello del finanziamento era stato fissato in 115.000 milioni di euro, ridotto a 114.474 milioni di euro considerando ulteriori (residuali) incrementi e riduzioni dovuti a successivi atti normativi.

¹⁵⁸ Il contributo doveva stabilirsi mediante sottoscrizione di singoli accordi con lo Stato - poi non raggiunti - entro il 31 gennaio 2017 in attuazione dell'art. 1, co. 680, l. n. 208/2015.

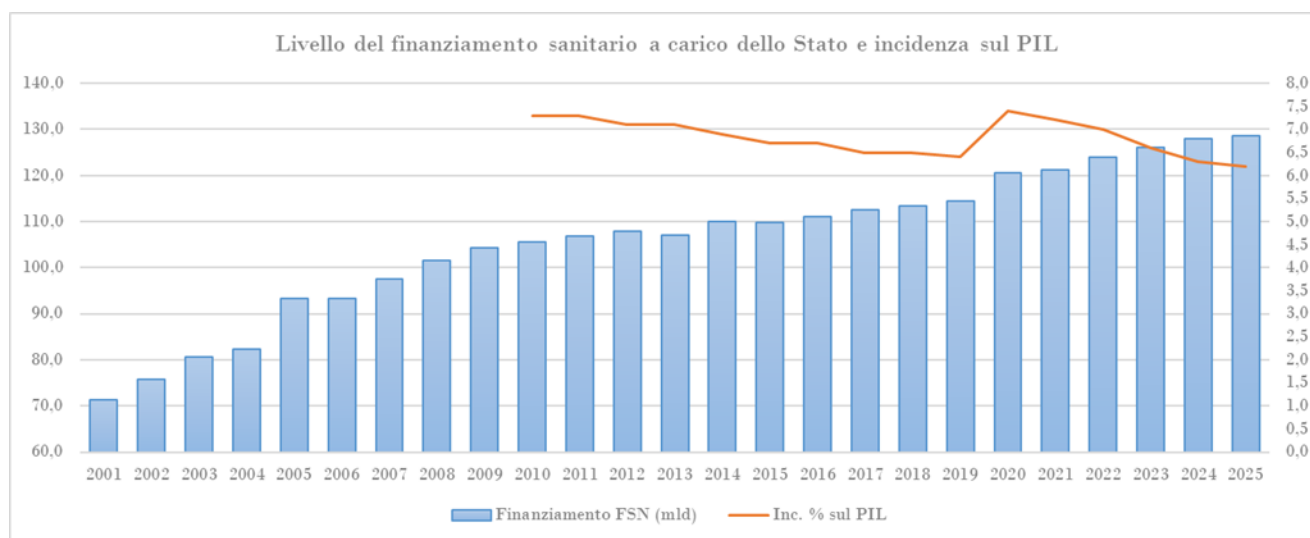
¹⁵⁹ Con sentenza n. 103 del 2018, la Corte Costituzionale ha statuito come non rispettoso del principio di leale collaborazione il rifiuto, da parte delle autonomie speciali, della sottoscrizione degli accordi bilaterali con lo Stato per sancire il loro contributo al risanamento del settore sanitario, determinando così un'ulteriore riduzione del livello del fabbisogno sanitario nazionale a carico delle Regioni a statuto ordinario.

¹⁶⁰ Con riferimento alla legittimità dei tagli lineari della spesa sanitaria, imposti dalla normativa statale, v. sentenza della Corte Costituzionale n. 169 del 2017 con la quale vengono respinte alcune impugnative regionali per pretesa violazione del principio di leale collaborazione. In proposito, *“la Corte richiama la propria sentenza n. 65 del 2016 che, oltre a riconoscere che l'imposizione di risparmi di spesa rientra a pieno titolo nell'esercizio statale della funzione di coordinamento della finanza pubblica, purché in un ambito temporalmente definito, argomenta come il meccanismo legislativo dei tagli lineari non impone di effettuare riduzioni di identica dimensione in tutti i settori, ma di intervenire in ciascuno di questi, limitandosi ad individuare un importo complessivo di risparmio e lasciando alle Regioni il potere di decidere l'entità dell'intervento in ogni singolo ambito. A conferma della coerenza della giurisprudenza della Corte, la sentenza n. 103 del 2018 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della norma statale che, in frontale contrasto con il principio di transitorietà, ha prorogato per la seconda volta una misura di riduzione della spesa sanitaria delle Regioni, dilatandone la durata di un ulteriore anno (fino al 2020) e di fatto estendendo a sei anni l'arco temporale della stessa misura, originariamente prevista per il quadriennio dal 2015 al 2018”. L'estensione dell'ambito temporale di precedenti manovre, secondo la Corte, “potrebbe sottrarre al confronto parlamentare la valutazione degli effetti complessivi e sistemici di queste ultime in un periodo più lungo” (sentenza n. 169 del 2017). Inoltre, con sentenza n. 103 del 2018, la Corte*

aggiuntivo alla finanza pubblica ai fini del rispetto dei vincoli derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'UE.

Dopo il rilevante incremento delle risorse per fronteggiare la spesa emergenziale degli anni 2020 e 2021 a causa della pandemia da Covid-19, si profila un nuovo *“ridimensionamento della crescita della spesa sanitaria nel 2022, fino ad un suo contenimento che proseguirà fino al 2024 ed ascrivibile ai costi del personale e alla definitiva cessazione dei costi legati alla struttura commissariale per l'emergenza. Si sottolinea che questa dinamica della spesa è coerente con gli andamenti medi registrati negli anni precedenti, anche per la prosecuzione degli interventi di razionalizzazione dei costi già programmati a legislazione vigente”*¹⁶¹.

Grafico 3 – Finanziamento del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato anni 2001-2025



Fonte: Ministero della Salute (anni 2001-2019) ed elaborazione Corte dei conti su dati normativa (anni 2020-2025); importi in miliardi di euro

Così delineata la dinamica evolutiva del livello del finanziamento sanitario a carico dello Stato, di seguito si illustra l'iter amministrativo della determinazione del Fondo sanitario nazionale per il periodo 2017-2024¹⁶².

Per il biennio 2017-2018, in assenza del Patto per la salute, la legge di bilancio 2017 (art. 1, co. 392, l. n. 232/2016)¹⁶³ ha determinato – come indicato dall'intesa dell'11 febbraio 2016 (Rep. Atti n. 21/CSR) sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni – il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario

ha colto l'occasione per sottolineare come *“non rispettoso del principio di leale collaborazione il rifiuto, da parte delle autonomie speciali, della sottoscrizione degli accordi bilaterali con lo Stato per sancire il loro contributo al risanamento del settore sanitario, determinando un'ulteriore riduzione del livello del fabbisogno sanitario nazionale a carico delle regioni a statuto ordinario”*. Vedi anche Camera dei deputati – Servizio studi (XVIII Legislatura), Il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, pubblicato il 26 luglio 2022, www.camera.it.

¹⁶¹ V. Camera dei deputati – Servizio studi (XVIII Legislatura), Il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, pubblicato il 26 luglio 2022, www.camera.it.

¹⁶² Per i precedenti anni v. delib. n. 3/SEZAUT/2018/FRG - Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali, Esercizio 2016 – e del. n. 13/SEZAUT/2019/FRG - Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali, Esercizio 2017.

¹⁶³ L'art. 1, co. 392 ha definito il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato in 113 miliardi per il 2017, 114 miliardi per il 2018 e 115 miliardi per il 2019.

standard a cui concorre lo Stato in 113 miliardi di euro per 2017 e in 114 miliardi di euro per il 2018. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 5 giugno 2017¹⁶⁴ è stato rideterminando il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale in 112,557 miliardi di euro¹⁶⁵ per il 2017 e 113,396 miliardi di euro¹⁶⁶ per il 2018. Per tale ultima annualità è intervenuta, dapprima, una riduzione di 1,1 milioni di euro (art. 1, co. 827, l. n. 205/2017)¹⁶⁷ e, poi, un aumento per complessivi 9,2 milioni di euro (art. 18-bis, d.l. n. 148/2017 e art. 9, l. n. 4/2018)¹⁶⁸. Pertanto, a legislazione vigente, il livello del fabbisogno finanziario del settore sanitario per il 2018 è stato fissato in complessivi 113,404 miliardi di euro¹⁶⁹.

Il Patto per la salute 2019-2021 (sancito con l'Intesa Stato-Regioni n. 209/CSR del 18 dicembre 2019) ha delineato la programmazione triennale del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato¹⁷⁰. Ai sensi dell'art. 1, co. 514 e ss., l. n. 145/2018, le risorse sono state

¹⁶⁴ Il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 5 giugno 2017 ha previsto una riduzione del livello di finanziamento del SSN di 423 milioni di euro per il 2017. A decorrere dall'anno 2018 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* è ridotto di 604 milioni di euro.

¹⁶⁵ L'importo di 112,557 miliardi di euro è comprensivo di 325 milioni di euro e di 500 milioni di euro destinati al finanziamento, rispettivamente, del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (art. 1, co. 400, l. n. 232/2016) e del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi (art. 1, co. 401, l. n. 232/2016).

¹⁶⁶ L'importo di 113,396 miliardi di euro è comprensivo di 223 milioni di euro e di 500 milioni di euro destinati al finanziamento, rispettivamente, del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (art. 1, co. 400, l. n. 232/2016) e del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi (art. 1, co. 401, l. n. 232/2016). Inoltre, a seguito di ulteriori incrementi e riduzioni dovuti ad atti normativi il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale è stato determinato in 113,404 miliardi di euro.

¹⁶⁷ La riduzione opera a decorrere dal 2018 per la componente del finanziamento della Regione Friuli-Venezia Giulia relativa al superamento degli OPG di cui all'art. 3-ter, co. 7, d.l. n. 211/2011.

¹⁶⁸ Nel corso del 2017 (art. 18-bis, d.l. n. 148/2017) e del 2018 (art. 9, l. n. 4/2018) vengono previste nuove risorse, a decorrere dall'anno 2018, destinate ad incrementare il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale pari a 9,2 milioni di euro annui per la remunerazione delle farmacie rurali (ex l. n. 662/1996) e a 64 mila euro per l'assistenza gratuita di tipo medicopsicologico in favore dei figli minorenni o maggiorenni economicamente non autosufficienti di vittime del reato di femminicidio (l'incremento di 64 mila euro, dovendo decorrere dalla data di entrata in vigore della disposizione normativa che lo riguarda (16 febbraio 2018) per l'anno 2018 è riproporzionato in 56 mila di euro.

¹⁶⁹ Il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre lo Stato di 113,404 miliardi di euro è comprensivo di 223 milioni di euro e di 500 milioni di euro destinati al finanziamento, rispettivamente, del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (art. 1, co. 400, l. n. 232/2016) e del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi (art. 1, co. 401, l. n. 232/2016).

¹⁷⁰ Con il Patto per la salute 2019-2021 viene confermato l'incremento delle risorse di 2 miliardi per il 2020 e 1,5 miliardi per il 2021.

determinate in 114,5 miliardi di euro¹⁷¹ nel 2019, in 116,5 miliardi di euro¹⁷² nel 2020 e in 118 miliardi di euro¹⁷³ nel 2021.

In relazione alla situazione straordinaria determinata dall'evento pandemico, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* per l'anno 2020 è stato oggetto di molteplici interventi normativi. In una prima fase, il finanziamento sanitario è stato quantificato, in aumento¹⁷⁴ rispetto a quello fissato dalla legge di Bilancio 2019, nell'importo di 118,07 miliardi di euro¹⁷⁵, che, al netto dei Fondi per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi, risulta pari a 117,4 miliardi di euro (Intesa Stato-Regione n. 55/CSR del 31 marzo 2020). Successivamente, in forza dei decreti-legge n. 34/2020¹⁷⁶ e n. 104/2020¹⁷⁷, il livello del finanziamento è stato rideterminato

¹⁷¹ L'art. 1, co. 392, l. n. 232/2016 aveva definito il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato in 115 miliardi per il 2019. A seguito di rideterminazioni (tra cui il decreto 5 giugno 2017), l'art. 1, co. 514, l. n. 145/2018 ha individuato in 114,439 milioni di euro il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2019. Ai sensi dell'art. 1, cc. 518 e 526, legge citata, le risorse sono aumentate rispettivamente di 10 milioni di euro (finalizzati ad attivare borse di studio per i medici di medicina generale che partecipano ai corsi di formazione) e di 25 milioni di euro (risorse Inail trasferite annualmente al Fondo sanitario nazionale); di conseguenza, a seguito di rideterminazione, il livello del finanziamento del Settore sanitario nazionale è fissato in 114,474 miliardi di euro. Tale ammontare è comprensivo di 164 milioni di euro e di 500 milioni di euro destinati al finanziamento, rispettivamente, del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (art. 1, co. 400, l. n. 232/2016) e del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi (art. 1, co. 401, l. n. 232/2016).

¹⁷² L'art. 1, co. 514, l. n. 145/2018 ha individuato in 116,439 milioni di euro (114,439 milioni incrementato di 2 milioni) il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2020. Ai sensi dell'art. 1, cc. 518 e 526, legge citata, le risorse sono aumentate rispettivamente di 10 milioni di euro (finalizzati ad attivare borse di studio per i medici di medicina generale che partecipano ai corsi di formazione) e di 25 milioni di euro (risorse Inail trasferite annualmente al Fondo sanitario nazionale); di conseguenza, a seguito di rideterminazione, il livello del finanziamento del Settore sanitario nazionale è fissato in 116,474 miliardi di euro. Tale ammontare è comprensivo di 164 milioni di euro e di 500 milioni di euro destinati al finanziamento, rispettivamente, del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (art. 1, co. 400, l. n. 232/2016) e del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi (art. 1, co. 401, l. n. 232/2016).

¹⁷³ L'art. 1, co. 514, l. n. 145/2018 ha individuato in 117,939 milioni di euro (116,439 milioni incrementato di 1,5 milioni) il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2021. Ai sensi dell'art. 1, cc. 518 e 526, legge citata, le risorse sono aumentate rispettivamente di 10 milioni di euro (finalizzati ad attivare borse di studio per i medici di medicina generale che partecipano ai corsi di formazione) e di 25 milioni di euro (risorse Inail trasferite annualmente al Fondo sanitario nazionale); di conseguenza, a seguito di rideterminazione, il livello del finanziamento del Settore sanitario nazionale è fissato in 117,974 miliardi di euro. Tale ammontare è comprensivo di 164 milioni di euro e di 500 milioni di euro destinati al finanziamento, rispettivamente, del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (art. 1, co. 400, l. n. 232/2016) e del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi (art. 1, co. 401, l. n. 232/2016).

¹⁷⁴ Incremento dovuto: a) ai sensi dell'art. 1, co. 447, l. n. 160/2019, di 185 milioni di euro per finanziare l'abolizione della quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati (art. 1, co. 796, lett. p), primo periodo, l. n. 296/2006); b) ai sensi dell'art. 25, co. 4-*quater*, d.l. n. 162/2019, di 2 milioni di euro per il finanziamento dello *screening* neonatale (l. n. 167/2016); c) ai sensi dell'art. 18, co.1, d.l. n. 18/2020, di 1.410 milioni di euro per l'anno 2020 per finanziare i diversi interventi in ambito sanitario disposti con il medesimo decreto-legge e con il precedente decreto-legge n. 14/2020.

¹⁷⁵ Tale ammontare è comprensivo di 164 milioni di euro e di 500 milioni di euro destinati al finanziamento, rispettivamente, del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (art. 1, co. 400, l. n. 232/2016) e del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi (art. 1, co. 401, l. n. 232/2016). Pertanto, al netto di tali componenti il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale è quantificato in complessivi 117,4 miliardi di euro.

¹⁷⁶ Le risorse del d.l. n. 34/2020 (1.967,5 milioni di euro) sono destinate per: 1.256,6 milioni di euro a rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del Covid-19, in particolare per le finalità di cui ai cc. da 2 a 9 dell'art. 1 del d.l. n. 34/2020; 439,9 milioni di euro per giungere ad un riordino della rete ospedaliera garantendo l'incremento di attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure (rendendo strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al *virus* Sars-Cov-2); 105 milioni di euro per aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei medici di cui all'art. 37 del d.l. n. 368/1999; 170 milioni di euro relativi all'impatto sulla spesa del SSN conseguente all'emersione di rapporti di lavoro irregolari ed al rilascio di permessi di soggiorno temporanei; 5 milioni di euro quale tetto della spesa destinata all'erogazione degli ausili, ortesi e protesi degli arti inferiori e superiori, a tecnologia avanzata e con caratteristiche funzionali allo svolgimento di attività sportive amatoriali, destinati a persone con disabilità fisica.

¹⁷⁷ Le risorse del d.l. n. 104/2020 (478,2 milioni di euro) sono destinate a far fronte alle spese per il personale al fine di corrispondere in tempi brevi alle richieste di prestazioni ambulatoriali, di *screening* e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica.

in 120,5 miliardi di euro¹⁷⁸, che, al netto dei Fondi per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi, risulta pari a 119,9 miliardi di euro (Intesa Stato-Regione n. 227/CSR del 17 dicembre 2020).

Il protrarsi della situazione pandemica ha indotto il Governo ad adottare, nel corso del 2021, misure volte a potenziare le risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale.

Infatti, il livello del fabbisogno sanitario *standard* cui concorre lo Stato per il 2021 è stato rideterminato dalla Legge di Bilancio 2021 (art. 1, co. 403, l. n. 178/2020) in 121,4 miliardi di euro¹⁷⁹.

Sempre al fine di fronteggiare la pandemia e di velocizzare il piano vaccinale, i successivi provvedimenti¹⁸⁰ hanno incrementato tale livello in complessivi 122,1 miliardi di euro¹⁸¹, che, al netto

¹⁷⁸ Il livello del finanziamento corrente dello Stato è rideterminato in complessivi 120.517 milioni di euro, in luogo dell'importo di 118.071 milioni di euro individuato in precedenza (Intesa Stato-Regione n. 55/CSR del 31 marzo 2020). Tale ammontare comprende il finanziamento di 664 milioni di euro per l'acquisto dei medicinali innovativi (164 milioni di euro) e dei medicinali oncologici innovativi (500 milioni di euro), ai sensi dell'art. 1, cc. 400-401, l. n. 232/2016; pertanto, al netto della riduzione di 164 milioni e di 500 milioni per consentire il finanziamento, rispettivamente, del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (art. 1, co. 400, l. n. 232/2016) e del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi (art. 1, co. 401, l. n. 232/2016), il livello del finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale è rideterminato in complessivi 119.853 milioni di euro (Intesa Stato-Regione n. 227/CSR del 17 dicembre 2020). A seguito della proposta del Ministero della Salute, trasmessa con nota del Capo di Gabinetto del Ministero della Salute del 28 aprile 2021, n. 7223-P, concernente il riparto di euro 40 milioni di risorse aggiuntive di cui all'art. 1, co. 413, della l. n. 178/2020, il livello delle disponibilità complessive per il finanziamento del SSN 2020 è rideterminato in 119.893 milioni di euro (CIPESS Del. n. 35/2021).

¹⁷⁹ Art. 1, co. 403, l. n. 178/2020: "Per l'anno 2021, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è pari a 121.370,1 milioni di euro, anche per l'attuazione di quanto previsto dai commi da 407 a 411, 416, 417 e 421 e al netto dell'importo di cui al comma 485 trasferito al Ministero della salute".

¹⁸⁰ Considerato che l'importo di euro 121.370,10 milioni, determinato dalla Legge di bilancio 2021 (art. 1, co. 403, l. n. 178/2020), è stato rideterminato, in aumento, in euro 122.059,83 milioni, dai seguenti provvedimenti: a) dai cc. 414 e 415 del citato art. 1, della l. n. 178/2020, che destinano 100,00 milioni di euro ad un'indennità di tutela del malato e per la promozione della salute, da riconoscere ai dipendenti del Servizio sanitario nazionale appartenenti alle professioni sanitarie della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e di ostetrica, alla professione di assistente sociale nonché agli operatori socio-sanitari; b) dal co. 463-bis dell'art. 1 sopra citato, come integrato dall'art. 20, co. 2, lett. c) del d.l. n. 41/2021, che destina 345 milioni di euro al finanziamento di azioni volte al coinvolgimento di altri professionisti sanitari (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, odontoiatri, medici di continuità assistenziale, ecc.) nella somministrazione dei vaccini contro il Covid-19; c) dal co. 467 dello stesso art. 1 sopra citato, come modificato dall'art. 20, co. 2, lett. g), del citato d.l. n. 41/2021, che destina 100,00 milioni di euro al finanziamento delle prestazioni aggiuntive del personale del Servizio sanitario nazionale in relazione alle esigenze di somministrazioni dei vaccini contro il Covid-19; d) dal co. 496, dello stesso art. 1 sopra citato, che destina 20,00 milioni di euro al finanziamento della rivalutazione del fabbisogno di prestazioni erogate in mobilità attiva dagli IRCCS; e) dall'art. 18-bis del citato d.l. n. 41/2021, che destina 8,00 milioni di euro per il finanziamento di un'indennità connessa all'emergenza epidemiologica in atto da corrispondere ai lavoratori in somministrazione del comparto sanità in servizio alla data del 1° maggio 2021; f) dall'art. 21 del d.l. n. 41/2021, che destina 51,60 milioni di euro al finanziamento della proroga per quattro mesi delle disposizioni di cui all'art. 1, cc. 2 e 3 del citato d.l. n. 34/2020 (Covid Hotel); g) dall'art. 26, co. 6-ter, del d.l. n. 73/2021, che destina 5,00 milioni di euro al finanziamento di cicli di riabilitazione termale motoria e neuromotoria, di riabilitazione termale del motuleso e di riabilitazione della funzione respiratoria e cardiorespiratoria; h) dall'art. 27, co. 5, del d.l. n. 73/2021 che destina 28,802 milioni di euro al finanziamento dell'esenzione di prestazioni di monitoraggio per pazienti ex-Covid; i) dai commi 2 e 5 dell'art. 33 del d.l. n. 73/2021, che destinano, rispettivamente, 8,00 e 19,932 milioni di euro al potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza attraverso il reclutamento di professionisti sanitari e assistenti sociali ed il reclutamento di psicologi; l) dal co. 2 dell'art. 50 del d.l. n. 73/2021, che destina 3,40 milioni di euro al reclutamento straordinario di dirigenti medici e tecnici della prevenzione negli ambienti e nei luoghi di lavoro; m) dall'art. 23-quinquies del d.l. n. 137/2020, che incrementa di un milione di euro il finanziamento di parte corrente per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari OPG ai sensi dell'art. 3-ter, co. 7, del d.l. n. 211/2011. Il sopracitato importo di euro 122.059,83 milioni è stato ulteriormente rideterminato, in riduzione: a) per euro 164 milioni, destinati al finanziamento del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi ai sensi del co. 400, dell'art. 1 della l. n. 232/2016; b) per euro 500 milioni, destinati al finanziamento di un Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi ai sensi del co. 401 del citato art. 1 della l. n. 232/2016.

¹⁸¹ Il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato è determinato in complessivi 122.059,8 milioni di euro. Tale finanziamento comprende: a) la somma ai sensi dell'art. 265, co. 4, del d.l. n. 34/2020 di 500 milioni di euro quale concorso al finanziamento degli interventi previsti dal Titolo I del decreto citato relativi all'assistenza territoriale; b) la somma di 554 milioni di euro prevista dall'art. 1, co. 447 della l. n. 160/2021 per finanziare l'abolizione della quota di partecipazione al costo per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati; c) la somma di 33,715 milioni prevista dall'art. 6, co. 2, della l. n. 167/2016 per il finanziamento degli accertamenti diagnostici neonatali obbligatori; d) la somma di 664 milioni di euro per il finanziamento relativo all'acquisto dei medicinali innovativi (164 milioni di euro) e dei medicinali oncologici innovativi (500 milioni di euro), ai sensi dell'art. 1, cc. 400-401, l. n. 232/2016. Pertanto, al netto di detti importi, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato è quantificato in complessivi 121.395,83 milioni di euro.

dei Fondi per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi, risulta pari a 121,4 miliardi di euro¹⁸² (Intesa Stato-Regione n. 152/CSR del 4 agosto 2021).

Per il triennio 2022-2024, la legge di Bilancio 2022 (l. n. 234/2021, art. 1, co. 258) ha fissato il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* a cui concorre lo Stato in 124,1 miliardi di euro per l'anno 2022, 126,1 miliardi per il 2023 e 128,1 miliardi per il 2024¹⁸³ ¹⁸⁴. Nel corso del 2022 sono stati disposti ulteriori incrementi del fondo sanitario nazionale¹⁸⁵: in particolare, gli importi di 200 milioni di euro previsti dall'art. 40 del d.l. n. 50/2022, di 1.400 milioni di euro stanziati dall'art. 5 del d.l. n. 144/2022 (per la copertura relativa ai maggiori costi riconducibili al settore energetico), nonché di 15 milioni di euro previsti dall'art. 25 del d.l. n. 115/2022 destinati ad un potenziamento dell'assistenza a tutela della salute mentale (c.d. *bonus* per l'assistenza psicologica).

A fini riepilogativi, la tabella che segue illustra gli importi a legislazione vigente (considerando anche gli ulteriori incrementi e riduzioni dovuti ai diversi atti normativi) del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale per gli anni 2014-2024.

¹⁸² Il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato è quantificato in complessivi 121.395,83 milioni di euro.

¹⁸³ Il finanziamento del settore sanitario previsto all'art. 1, co. 258 della legge di Bilancio 2022, non comprende il finanziamento destinato al Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi oncologici e non oncologici, ai sensi dell'art. 1, cc. 400 e 401, l. n. 232/2016 (il co. 259 della legge di Bilancio 2022 ha previsto un incrementato di 100 milioni di euro per l'anno 2022, di 200 milioni di euro per l'anno 2023 e di 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024), nonché la spesa per i contratti di formazione specialistica dei medici (194 milioni nel 2022, 319 nel 2023, 347 nel 2024 fino a 543 milioni dal 2027).

¹⁸⁴ Sezioni riunite in sede di controllo, Memoria della Corte dei conti sulla nota di aggiornamento del Def 2022, p. 29, "Nella valutazione dell'aumento di risorse reso disponibile dalla legge di bilancio per il 2022 va considerato che, dei 2 miliardi di incremento del finanziamento, circa 1.500 milioni erano destinati ad interventi specifici e aggiuntivi previsti nel provvedimento. Si tratta innanzitutto della spesa per una prima implementazione delle misure per l'attuazione del Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023 (200 milioni nel 2022 e 350 nel 2023), della proroga dei rapporti di lavori flessibili e della stabilizzazione del personale sanitario (200-300 milioni nel 2022), dell'incremento fino a un massimo di 500 milioni del limite di spesa destinato all'acquisto di prestazioni da privato per il superamento delle liste d'attesa, del rafforzamento della riforma dell'assistenza territoriale con l'autorizzazione al reclutamento di personale dipendente (91 milioni nel 2022, in rapida crescita negli anni successivi), della proroga delle disposizioni in materia di assistenza psicologica ex art. 33 del decreto-legge n. 73 del 2021 per circa 38 milioni, dell'aggiornamento dei LEA (200 milioni annui dal 2022), dell'indennità di pronto soccorso (90 milioni nel 2022) e della proroga delle Usca (stimate in 105 milioni)".

¹⁸⁵ Ai fini del fondo sanitario 2022 occorre tenere conto anche dell'incremento di 20 milioni di euro previsto, nel corso del 2021, dall'art. 1-quater del d.l. n. 228/2021 ai fini del potenziamento dell'assistenza a tutela della salute mentale e dell'assistenza psicologica e psicoterapica.

Tabella 41 - Livello del fabbisogno sanitario nazionale anni 2014-2024

Descrizione	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Patto salute 2014-2016, Intesa manovra sanità e Legge di stabilità 2016 ⁽¹⁾			Legge bilancio 2017		Legge bilancio 2018 e 2019 e Patto salute 2019-2021 ⁽²⁾	Legge bilancio 2019 e 2020, d.l. nn. 18, 34 e 104/2020 ⁽³⁾	Legge bilancio 2021, d.l. nn. 41 e 73/2021 ⁽⁴⁾	Legge di bilancio 2022		
Fabbisogno sanitario nazionale programmato	109.928	112.062	115.444	113.000	114.000	115.000	116.474	121.370	124.825	126.925	129.025
Incrementi e riduzioni dovuti a successivi atti normativi	0	-2.347	-4.442	0	8	78	4.083	689,7	-	-	-
Decreto 5 giugno 2017 ⁽⁵⁾	-	-	-	-423	-604	-604	-	-	-	-	-
Rideterminazione fabbisogno finanziario sanitario	109.928	109.715	111.002	112.577	113.404	114.474	120.557	122.060	124.825	126.925	129.025
Finanziamento medicinali innovativi e oncologici innovativi (art. 1, cc. 400-401, l. n. 232/2016)	-	-	-	-825	-723	-664	-664	-664	-764	-864	-964
Livello finanziamento del SSN cui concorre lo Stato ⁽⁶⁾:	109.928	109.715	111.002	111.752	112.681	113.810	119.893	121.396	124.061	126.061	128.061
<i>Incremento %annuo</i>	<i>2,7</i>	<i>-0,2</i>	<i>1,2</i>	<i>0,7</i>	<i>0,8</i>	<i>1,0</i>	<i>5,3</i>	<i>1,3</i>	<i>2,2</i>	<i>1,6</i>	<i>1,6</i>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati normativa; importi in milioni di euro

⁽¹⁾ Il Patto per la Salute 2014-2016 aveva previsto un finanziamento pari a 109.928 mln per l'anno 2014, 112.062 mln per l'anno 2015 (recepito nella Legge di stabilità 2015) e 115.444 mln per l'anno 2016. Successivamente le Intese Stato-Regioni del 26 febbraio e del 2 luglio 2015, quest'ultima recepita nella Legge 06/08/2015, n. 125, hanno previsto una riduzione di 2.352 mln a decorrere dall'anno 2015. La Legge di stabilità 2015 ha previsto altri incrementi e riduzioni. La Legge di stabilità 2016 ha ridotto ulteriormente il finanziamento per l'anno 2016 portandolo a 111.002 mln.

⁽²⁾ L'art. 1, co. 392, l. n. 232/2016 (legge di bilancio 2017) aveva definito il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato 115 mln per il 2019. A seguito di rideterminazioni (tra cui il decreto 5 giugno 2017 e la legge di bilancio 2018), la legge di bilancio 2019 (l. n. 145/2018) ha individuato il finanziamento del SSN in 114.439 mln di euro nel 2019, incrementato di 2.000 mln nel 2020 e 1.500 mln nel 2021 (art. 1, co. 514, l. n. 145/2018); tale importo è incrementato di 10 mln (art. 1, co. 518, l. n. 145/2018) e di ulteriori 25 mln (art. 1, co. 526, l. n. 145/2018). Il Patto per la Salute 2019-2021, pertanto, ha previsto un finanziamento pari a 114.474 mln per l'anno 2019, 116.474 mln per l'anno 2020 e 117.974 mln per l'anno 2021 (come previsto dalla legge di bilancio 2019).

⁽³⁾ L'art. 1, co. 514, l. n. 145/2018 ha determinato il livello del finanziamento in 116.439 mln di euro, incrementato di 10 mln (co. 518) e 25,2 mln (co. 526) e, di ulteriori, 185 mln (art. 1, co. 447, l. 160/2019) e 2 mln (art. 25, co. 4-*quater*, d.l. n. 162/2019). A seguito dello stato di emergenza, il livello del finanziamento del SSN è stato incrementato di ulteriori 1.410 mln di euro per l'anno 2020 (art. 18, co. 1, d.l. n. 18/2020), portando tale finanziamento a 118.071,2 milioni di euro (Intesa Stato-Regione n. 55/CSR del 31 marzo 2020). Successivamente alla richiamata Intesa sono intervenuti nuovi provvedimenti legislativi che hanno rideterminato il livello del finanziamento corrente del SSN in complessivi 120.517 mln di euro (Intesa Stato-Regione n. 227/CSR del 17 dicembre 2020), attraverso un incremento di 1.967,5 mln previsti dal d.l. n. 34/2020 e di ulteriori 478,2 mln previsti dal d.l. n. 104/2020. A seguito della proposta del Ministero della Salute del 28 aprile 2021, concernente il riparto di euro 40 milioni di risorse aggiuntive di cui all'art. 1, co. 413, l. n. 178/2020, il livello delle disponibilità complessive per il finanziamento del SSN 2020 è stato rideterminato in 119,893 milioni di euro.

⁽⁴⁾ L'art. 1, co. 403, l. n. 178/2020 ha determinato il livello del finanziamento a cui concorre lo Stato in 121.370,10 mln di euro. Tale finanziamento è stato rideterminato in 122.059,8 mln di euro a seguito di diversi provvedimenti legislativi (l. n. 178/2020, d.l. n. 173/2020, d.l. n. 41/2021 e d.l. n. 73/2021) che ne hanno incrementato la disponibilità di 690 mln.

⁽⁵⁾ Il Decreto 5 Giugno 2017 "Rideterminazione del livello del fabbisogno sanitario nazionale" ha previsto una riduzione di 423 mln per l'anno 2017, mentre a decorrere dall'anno 2018 la riduzione è di 604 mln. Tale rideterminazione deriva dalla mancata sottoscrizione dell'accordo tra Governo e Autonomie speciali relativo al contributo delle stesse al risanamento dei conti pubblici (previsto dal co. 392 della legge di bilancio 2017), determinando così un maggiore contributo da parte delle Regioni a statuto ordinario.

⁽⁶⁾ Non considera 100,21 mln di euro nel 2015 e 6,3 mln di euro nel 2016 quale quota di riequilibrio tra le Regioni: dette risorse devono essere aggiunte alla quota indistinta del Fondo sanitario nazionale.

Nella sottostante tabella si evidenziano, altresì, le diverse componenti del Finanziamento (indistinto, vincolato, ecc.).

Tabella 42 - Livello del finanziamento del SSN suddiviso per tipologia - Anni 2014-2021

Descrizione	2014	2015 ⁽¹⁾	2016 ⁽¹⁾	2017	2018	2019	2020 ⁽³⁾	2021	2022
Livello finanziamento del SSN cui concorre ordinariamente lo Stato ⁽²⁾:	109.928	109.715	111.002	111.752	112.681	113.810	119.893	121.396	124.061
<i>di cui:</i>									
a) Finanziamento indistinto	105.342	106.932	108.193	108.949	109.877	111.079	113.258	116.296	n.d.
b) Finanziamento vincolato	2.029	1.856	1.879	1.869	1.868	1.815	1.990	2.203	n.d.
c) Finanziamento per altre attività	2.557	927	930	934	936	916	1.003	1.113	n.d.
d) Finanziamento attività Covid-19	-	-	-	-	-	-	3.615	1.785	n.d.

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati normativa; importi in milioni di euro

⁽¹⁾ Il livello del finanziamento del SSN cui concorre lo Stato non considera 100,21 milioni di euro nel 2015 e 6,3 milioni di euro nel 2016 quale quota di riequilibrio tra le Regioni: dette risorse devono essere aggiunte alla quota indistinta del Fondo sanitario nazionale.

⁽²⁾ Il livello del finanziamento del SSN cui concorre lo Stato non comprende il finanziamento destinato al Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (art. 1, co. 400, l. n. 232/2016) e al Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi (art. 1, co. 401, l. n. 232/2016).

⁽³⁾ CIPESS Del. n. 35/2021 (G.U. Serie generale n. 202 del 24-08-2021).

Per il 2017, nello specifico, con delibera CIPE n. 117/2017 del 22 dicembre 2017 è stato ripartito il Fondo sanitario nazionale relativamente alla quota indistinta. In tale ripartizione il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato, pari a 111.752 milioni¹⁸⁶ di euro si articola nelle seguenti componenti di finanziamento: 108.948,7 milioni di euro destinati al finanziamento indistinto dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), inclusa la quota destinata alla fibrosi cistica¹⁸⁷, 1.868,9 milioni di euro vincolati per specifiche attività¹⁸⁸, 652,9 milioni euro destinati al

¹⁸⁶ Escludendo la quota di finanziamento destinata all'acquisto dei medicinali innovativi e oncologici innovativi.

¹⁸⁷ Il finanziamento indistinto dei Livelli essenziali di assistenza è comprensivo di: a) 494 milioni di euro finalizzati da specifiche norme di legge a diverse finalità (50 milioni di euro per la cura della dipendenza del gioco d'azzardo, 69 milioni di euro finalizzati al rinnovo delle convenzioni con il Servizio sanitario nazionale, 200 milioni di euro finalizzati al finanziamento dei maggiori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale conseguenti alla regolarizzazione dei cittadini extracomunitari occupati in attività di assistenza alla persona e alle famiglie, 100 milioni di euro per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini e 75 milioni di euro per il concorso al rimborso alle Regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del Servizio sanitario nazionale); b) 240,5 milioni di euro assegnati per la mobilità sanitaria (191,8 milioni di euro per l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e 48,6 milioni di euro per l'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta).

¹⁸⁸ Il finanziamento è vincolato alle seguenti attività: a) 1.500 milioni di euro per l'attuazione di specifici obiettivi individuati nel Piano Sanitario Nazionale; b) 40 milioni di euro per la medicina veterinaria; c) 38,7 milioni di euro per borse di studio triennali per i medici di medicina generale; d) 30,1 milioni di euro a favore del Fondo per l'esclusività del rapporto del personale dirigente del ruolo sanitario; e) 31 milioni di euro per l'assistenza a extracomunitari irregolari; f) 6,7 milioni di euro per attività di medicina penitenziaria, che saranno trasferite dal Ministero della Giustizia; g) 165,4 milioni di euro accantonati per il finanziamento della medicina penitenziaria; h) 55 milioni di euro per il finanziamento degli oneri derivanti dal completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ai sensi del co. 7 dell'art. 3-ter, d.l. n. 211/2011; i) 2 milioni di euro per la revisione delle tariffe per prestazioni termali.

finanziamento delle attività di altri enti¹⁸⁹ e 281,4 per accantonati¹⁹⁰. Con delibera CIPE n. 72/2018 del 28 novembre 2018 è stato ripartito il Fondo sanitario nazionale per il 2018: il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato ammonta a 112.681¹⁹¹ milioni di euro ed è articolato nelle seguenti componenti di finanziamento: 109.876,8 milioni di euro destinati al finanziamento indistinto dei Livelli essenziali di assistenza (LEA)¹⁹², 1.867,9 milioni di euro vincolati per specifiche attività¹⁹³, 652,9 milioni euro destinati al finanziamento delle attività di altri enti¹⁹⁴ e e 283,5 per accantonati¹⁹⁵.

Con delibera CIPE n. 82/2019 del 20 dicembre 2019 è stato ripartito il Fondo sanitario nazionale per il 2019: il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato ammonta a 113.810 milioni di euro¹⁹⁶ ed è articolato nelle seguenti componenti di finanziamento: 111.079,5 milioni di euro destinati al finanziamento indistinto dei Livelli essenziali di assistenza

¹⁸⁹ Le risorse sono destinate al finanziamento delle seguenti attività e oneri di altri enti: a) 10 milioni di euro per il finanziamento degli oneri contrattuali dei bienni economici 2002-2003 e 2004- 2005 del personale degli Istituti zooprofilattici sperimentali; b) 3 milioni di euro per quota parte degli oneri contrattuali del biennio economico 2006-2007 del personale degli Istituti zooprofilattici sperimentali; c) 267 milioni di euro per il funzionamento degli Istituti zooprofilattici sperimentali; d) 146,4 milioni di euro per il concorso al finanziamento della Croce Rossa Italiana; e) 2 milioni di euro per il finanziamento del Centro Nazionale Trapianti; f) 173 milioni di euro per concorso al finanziamento delle borse di studio agli specializzandi; g) 2,5 milioni di euro per il pagamento delle rate di mutui contratti con la Cassa Depositi e Prestiti; h) 50 milioni di euro per la formazione dei medici specialisti (art. 1, co. 424, l. n. 147/2013).

¹⁹⁰ Le risorse accantonate saranno ripartite con successivo decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e sono destinate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017: tali risorse saranno ripartite sulla bozza dell'intesa della Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 26 ottobre 2017 (Rep. atti n. 184/CSR).

¹⁹¹ Escludendo la quota di finanziamento destinata all'acquisto dei medicinali innovativi e oncologici innovativi.

¹⁹² Il finanziamento indistinto dei Livelli essenziali di assistenza, che include le quote relative al finanziamento degli interventi di prevenzione e cura della fibrosi cistica, è comprensivo di 596 milioni di euro finalizzati da specifiche norme di legge a diverse finalità (50 milioni di euro per la cura della dipendenza del gioco d'azzardo, 69 milioni di euro finalizzati al rinnovo delle convenzioni con il Servizio sanitario nazionale, 200 milioni di euro finalizzate al finanziamento dei maggiori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale conseguenti alla regolarizzazione dei cittadini extracomunitari occupati in attività di assistenza alla persona e alle famiglie, 150 milioni di euro per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini e 75 milioni di euro per il concorso al rimborso alle Regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del Servizio sanitario nazionale).

¹⁹³ Il finanziamento è vincolato alle seguenti attività: a) 1.500 milioni di euro per l'attuazione di specifici obiettivi individuati nel Piano Sanitario Nazionale; b) 40 milioni di euro per la medicina veterinaria; c) 38,7 milioni di euro per borse di studio triennali per i medici di medicina generale; d) 30,1 milioni di euro a favore del Fondo per l'esclusività del rapporto del personale dirigente del ruolo sanitario; e) 31 milioni di euro per l'assistenza a extracomunitari irregolari; f) 6,7 milioni di euro per attività di medicina penitenziaria, che saranno trasferite dal Ministero della Giustizia; g) 165,4 milioni di euro accantonati per il finanziamento della medicina penitenziaria; h) 53,8 milioni di euro per il finanziamento degli oneri derivanti dal completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ai sensi del co. 7 dell'art. 3-ter, d.l. n. 211/2011; i) 2 milioni di euro per la revisione delle tariffe per prestazioni termali.

¹⁹⁴ Le risorse sono destinate al finanziamento delle seguenti attività e oneri di altri enti: a) 10 milioni di euro per il finanziamento degli oneri contrattuali dei bienni economici 2002-2003 e 2004- 2005 del personale degli Istituti zooprofilattici sperimentali; b) 3 milioni di euro per quota parte degli oneri contrattuali del biennio economico 2006-2007 del personale degli Istituti zooprofilattici sperimentali; c) 266 milioni di euro per il funzionamento degli Istituti zooprofilattici sperimentali; d) 146,4 milioni di euro per il concorso al finanziamento della Croce Rossa Italiana; e) 2 milioni di euro per il finanziamento del Centro Nazionale Trapianti; f) 173 milioni di euro per concorso al finanziamento delle borse di studio agli specializzandi; g) 2,5 milioni di euro per il pagamento delle rate di mutui contratti con la Cassa Depositi e Prestiti; h) 50 milioni di euro per la formazione dei medici specialisti (art. 1, co. 424, l. n. 147/2013).

¹⁹⁵ Le risorse accantonate saranno ripartite con successivo decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e sulla bozza dell'intesa della Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2018 (Rep. atti n. 151/CSR).

¹⁹⁶ Escludendo la quota di finanziamento destinata all'acquisto dei medicinali innovativi e oncologici innovativi rispettivamente pari a 164 milioni di euro e 500 milioni di euro.

(LEA)¹⁹⁷, 1.814,7 milioni di euro vincolati per specifiche attività¹⁹⁸, 629,6 milioni euro destinati al finanziamento delle attività di altri enti¹⁹⁹ e 286,2 per accantonati²⁰⁰. Successivamente, sono seguite le delibere CIPE sul riparto tra le Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale (Del. n. 83/2019), degli importi per il finanziamento di borse di studio in medicina generale (Del. n. 84/2019), delle risorse destinate al finanziamento della sanità penitenziaria (Del. n. 85/2019) e della quota destinata al finanziamento di parte corrente degli oneri relativi al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (Del. n. 86/2019).

Con delibera CIPE n. 20/2020 del 14 maggio 2020 è stato ripartito il Fondo sanitario nazionale per il 2020, con una previsione del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, cui concorre ordinariamente lo Stato, per un ammontare pari a 117.407 milioni di euro²⁰¹, articolato nelle seguenti componenti di finanziamento: 113.257,7 milioni di euro destinati al finanziamento indistinto dei Livelli essenziali di assistenza (LEA)²⁰², 1.814,7 milioni di euro vincolati per specifiche attività²⁰³, 629,6 milioni

¹⁹⁷ Il finanziamento indistinto dei Livelli essenziali di assistenza include le quote relative al finanziamento degli interventi di prevenzione e cura della fibrosi cistica, di prevenzione e cura dell'AIDS, di prevenzione e cura dei malati affetti dal morbo di Hansen, di assistenza ai cittadini extracomunitari irregolari e per lo *screening* neonatale per la diagnosi precoce di patologie. Tale finanziamento è comprensivo di 680 milioni di euro finalizzati da specifiche norme di legge a diverse finalità (50 milioni di euro per la cura della dipendenza del gioco d'azzardo, 69 milioni di euro finalizzati al rinnovo delle convenzioni con il Servizio sanitario nazionale, 200 milioni di euro finalizzate al finanziamento dei maggiori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale conseguenti alla regolarizzazione dei cittadini extracomunitari occupati in attività di assistenza alla persona e alle famiglie, 186 milioni di euro per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini, 150 milioni di euro per il concorso al rimborso alle Regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del Servizio sanitario nazionale e 25 milioni per l'attività di compilazione e trasmissione per via telematica dei certificati medici di infortunio e malattia professionale).

¹⁹⁸ Il finanziamento è vincolato alle seguenti attività: a) 1.500 milioni di euro per l'attuazione di specifici obiettivi individuati nel Piano Sanitario Nazionale; b) 40 milioni di euro per la medicina veterinaria; c) 48,7 milioni di euro per borse di studio triennali per i medici di medicina generale; d) 6,7 milioni di euro per attività di medicina penitenziaria, che saranno trasferite dal Ministero della Giustizia; e) 165,4 milioni di euro accantonati per il finanziamento della medicina penitenziaria; f) 53,8 milioni di euro per il finanziamento degli oneri derivanti dal completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ai sensi del co. 7 dell'art. 3-ter, d.l. n. 211/2011; i) 2 milioni di euro per la revisione delle tariffe per prestazioni termali.

¹⁹⁹ Le risorse sono destinate al finanziamento delle seguenti attività e oneri di altri enti: a) 10 milioni di euro per il finanziamento degli oneri contrattuali dei bienni economici 2002-2003 e 2004-2005 del personale degli Istituti zooprofilattici sperimentali; b) 3 milioni di euro per quota parte degli oneri contrattuali del biennio economico 2006-2007 del personale degli Istituti zooprofilattici sperimentali; c) 266 milioni di euro per il funzionamento degli Istituti zooprofilattici sperimentali; d) 123,1 milioni di euro per il concorso al finanziamento della Croce Rossa Italiana; e) 2 milioni di euro per il finanziamento del Centro Nazionale Trapianti; f) 173 milioni di euro per concorso al finanziamento delle borse di studio agli specializzandi; g) 2,5 milioni di euro per il pagamento delle rate di mutui contratti con la Cassa Depositi e Prestiti; h) 50 milioni di euro per la formazione dei medici specialisti (art. 1, co. 424, l. n. 147/2013).

²⁰⁰ Le risorse accantonate, ripartite con successivo decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, afferiscono alla ripartizione delle quote premiali per l'anno 2019, sullo schema del quale è stata sancita la prevista intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome nella seduta del 6 giugno 2019 (rep. atti n. 90/CSR).

²⁰¹ Escludendo la quota di finanziamento destinata all'acquisto dei medicinali innovativi e oncologici innovativi rispettivamente pari a 164 milioni di euro e 500 milioni di euro.

²⁰² Il finanziamento indistinto dei Livelli essenziali di assistenza include le quote relative al finanziamento degli interventi di prevenzione e cura della fibrosi cistica, di prevenzione e cura dell'AIDS, di prevenzione e cura dei malati affetti dal morbo di Hansen, di assistenza ai cittadini extracomunitari irregolari e per lo *screening* neonatale per la diagnosi precoce di patologie. Tale finanziamento è comprensivo di 914,2 milioni di euro finalizzati da specifiche norme di legge a diverse finalità (50 milioni di euro per la cura della dipendenza del gioco d'azzardo; 69 milioni di euro finalizzati al rinnovo delle convenzioni con il Servizio sanitario nazionale; 200 milioni di euro finalizzate al finanziamento dei maggiori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale conseguenti alla regolarizzazione dei cittadini extracomunitari occupati in attività di assistenza alla persona e alle famiglie; 186 milioni di euro per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini; 150 milioni di euro per il concorso al rimborso alle Regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del Servizio sanitario nazionale; 25,2 milioni di euro per l'attività di compilazione e trasmissione per via telematica dei certificati medici di infortunio e malattia professionale; 49 milioni di euro per l'incremento dei fondi contrattuali della dirigenza medica e delle professioni sanitarie; 185 milioni di euro per la copertura di parte del minor gettito derivante dalla soppressione del così detto *superticket*, ai sensi dell'art. 1, cc. 446 e 447, della l. n. 160/2019).

²⁰³ Il finanziamento è vincolato alle seguenti attività: a) 1.500 milioni di euro per l'attuazione di specifici obiettivi individuati nel Piano Sanitario Nazionale; b) 40 milioni di euro per la medicina veterinaria; c) 48,7 milioni di euro per borse di studio triennali per i medici di medicina

euro destinati al finanziamento delle attività di altri enti²⁰⁴ e 295,2 per accantonati²⁰⁵. Con contestuale delibera CIPE n. 21/2020, sempre in data 14 maggio 2020, è stato definito il riparto tra le Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale (Del. n. 83/2019).

Infine, con delibera CIPESS n. 70/2021 del 3 novembre 2021 è stato ripartito il Fondo sanitario nazionale per il 2021. A tal riguardo, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato ammonta a 121.396,8 milioni di euro²⁰⁶ ed è articolato nelle seguenti componenti di finanziamento: 116.295,5 milioni di euro destinati al finanziamento indistinto dei Livelli essenziali di assistenza (LEA)²⁰⁷, 2.202,7 milioni di euro vincolati per specifiche attività²⁰⁸, 1.785,4 milioni euro finalizzati al finanziamento degli interventi urgenti, adottati per far fronte all'emergenza

generale; d) 6,7 milioni di euro per attività di medicina penitenziaria, che saranno trasferite dal Ministero della Giustizia; e) 165,4 milioni di euro accantonati per il finanziamento della medicina penitenziaria; f) 53,8 milioni di euro per il finanziamento degli oneri derivanti dal completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ai sensi del co. 7 dell'art. 3-ter, d.l. n. 211/2011; i) 2 milioni di euro per la revisione delle tariffe per prestazioni termali.

²⁰⁴ Le risorse sono destinate al finanziamento delle seguenti attività e oneri di altri enti: a) 10 milioni di euro per il finanziamento degli oneri contrattuali dei bienni economici 2002-2003 e 2004- 2005 del personale degli Istituti zooprofilattici sperimentali; b) 3 milioni di euro per quota parte degli oneri contrattuali del biennio economico 2006-2007 del personale degli Istituti zooprofilattici sperimentali; c) 266 milioni di euro per il funzionamento degli Istituti zooprofilattici sperimentali; d) 123,1 milioni di euro per il concorso al finanziamento della Croce Rossa Italiana; e) 2 milioni di euro per il finanziamento del Centro Nazionale Trapianti; f) 173 milioni di euro per concorso al finanziamento delle borse di studio agli specializzandi; g) 2,5 milioni di euro per il pagamento delle rate di mutui contratti con la Cassa Depositi e Prestiti; h) 50 milioni di euro per la formazione dei medici specialisti (art. 1, co. 424, l. n. 147/2013).

²⁰⁵ Le risorse accantonate, ripartite con successivo decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, afferiscono alla ripartizione delle quote premiali per l'anno 2020, sullo schema del quale è stata sancita la prevista intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome nella seduta del 31 marzo 2020 (rep. atti n. 57/CSR).

²⁰⁶ Escludendo la quota di finanziamento destinata all'acquisto dei medicinali innovativi e oncologici innovativi rispettivamente pari a 164 milioni di euro e 500 milioni di euro.

²⁰⁷ Il finanziamento indistinto dei Livelli essenziali di assistenza include le quote relative al finanziamento degli interventi di prevenzione e cura della fibrosi cistica, di prevenzione e cura dell'AIDS, di prevenzione e cura dei malati affetti dal morbo di Hansen, di assistenza ai cittadini extracomunitari irregolari e per lo screening neonatale per la diagnosi precoce di patologie. Tale finanziamento è comprensivo di 914,2 milioni di euro finalizzati da specifiche norme di legge a diverse finalità (50 milioni di euro per la cura della dipendenza del gioco d'azzardo; 69 milioni di euro finalizzati al rinnovo delle convenzioni con il Servizio sanitario nazionale; 200 milioni di euro finalizzate al finanziamento dei maggiori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale conseguenti alla regolarizzazione dei cittadini extracomunitari occupati in attività di assistenza alla persona e alle famiglie; 186 milioni di euro per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini; 150 milioni di euro per il concorso al rimborso alle Regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del Servizio sanitario nazionale; 25,2 milioni di euro per l'attività di compilazione e trasmissione per via telematica dei certificati medici di infortunio e malattia professionale; 54 milioni di euro per l'incremento dei fondi contrattuali della dirigenza medica e delle professioni sanitarie; 554 milioni di euro per la copertura di parte del minor gettito derivante dalla soppressione del così detto *superticket*, ai sensi dell'art. 1, cc. 446 e 447, della l. n. 160/2019; 33,7 milioni di euro per il finanziamento degli accertamenti diagnostici neonatali obbligatori; 500 milioni di euro quale concorso statale al finanziamento degli interventi di cui al titolo I «Salute e sicurezza» del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 del 2020 recante «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19», convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77); 25 milioni di euro per il finanziamento della sperimentazione delle strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione; 100 milioni di euro per finanziare un'indennità di tutela del malato e per la promozione della salute, da riconoscere ai dipendenti del Servizio sanitario nazionale appartenenti alle professioni sanitarie nonché agli operatori socio-sanitari.

²⁰⁸ Il finanziamento è vincolato alle seguenti attività: a) 1.500 milioni di euro per l'attuazione di specifici obiettivi individuati nel Piano Sanitario Nazionale; b) 40 milioni di euro per la medicina veterinaria; c) 48,7 milioni di euro per borse di studio triennali per i medici di medicina generale; d) 6,7 milioni di euro per attività di medicina penitenziaria, che saranno trasferite dal Ministero della Giustizia; e) 165,4 milioni di euro accantonati per il finanziamento della medicina penitenziaria; f) 53,8 milioni di euro per il finanziamento degli oneri derivanti dal completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ai sensi del co. 7 dell'art. 3-ter, d.l. n. 211/2011; i) 2 milioni di euro per la revisione delle tariffe per prestazioni termali.

sanitaria Covid-19²⁰⁹, 722,5 milioni di euro destinati al finanziamento delle attività di altri enti²¹⁰ e 390,5 per accantonati²¹¹.

Appare di rilievo evidenziare come con riferimento al FSN per l'anno 2022, non risulti ancora sancita l'Intesa Stato-Regioni. La causa del mancato accordo attiene principalmente ai criteri di riparto che erano stati oggetto di contestazione²¹². Peraltro, la Conferenza delle Regioni ha, recentemente, approvato all'unanimità l'Accordo politico per la ripartizione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale per l'anno 2022, ai fini della predisposizione della proposta di distribuzione del finanziamento del SSN²¹³, inviando il proprio documento di indirizzo al Ministero della Salute per il prosieguo del procedimento che porterà al decreto di riparto delle risorse.

Deve soggiungersi che i criteri di distribuzione del FSN sono stati oggetto di recente modifica, dapprima con l'art. 35, co. 1, lett. b), del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, e, successivamente, con l'art. 19, co. 1, lett. b), n. 1), decreto-legge 9 agosto 2022, n. 115, convertito, con modificazioni, dalla legge di conversione 21

²⁰⁹ Il finanziamento degli interventi urgenti, adottati per far fronte all'emergenza sanitaria Covid-19, attiene alla seguente partizione: a) euro 1.115.713.624 per le finalità di cui all'art. 1, cc. 4, 5 e 8, e di cui all'art. 2, co. 10, del citato d.l. n. 34/2020 (spesa per il personale per piano territoriale e ospedaliero) ripartiti con la tabella «Allegato B» e la tabella «Allegato C» unite al decreto-legge; b) euro 70.000.000 per le finalità di cui all'art. 1, co. 416, della citata l. n. 178/2020 (tamponi antigenici rapidi da parte dei MMG medici di medicina generale e PLS pediatri di libera scelta) ripartiti con la tabella posta nell'allegato A alla legge; c) euro 100.000.000 per le finalità di cui all'art. 1, co. 464, della citata l. n. 178/2020 (prestazioni aggiuntive personale per somministrazione vaccini Covid) ripartiti con la tabella posta nell'allegato C alla legge; d) euro 345.000.000 per le finalità di cui all'art. 20, co. 2, lett. c), del citato d.l. n. 41/2021 (Fondo per MMG e altri per somministrazione vaccini Covid) ripartiti con la tabella posta nell'allegato B-bis alla legge; e) euro 25.000.000 per le finalità di cui all'art. 1, co. 468, della citata l. n. 178/2020 (Fondo MMG per retribuzione indennità personale infermieristico) ripartiti con la tabella posta nell'allegato E alla legge; f) euro 10.000.000 per le finalità di cui all'art. 1, co. 469, della citata l. n. 178/2020 (Fondo PLS per retribuzione indennità personale infermieristico) ripartiti con la tabella posta nell'allegato F alla legge; g) euro 51.600.000 per le finalità di cui all'art. 21, del citato d.l. n. 41/2021 ripartiti come indicato nella tabella posta nel medesimo articolo; h) euro 8.000.000 per le finalità di cui all'art. 18-bis del citato d.l. n. 41/2021 (indennità Covid-19 per lavoratori in somministrazione del comparto sanità in servizio alla data del 1° maggio 2021) ripartiti come disposto dal medesimo articolo; i) euro 28.802.000 per le finalità di cui all'art. 27 del citato d.l. n. 73/2021 (Esenzione prestazioni di monitoraggio per ex pazienti Covid-19), e ripartiti come indicato nella tabella B allegata al decreto-legge; l) euro 8.000.000 per le finalità di cui all'art. 33, co. 1, del citato d.l. n. 73/2021 (potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza attraverso il reclutamento di professionisti sanitari e assistenti sociali) e ripartito con la tabella C allegata al decreto-legge; m) euro 19.932.000 per le finalità di cui all'art. 33, co. 3, del citato d.l. n. 73/2021 (potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza attraverso il reclutamento di psicologi) e ripartito con la tabella D allegata al decreto-legge; n) euro 3.400.000 per le finalità di cui all'art. 50, del citato d.l. n. 73/2021 (reclutamento straordinario di dirigenti medici e tecnici della prevenzione negli ambienti e nei luoghi di lavoro).

²¹⁰ Le risorse sono destinate al finanziamento delle seguenti attività e oneri di altri enti: a) 10 milioni di euro per il finanziamento degli oneri contrattuali dei bienni economici 2002-2003 e 2004-2005 del personale degli Istituti zooprofilattici sperimentali; b) 3 milioni di euro per quota parte degli oneri contrattuali del biennio economico 2006-2007 del personale degli Istituti zooprofilattici sperimentali; c) 266 milioni di euro per il funzionamento degli Istituti zooprofilattici sperimentali; d) 6 milioni di euro per il rimborso dell'anticipazione di liquidità alla Croce Rossa Italiana; e) 2 milioni di euro per il finanziamento del Centro Nazionale Trapianti; f) 2,5 milioni di euro per il pagamento delle rate di mutui contratti con la Cassa Depositi e Prestiti; g) 443 milioni di euro per la formazione dei medici specialisti, ai sensi del d.lgs. n. 257/91, art. 1, co. 424, della l. n. 147/2013, art. 5, co. 1, del d.l. n. 34/2020, art. 1, co. 421 della l. n. 178/2020.

²¹¹ Le risorse accantonate, ripartite con successivo decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, afferiscono alla ripartizione delle quote premiali per l'anno 2021, da adottarsi con decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sullo schema di delibera del quale è stata sancita la prevista intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 4 agosto 2021 (rep. atti n. 152/CSR).

²¹² La Regione Campania, con notifica del 01/04/2022, ha diffidato il Governo ad emanare il decreto di aggiornamento dei criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale, in modo da approvarlo in Conferenza Stato-Regioni, in quanto, attualmente, il riparto avviene in base alla popolazione delle varie Regioni corretta per l'anzianità. Secondo il Governatore della Regione Campania, «per effetto del metodo sinora seguito al fine del riparto, alla Regione Campania è stata attribuita la più bassa quota pro capite di fondo sanitario, [...], a discapito della qualità e della quantità dei servizi erogabili alla cittadinanza, pur a fronte di condizioni socioeconomiche oggettivamente e gravemente svantaggiate» (v. Ricorso Regione Campania, <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1655128120.pdf>).

²¹³ L'accordo raggiunto fra le Regioni riguarda la ripartizione della quota indistinta e della premialità (v. <http://www.regioni.it/newsletter/n-4417/del-02-12-2022/conferenza-regioni-accordo-su-riparto-fondo-sanitario-nazionale-2022-25023/>). Il documento di indirizzo è stato inviato al Ministro della Salute per la predisposizione del relativo decreto da portare per l'Intesa in Conferenza unificata. Lo schema di decreto successivamente alla sua predisposizione sarà inviato al MEF per gli eventuali rilievi.

settembre 2022, n. 142. Dette disposizioni hanno previsto che: *“In via transitoria, per gli anni 2021 e 2022, nelle more dell'applicazione di quanto previsto al secondo periodo del presente comma ed in deroga a quanto previsto dal quarto periodo del presente comma, al fine di tenere conto della proposta regionale presentata dal Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome il 15 aprile 2021, l'85 per cento delle risorse destinate alla copertura del fabbisogno standard nazionale per gli anni 2021 e 2022 sono ripartite secondo i criteri di cui al presente comma e il restante 15 per cento delle medesime risorse è ripartito sulla base della popolazione residente riferita al 1° gennaio 2020 per il riparto 2021 e al 1° gennaio 2021 per il riparto 2022”*.

La mancata Intesa sul riparto del Fondo sanitario nazionale ha inciso sulla ordinata programmazione delle risorse ai fini dell'organizzazione del Servizio sanitario regionale, in un momento in cui la pandemia da Covid-19 non è ancora vinta ed in cui emergono ritardi nel recupero delle liste di attesa. Per attenuare le disfunzioni causate dal mancato raggiungimento dell'intesa, il legislatore nazionale ha disposto con l'art. 19, co. 1, lett. b), n. 2), d.l. n. 115/2022, che *“Per l'anno 2022, nel caso in cui non venga raggiunta l'intesa prevista dal comma 1, il decreto di determinazione provvisoria dei costi e dei fabbisogni standard di cui al comma 1-bis, lettera b), è adottato entro il 30 settembre 2022 mentre il decreto di determinazione definitiva di cui al comma 1-bis, lettera d), è adottato entro il 31 dicembre 2022. Entro il 31 dicembre 2022 il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana il decreto di cui al secondo periodo del presente comma”*.

7.2.2 Composizione delle risorse destinate al fabbisogno finanziario del Servizio sanitario nazionale

Il finanziamento del livello del fabbisogno sanitario, disegnato dal d.lgs. n. 56/2000, come già evidenziato, prevede un sistema di finanziamento basato principalmente sulla capacità fiscale regionale, corretto da adeguate misure perequative. Nel dettaglio deve specificarsi come il livello del fabbisogno sanitario nazionale sia attualmente finanziato dalle seguenti fonti:

- 1) Entrate proprie delle aziende del Servizio sanitario nazionale²¹⁴, in un importo definito e cristallizzato in seguito all'intesa siglata fra lo Stato e le Regioni;

²¹⁴ Sono rappresentati, in generale, dai ricavi conseguiti dalle aziende sanitarie derivanti dalla vendita di prestazioni sanitarie e non sanitarie a soggetti pubblici e privati, della Regione e al di fuori della Regione di appartenenza e da altri ricavi quali interessi attivi e altri proventi finanziari, rimborsi, etc. Sono ricompresi in tale voce i ticket introitati dalle aziende sanitarie.

- 2) Fiscalità generale delle Regioni²¹⁵: imposta regionale sulle attività produttive (Irap)²¹⁶, nella componente di gettito destinata al finanziamento della sanità, e addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (addizionale Irpef)²¹⁷;
- 3) Partecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano;
- 4) Partecipazione dello Stato, che finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di finanziamento essenzialmente attraverso la compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto (IVA), destinata alle Regioni a statuto ordinario, e le accise sui carburanti;
- 5) Fondo sanitario nazionale che evidenzia una quota destinata alla Regione siciliana, mentre il resto complessivamente finanzia anche altre spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi.

Con riferimento alla fiscalità generale (Irap e addizionale Irpef) si evidenzia che le risorse considerate ai fini del finanziamento del Fondo sanitario nazionale sono stimate dal Dipartimento delle finanze (e rideterminate a seguito delle note di variazione al bilancio) nella misura dei gettiti determinati dall'applicazione delle aliquote base nazionali, senza tenere conto dei maggiori gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle Regioni. Considerato che i valori di gettito dell'Irap e dell'addizionale regionale all'Irpef per l'anno di riferimento rappresentano valori stimati, ciascuna Regione potrà effettivamente introitare importi inferiori o superiori rispetto a quelli previsti; pertanto, al fine di garantire l'integrale copertura del proprio fabbisogno sanitario indistinto, è stata prevista a livello nazionale l'istituzione del fondo di garanzia, cioè il meccanismo di recupero da

²¹⁵ Le risorse per la fiscalità generale sono individuate sulla base dei dati stimati dal Dipartimento delle finanze e rideterminati a seguito delle note di variazione al bilancio. Entrambe le imposte sono quantificate nella misura dei gettiti determinati dall'applicazione delle aliquote base nazionali, quindi non tenendo conto dei maggiori gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle singole Regioni. Le risorse relative alla fiscalità generale, che transitano nei conti di Tesoreria, sono erogate alle Regioni ogni mese integralmente (art. 77-*quater*, d.l. n. 112/2008).

²¹⁶ L'imposta regionale sulle attività produttive (Irap) è un'imposta a carattere reale, istituita e disciplinata dal d.lgs. n. 446/1997 (artt. 1-45); la quasi totalità del gettito ottenuto è attribuito alle Regioni con l'obiettivo di concorrere al finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Il presupposto d'imposta è l'esercizio abituale di una attività autonomamente organizzata, diretta alla produzione o allo scambio di beni ovvero alla prestazione di servizi. Soggetti passivi sono infatti le persone fisiche, le società e gli enti (privati e pubblici) che esercitano la suddetta attività. La base imponibile è il valore della produzione netta realizzato nel territorio di ciascuna Regione, che viene determinato secondo regole differenziate per tipi di attività e soggetti passivi. L'aliquota ordinaria è fissata al 3,9%, pur se sono previste aliquote diverse a seconda della tipologia di soggetto passivo. Le Regioni e le Province autonome, con propria legge, a norma dell'art. 16, co. 3, del d.lgs. n. 446/1997, hanno facoltà di variare le aliquote di cui alle lettere a), b), c) e d) della tabella fino ad un massimo di 0,92 punti percentuali, differenziandole per settori di attività e per categorie di soggetti passivi. La disciplina dell'IRAP è stata integrata dall'art. 5 del d.lgs. n. 68/2011 - recante "disposizioni sul federalismo fiscale provinciale e regionale" - che detta norme valide solo per le Regioni ordinarie, le quali possono ridurre le aliquote fino ad azzerarle, nonché disporre deduzioni dalla base imponibile nel rispetto della normativa dell'Unione europea e degli orientamenti giurisprudenziali della Corte di giustizia dell'Unione europea. Per approfondimenti v. Dipartimento Finanze - Disciplina del tributo.

²¹⁷ L'addizionale regionale all'Irpef, istituita dall'art. 50 del d.lgs. n. 446/1998, dispone che tale tributo è determinato applicando l'aliquota, definita a livello regionale in cui il contribuente ha la residenza, al reddito complessivo determinato ai fini Irpef, al netto di eventuali oneri deducibili. L'aliquota di base dell'addizionale Irpef per l'anno 2012 è stata determinata in 1,23%. Ciascuna Regione e Provincia autonoma, con propria legge da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale non oltre il 31 dicembre dell'anno precedente a quello in cui l'addizionale si riferisce, può maggiorare l'aliquota di base entro i limiti fissati dalla legge statale.

La disciplina normativa dell'addizionale regionale è stata integrata dal d.lgs. n. 68/2011 (disposizioni sul federalismo fiscale provinciale e regionale) che all'art. 6 prescrive, solo per le Regioni ordinarie, la possibilità di aumentare o diminuire l'aliquota base. Inoltre, la disposizione fissa il limite massimo entro il quale le Regioni ordinarie possono aumentare l'aliquota base: 1,1% per l'anno 2014 e 2,1% a decorrere dal 2015. Le Regioni a statuto speciale e le Province autonome di Trento e di Bolzano, invece, possono maggiorare l'aliquota di base dell'addizionale - pari all'1,23% - fino a 0,5 punti percentuali, in quanto per tali autonomie speciali continuano ad applicarsi le disposizioni dell'art. 50 del d.lgs. n. 446/1997. Detta maggiorazione, a decorrere dall'anno 2014 può arrivare fino ad un massimo di 1 punto percentuale esclusivamente al fine di consentire la predisposizione delle misure di copertura finanziaria degli oneri derivanti dal rimborso delle anticipazioni di liquidità previste dall'art. 3-*ter* del d.l. n. 35/2013. Per approfondimenti v. Dipartimento Finanze - Disciplina del tributo.

applicare alle singole Regioni (art. 13 del d.lgs. n. 56/2000 e art. 1, l. n. 266/2005 per le Regioni a statuto ordinario e art. 39, d.lgs. n. 446/1997 per la Regione siciliana). In tal senso, qualora i gettiti effettivi risultino minori dei gettiti stimati, alle Regioni viene erogata la differenza a valere sul fondo di garanzia; viceversa, qualora i gettiti effettivi risultino maggiori, lo Stato procede al recupero del maggior gettito. Dette regolazioni avvengono nel secondo anno successivo a quello di riferimento: infatti, il Dipartimento delle finanze, sulla base degli acconti e dei congruagli versati, determina in via definitiva il valore del gettito effettivo per ciascuna Regione.

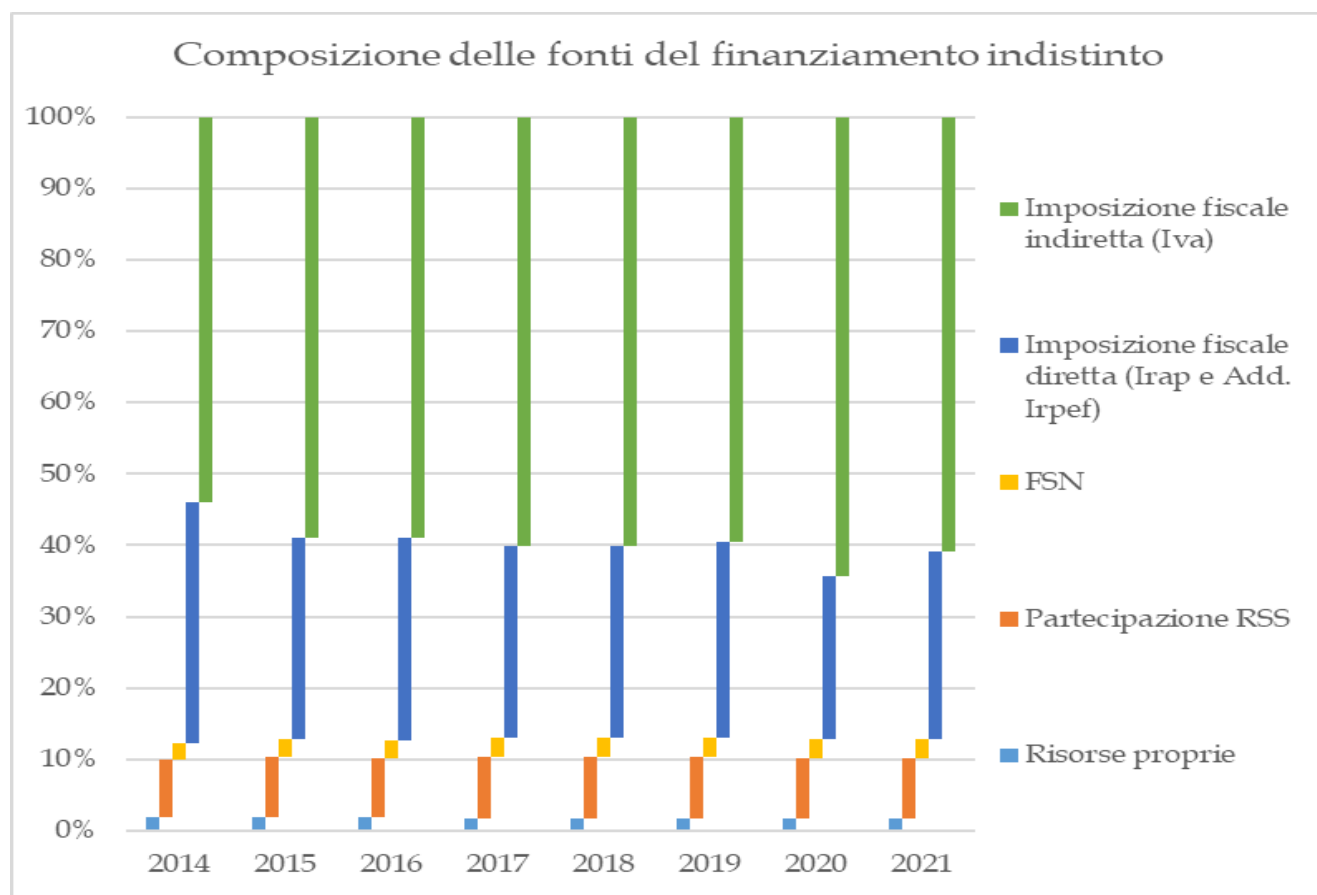
Per quanto concerne le Autonomie speciali, il cui sistema delle entrate si differenzia da quello delle Regioni a statuto ordinario²¹⁸, si evidenzia che le stesse (Regione Valle d'Aosta e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 34, co. 3 della l. n. 724/1994, la Regione Friuli-Venezia Giulia, ai sensi dell'art. 1, co. 144 della l. n. 662/1996, e la Regione Sardegna, ai sensi dell'art. 1, co. 836 della l. n. 296/2006) provvedono al finanziamento del rispettivo fabbisogno senza alcun apporto a carico del Bilancio dello Stato, ad esclusione della Regione siciliana la cui aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario (art. 1, co. 830, l. n. 296/2006). Inoltre, ai sensi dell'art. 27, co. 1, l. n. 42/2009 le Autonomie speciali *«concorrono al conseguimento degli obiettivi di perequazione e di solidarietà ed all'esercizio dei diritti e doveri da essi derivanti, nonché al patto di stabilità interno e all'assolvimento degli obblighi posti dall'ordinamento comunitario, secondo criteri e modalità stabiliti da norme di attuazione dei rispettivi statuti, da definire, con le procedure previste dagli statuti medesimi, e secondo il principio del graduale superamento del criterio della spesa storica di cui all'articolo 2, comma 2, lettera m)»*.

Sulla base della ripartizione del finanziamento sanitario nazionale per gli anni 2014-2021, le fonti di finanziamento indistinto dei LEA (*ante-mobilità*) sono rappresentate in media per: l'87,17% del totale dall'imposizione fiscale (diretta ed indiretta)²¹⁹, l'1,8% del totale dai ricavi ed entrate proprie convenzionali delle aziende sanitarie, l'8,43% dalla partecipazione delle Regioni a statuto speciale e dalle Province autonome ed, infine, per il 2,6% dalla voce relativa al Fondo sanitario nazionale. L'imposizione fiscale costituisce la parte preponderante delle fonti che finanziano il Fondo sanitario nazionale: la componente diretta rappresenta, nel periodo considerato, mediamente il 27,6% del totale (Irap 19,2% e addizionale Irpef 8,3%), mentre la componente indiretta (Iva e accise), pari al 59,6% del totale.

Il grafico che segue illustra l'andamento delle fonti che finanziano il fabbisogno sanitario indistinto per gli anni 2014-2021.

²¹⁸ Cfr. deliberazione di questa Sezione n. 6/SEZAUT/2022/FRG, recante "Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni e Province autonome", pag. 25 e ss.

²¹⁹ Il d.lgs. n. 56/2000 ha istituito il fondo perequativo nazionale alimentato dall'Iva che consente di finanziare le Regioni che hanno minori gettiti da Irap e Irpef attraverso il trasferimento di parte delle entrate generate dall'Iva.

Grafico 4 - FSN - Incidenza delle principali voci sul fabbisogno sanitario complessivo

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Delibera CIPE

Esaminando per il periodo di riferimento la composizione delle fonti del finanziamento indistinto dei LEA, emerge una riduzione dell'incidenza degli introiti sul FSN totale derivanti dalla fiscalità generale (imposizione fiscale diretta ed indiretta) e dalle risorse proprie.

La riduzione dell'incidenza della fiscalità generale è da ascrivere all'imposizione fiscale diretta (Irap e addizionale Irpef), che evidenzia una contrazione di 7,5 punti percentuali (da 33,8% del 2014 a 26,3% del 2021), mentre l'imposizione fiscale indiretta evidenzia un incremento di 7 punti percentuali (da 54% del 2012 a 61% del 2021).

Tra i principali fattori che, negli anni, hanno contribuito ad incidere negativamente sull'autonomia impositiva delle Regioni vi sono, da un lato, gli effetti della contrazione della base imponibile dell'IRAP conseguente agli interventi statali volti a ridurre il cd. "cuneo fiscale" sull'impiego del lavoro, dall'altro, il ricordato "blocco" della manovrabilità delle aliquote sui tributi derivati e sulle addizionali, previsto inizialmente solo per l'anno 2016 e prorogato fino al 2018 dalle leggi n. 208/2015 (art. 1, co. 26), n. 232/2016 (art. 1, co. 42, lett. a) e n. 205/2017 (art. 1, co. 37, lett. a) (Per approfondimenti v. deliberazione n. 6/SEZ/AUT/2022/FRG).

Tabella 43 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA (*ante mobilità*) – Anni 2014-2021

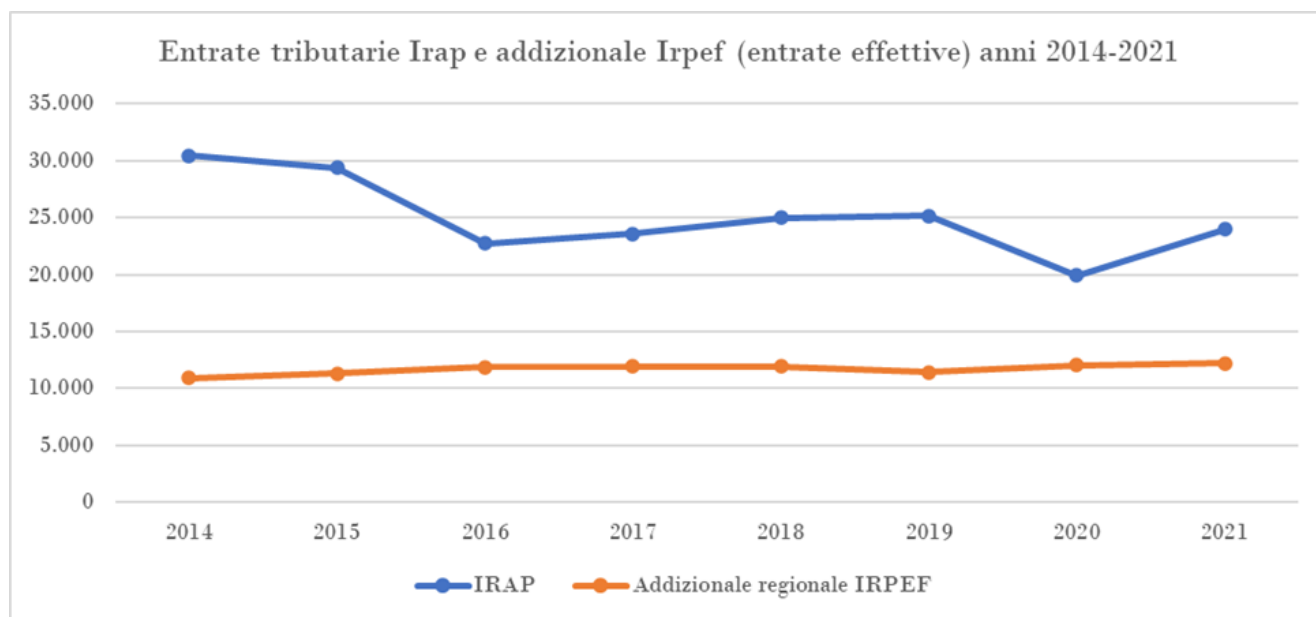
Descrizione	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020 ⁽²⁾	Anno 2021
Risorse proprie	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157	1.982.157
Partecipazione RSS	8.516.160	9.084.696	9.085.491	9.258.026	9.314.085	9.441.317	9.606.940	9.871.290
Fondo sanitario nazionale	2.393.592	2.745.304	2.696.376	2.928.245	3.029.901	3.078.844	3.054.719	3.005.185
Imposizione fiscale:	92.449.980	93.220.328	94.434.944	94.780.233	95.550.705	96.577.149	98.613.858	101.436.945
- IRAP	26.729.788	21.247.613	21.526.281	20.225.456	20.462.150	21.096.290	16.322.750	21.102.342
- Addizionale IRPEF	8.845.218	8.942.116	9.123.156	9.096.587	8.999.913	9.341.926	9.416.755	9.458.510
- Iva e accise (d.lgs. 56/200)	56.874.974	63.030.599	63.785.506	65.458.190	66.088.642	66.138.933	72.874.353	70.876.094
FSN indistinto ⁽¹⁾	105.341.889	107.032.486	108.198.968	108.948.661	109.876.849	111.079.468	113.257.675	116.295.578
Incremento% FSN indistinto	1,2	1,6	1,1	0,7	0,9	1,1	2,0	2,7
Incidenza % risorse proprie	1,88	1,85	1,83	1,82	1,80	1,78	1,75	1,70
Incidenza % partecipazione RSS	8,08	8,49	8,40	8,50	8,48	8,50	8,48	8,49
Incidenza % fondo sanitario nazionale	2,27	2,56	2,49	2,69	2,76	2,77	2,70	2,58
Incidenza % imposizione fiscale:	87,76	87,10	87,28	87,00	86,96	86,94	87,07	87,22
- IRAP	25,37	19,85	19,90	18,56	18,62	18,99	14,41	18,15
- Addizionale IRPEF	8,40	8,35	8,43	8,35	8,19	8,41	8,31	8,13
- Iva e accise (d.lgs. 56/2000)	53,99	58,89	58,95	60,08	60,15	59,54	64,34	60,94
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Delibera CIPE/CIPES; importi in migliaia di euro

⁽¹⁾ Il livello del finanziamento del SSN cui concorre lo Stato considera 100,21 milioni di euro nel 2015 e 6,3 milioni di euro nel 2016 quale quota di riequilibrio tra le Regioni.
⁽²⁾ Con l'Intesa siglata in Conferenza Stato-Regioni (Atto n. 227/CSR del 17 dicembre 2020) sono state riviste le fonti del finanziamento indistinto, proposte nell'Intesa siglata in data 31 marzo 2020, in ragione della necessità di tener conto delle riduzioni intervenute con il d.l. n. 34/2020 (solo in corrispondenza delle Regioni a statuto ordinario e della Regione siciliana) sul gettito dell'Irap, e che hanno determinato conseguentemente variazioni compensative sui valori della compartecipazione IVA e del Fondo sanitario nazionale, fermo restando il livello del finanziamento indistinto già individuato con il precedente atto di riparto (Atto n. 55/CSR del 31 marzo 2020).

Le risorse generate dall'imposizione fiscale evidenziano nel periodo 2014-2021, in valore assoluto, un *trend* di crescita, passando da 92.450 milioni di euro del 2014 a 101.437 milioni del 2021: in particolare, la componente fiscale diretta (Irap e addizionale Irpef) registra una tendenziale diminuzione (-5.014 milioni di euro) ²²⁰ a cui si contrappone l'andamento crescente ²²¹ della componente fiscale indiretta (+14.001 milioni di euro). Con riferimento alla componente fiscale diretta, la riduzione è generata unicamente dalle risorse relative all'Irap con -5.627 milioni di euro (-21%), in quanto le risorse derivanti dall'addizionale Irpef evidenziano un lieve incremento +613 milioni (+6,9%).

Grafico 5 – Entrate tributarie enti territoriali relative ad Irap e addizionale Irpef (gettito erariale effettivo) per gli anni 2014-2021



Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento delle finanze²²² (anni 2014-2021); importi in milioni di euro

Con riferimento alla componente fiscale indiretta, l'incremento è rilevabile in tutto il periodo, seppur quasi la metà dell'aumento (+6.155 milioni di euro, +44% del totale incremento) è registrato nel periodo 2014-2015. Tale andamento è dipeso sostanzialmente dall'aumento dell'aliquota Iva passata dal 21%²²³ al 22%, in forza dell'art. 40, co. 1-ter, d.l. n. 98/2011²²⁴.

Al fine di determinare un fabbisogno finanziario del settore sanitario a livello regionale idoneo a garantire l'erogazione dei LEA, è stata inoltre istituita la compartecipazione delle Regioni a statuto ordinario all'Iva (art. 2, d.lgs. n. 56/2000): la compartecipazione regionale all'Iva per ciascun anno è

²²⁰ La riduzione è sia in valore assoluto, sia in percentuale sul totale FSN indistinto.

²²¹ Sia in termini assoluti che in percentuale sul totale FSN indistinto.

²²² https://www1.finanze.gov.it/finanze3/entrate_tributarie/?privacy=ko#/#testata.

²²³ L'art. 2, co. 2-bis, d.l. n. 138/2011, modificando il comma 1, dell'art. 16, d.P.R. n. 633/1972, dispone che l'aliquota dell'imposta è stabilita nella misura del 21% della base imponibile dell'operazione.

²²⁴ Ai sensi dell'art. 40, co. 1-ter, d.l. n. 98/2011, a decorrere dal 1° ottobre 2013, l'aliquota dell'imposta sul valore aggiunto del 21% è rideterminata nella misura del 22%.

fissata nella misura del 25,7% del gettito nazionale realizzato nel penultimo anno precedente a quello preso in considerazione, al netto di quanto devoluto alle Regioni a statuto speciale e delle risorse UE, fino a raggiungere la misura del 64,27% per l'anno 2019 (ai sensi del d.P.C.M. 12 febbraio 2021) e del 70,14% per l'anno 2020 (ai sensi del d.P.C.M. del 10 dicembre 2021).

Il gettito della compartecipazione all'IVA è attribuito a ciascuna Regione in base a parametri che dipendono dalla disciplina del finanziamento della spesa sanitaria corrente delle RSO per cui la percentuale di compartecipazione al gettito IVA varia annualmente in ragione del fabbisogno necessario a coprire la quota di spesa sanitaria corrente non coperta dal gettito di IRAP, Addizionale IRPEF, *ticket* sanitari. Inoltre, la territorializzazione del gettito IVA è commisurata all'ammontare dei consumi registrati dall'ISTAT per ciascuna Regione negli ultimi tre anni (cd. IVA in base ai consumi)²²⁵. Le Regioni la cui quota di IVA eccede la percentuale stabilita della propria spesa storica cedono la parte eccedente al Fondo perequativo interregionale. Al bilancio delle Regioni "eccedentarie", a cui il ricordato meccanismo assegna somme maggiori del rispettivo fabbisogno sanitario, affluisce soltanto una quota-parte dell'IVA "territorializzata" come propria, mentre le Regioni a cui la territorializzazione assegna somme minori del rispettivo fabbisogno sanitario ricevono integralmente la propria quota di IVA e, in aggiunta, una quota parte del Fondo perequativo interregionale, a copertura del rispettivo fabbisogno. Il Fondo perequativo è composto di due voci: le quote regionali per quelle Regioni la cui IVA non è sufficiente a coprire la propria spesa storica (nella percentuale fissata) e la ripartizione in percentuale dell'IVA tra tutte le Regioni secondo altri criteri: popolazione, capacità fiscale, dimensione geografica e fabbisogno sanitario (Per approfondimenti v. Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni e Province autonome, deliberazione n. 6/SEZAUT/2022/FRG).

La tabella che segue mostra per il 2021 la composizione delle fonti di finanziamento per area geografica:

²²⁵ I d.P.C.M. (emessi su proposta del Ministro del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione economica, sentito il Ministero della Sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano), emanati annualmente entro il 30 settembre di ciascun anno per il triennio successivo, indicano le quote di compartecipazione relative a ciascuna Regione e individuano le quote di concorso alla solidarietà nazionale oltre che le quote da assegnare a titolo di fondo perequativo. Ai sensi dell'art. 7, d.lgs. n. 56/2000, la compartecipazione IVA è assegnata per una quota, ogni anno a scalare, in base ad una percentuale regionale della spesa storica e per la restante quota in base a parametri che tengono conto della popolazione, della capacità fiscale, della dimensione geografica e del fabbisogno sanitario. Ciascuna Regione riceve, infine, una quota di compartecipazione a seguito delle operazioni di perequazione e, quindi, in aumento o in diminuzione rispetto al conteggio iniziale.

Tabella 44 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA (*ante mobilità*) – Anno 2021

Regioni/Province autonome	Ricavi propri	Partecipazione RSS e P.A.	IRAP	Addizionale IRPEF	D.lgs. 56/2000	Fondo sanitario nazionale	Totale	Incidenza % sul totale
Piemonte	167.096		1.561.136	794.829	6.038.499		8.561.559	7,36
Lombardia	344.689		5.048.269	2.009.219	12.133.264		19.535.440	16,80
Veneto	187.979		2.046.015	876.663	6.431.606		9.542.262	8,21
Liguria	62.730		516.940	286.013	2.219.674		3.085.356	2,65
Emilia-Romagna	171.956		2.022.324	861.709	5.737.475		8.793.463	7,56
Toscana	138.369		1.405.782	644.233	5.136.438		7.324.822	6,30
Umbria	34.031		232.023	135.989	1.326.884		1.728.927	1,49
Marche	57.467		505.364	239.233	2.182.338		2.984.401	2,57
Lazio	162.193		2.874.868	982.727	7.140.690		11.160.477	9,60
Abruzzo	41.537		293.974	174.490	2.028.851		2.538.852	2,18
Molise	12.953		5.329	36.039	537.994		592.315	0,51
Campania	163.216		943.767	573.976	9.127.600		10.808.559	9,29
Puglia	113.351		660.857	439.603	6.427.662		7.641.472	6,57
Basilicata	16.926		11.884	64.398	988.622		1.081.829	0,93
Calabria	47.419		0	184.644	3.418.496		3.650.559	3,14
RSO	1.721.912	0	18.128.526	8.303.763	70.876.094	0	99.030.294	85,15
Valle d'Aosta	4.341	148.630	69.616	23.689			246.276	0,21
P.A. Bolzano	17.089	529.729	358.470	112.892			1.018.180	0,88
P.A. Trento	17.328	661.597	282.312	98.883			1.060.120	0,91
Friuli-Venezia Giulia	47.485	1.583.719	546.390	227.146			2.404.739	2,07
Sicilia	128.085	4.598.762	1.142.621	489.554		3.005.185	9.364.207	8,05
Sardegna	45.917	2.348.853	574.409	202.583			3.171.761	2,73
RSS	260.245	9.871.290	2.973.816	1.154.747	0	3.005.185	17.265.283	14,85
Totale RSO+RSS	1.982.157	9.871.290	21.102.342	9.458.510	70.876.094	3.005.185	116.295.578	100,00
Area Nord ⁽¹⁾	934.449	0	11.194.682	4.828.433	32.560.518	0	49.518.081	42,58
Area Centro ⁽²⁾	392.061	0	5.018.036	2.002.181	15.786.350	0	23.198.627	19,95
Area Sud ⁽³⁾	395.402	0	1.915.809	1.473.149	22.529.226	0	26.313.586	22,63
RSO	1.721.912	0	18.128.526	8.303.763	70.876.094	0	99.030.294	85,15
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	260.245	9.871.290	2.973.816	1.154.747	0	3.005.185	17.265.283	14,85
Totale RSO+RSS	1.982.157	9.871.290	21.102.342	9.458.510	70.876.094	3.005.185	116.295.578	100,00
Area Nord ⁽¹⁾	1,89	0,00	22,61	9,75	65,75	0,00	100,00	
Area Centro ⁽²⁾	1,69	0,00	21,63	8,63	68,05	0,00	100,00	
Area Sud ⁽³⁾	1,50	0,00	7,28	5,60	85,62	0,00	100,00	
RSO	1,74	0,00	18,31	8,39	71,57	0,00	100,00	
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	1,51	57,17	17,22	6,69	0,00	17,41	100,00	
Totale RSO+RSS	1,70	8,49	18,15	8,13	60,94	2,58	100,00	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Delibera CIPE riparto FSN 2021; importi in migliaia di euro

⁽¹⁾ Nord: Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna.⁽²⁾ Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio.⁽³⁾ Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria.⁽⁴⁾ RSS e PA: Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Sardegna.

Esaminando l'imposizione fiscale indiretta, l'incidenza risulta maggiore nelle aree del Sud, rispetto all'area centro-settentrionale, frutto dell'intervento del fondo perequativo nazionale alimentato dell'Iva. Osservando, invece, l'imposizione fiscale diretta nelle diverse ripartizioni geografiche si riscontrano marcate differenze: l'incidenza dell'imposizione fiscale diretta sul fabbisogno indistinto complessivo è più elevata per le aree Nord e Centro. Le ragioni attengono sostanzialmente alla maggiore capacità contributiva dell'area centro-settentrionale, rispetto al Mezzogiorno. Per quanto

concerne le Regioni a statuto speciale e le Province autonome i valori risultano leggermente inferiori alla media nazionale.

L'evoluzione delle fonti di finanziamento descritta per il 2021 viene riscontrata anche per il periodo 2017-2020, come mostrato nelle tabelle che seguono:

Tabella 45 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA – Anno 2020

Regioni/Province autonome	Ricavi propri	Partecipazione RSS e P.A.	IRAP	Addizionale IRPEF	D.lgs. 56/2000	Fondo sanitario nazionale	Totale	Incidenza % sul totale
Piemonte	167.096		1.157.593	791.455	6.229.286		8.345.430	7,37
Lombardia	344.689		3.741.942	1.980.963	12.788.726		18.856.319	16,65
Veneto	187.979		1.532.318	865.617	6.639.827		9.225.741	8,15
Liguria	62.730		386.687	287.846	2.300.424		3.037.687	2,68
Emilia-Romagna	171.956		1.528.328	852.253	5.903.539		8.456.076	7,47
Toscana	138.369		1.051.960	643.136	5.303.610		7.137.075	6,30
Umbria	34.031		172.000	136.681	1.346.238		1.688.951	1,49
Marche	57.467		380.047	237.265	2.228.162		2.902.941	2,56
Lazio	162.193		2.133.977	984.159	7.678.766		10.959.095	9,68
Abruzzo	41.537		222.579	175.337	2.040.230		2.479.683	2,19
Molise	12.953		2.878	36.084	528.931		580.845	0,51
Campania	163.216		695.205	575.955	9.091.715		10.526.091	9,29
Puglia	113.351		487.940	439.595	6.452.371		7.493.256	6,62
Basilicata	16.926		8.670	65.888	967.038		1.058.522	0,93
Calabria	47.419		0	186.816	3.375.489		3.609.724	3,19
RSO	1.721.912	0	13.502.122	8.259.050	72.874.353	0	96.357.438	85,08
Valle d'Aosta	4.341	143.848	65.844	24.075			238.108	0,21
P.A. Bolzano	17.089	496.177	349.063	110.369			972.698	0,86
P.A. Trento	17.328	624.070	270.179	97.766			1.009.343	0,89
Friuli-Venezia Giulia	47.485	1.519.686	546.212	225.405			2.338.787	2,07
Sicilia	128.085	4.535.120	1.020.261	496.431		3.054.719	9.234.616	8,15
Sardegna	45.917	2.288.039	569.070	203.659			3.106.684	2,74
RSS	260.245	9.606.940	2.820.628	1.157.705	0	3.054.719	16.900.237	14,92
Totale RSO+RSS	1.982.157	9.606.940	16.322.750	9.416.755	72.874.353	3.054.719	113.257.675	100,00
Area Nord ⁽¹⁾	934.449	0	8.346.868	4.778.134	33.861.803	0	47.921.254	42,31
Area Centro ⁽²⁾	392.061	0	3.737.983	2.001.241	16.556.776	0	22.688.061	20,03
Area Sud ⁽³⁾	395.402	0	1.417.271	1.479.675	22.455.774	0	25.748.122	22,73
RSO	1.721.912	0	13.502.122	8.259.050	72.874.353	0	96.357.438	85,08
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	260.245	9.606.940	2.820.628	1.157.705	0	3.054.719	16.900.237	14,92
Totale RSO+RSS	1.982.157	9.606.940	16.322.750	9.416.755	72.874.353	3.054.719	113.257.675	100,00
Area Nord ⁽¹⁾	1,95	0,00	17,42	9,97	70,66	0,00	100,00	
Area Centro ⁽²⁾	1,73	0,00	16,48	8,82	72,98	0,00	100,00	
Area Sud ⁽³⁾	1,54	0,00	5,50	5,75	87,21	0,00	100,00	
RSO	1,79	0,00	14,01	8,57	75,63	0,00	100,00	
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	1,54	56,85	16,69	6,85	0,00	18,08	100,00	
Totale RSO+RSS	1,75	8,48	14,41	8,31	64,34	2,70	100,00	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Delibera CIPE riparto FSN 2020; importi in migliaia di euro

⁽¹⁾ Nord: Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna.

⁽²⁾ Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio.

⁽³⁾ Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria.

⁽⁴⁾ RSS e P.A.: Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Sardegna.

Tabella 46 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA – Anno 2019

Regioni/Province autonome	Ricavi propri	Partecipazione RSS e P.A.	IRAP	Addizionale IRPEF	D.lgs. 56/2000	Fondo sanitario nazionale	Totale	Incidenza % sul totale
Piemonte	167.096		1.568.760	789.539	5.652.414	25.553	8.203.361	7,39
Lombardia	344.689		5.022.215	1.967.083	11.026.167	57.369	18.417.523	16,58
Veneto	187.979		2.064.585	847.380	5.896.432	28.110	9.024.487	8,12
Liguria	62.730		531.040	289.540	2.096.261	9.310	2.988.880	2,69
Emilia-Romagna	171.956		1.966.068	838.640	5.261.137	25.740	8.263.540	7,44
Toscana	138.369		1.428.073	640.622	4.773.698	21.812	7.002.574	6,30
Umbria	34.031		227.527	135.553	1.253.633	5.158	1.655.903	1,49
Marche	57.467		503.943	235.135	2.048.257	8.889	2.853.691	2,57
Lazio	162.193		2.840.429	985.358	6.733.507	33.501	10.754.988	9,68
Abruzzo	41.537		299.207	174.524	1.912.139	7.585	2.434.992	2,19
Molise	12.953		10.039	35.830	513.461	1.788	574.071	0,52
Campania	163.216		944.860	575.049	8.632.099	32.231	10.347.455	9,32
Puglia	113.351		686.362	437.130	6.108.212	22.951	7.368.006	6,63
Basilicata	16.926		21.799	65.296	935.972	3.250	1.043.243	0,94
Calabria	47.419		12.148	185.679	3.295.545	11.064	3.551.855	3,20
RSO	1.721.912	0	18.127.057	8.202.358	66.138.933	294.309	94.484.569	85,06
Valle d'Aosta	4.341	138.249	67.618	23.526			233.734	0,21
P.A. Bolzano	17.089	479.603	344.749	104.314			945.755	0,85
P.A. Trento	17.328	602.029	271.471	93.472			984.300	0,89
Friuli-Venezia Giulia	47.485	1.476.889	545.644	220.243			2.290.261	2,06
Sicilia	128.085	4.463.976	1.215.899	497.255		2.784.536	9.089.750	8,18
Sardegna	45.917	2.280.571	523.853	200.758			3.051.099	2,75
RSS	260.245	9.441.317	2.969.234	1.139.568	0	2.784.536	16.594.899	14,94
Totale RSO+RSS	1.982.157	9.441.317	21.096.290	9.341.926	66.138.933	3.078.844	111.079.468	100,00
Area Nord ⁽¹⁾	934.449	0	11.152.669	4.732.181	29.932.410	146.081	46.897.792	42,22
Area Centro ⁽²⁾	392.061	0	4.999.972	1.996.669	14.809.095	69.360	22.267.156	20,05
Area Sud ⁽³⁾	395.402	0	1.974.415	1.473.508	21.397.428	78.868	25.319.621	22,79
RSO	1.721.912	0	18.127.057	8.202.358	66.138.933	294.309	94.484.569	85,06
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	260.245	9.441.317	2.969.234	1.139.568	0	2.784.536	16.594.899	14,94
Totale RSO+RSS	1.982.157	9.441.317	21.096.290	9.341.926	66.138.933	3.078.844	111.079.468	100,00
Area Nord ⁽¹⁾	1,99	0,00	23,78	10,09	63,82	0,31	100,00	-
Area Centro ⁽²⁾	1,76	0,00	22,45	8,97	66,51	0,31	100,00	-
Area Sud ⁽³⁾	1,56	0,00	7,80	5,82	84,51	0,31	100,00	-
RSO	1,82	0,00	19,19	8,68	70,00	0,31	100,00	-
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	1,57	56,89	17,89	6,87	0,00	16,78	100,00	-
Totale RSO+RSS	1,78	8,50	18,99	8,41	59,54	2,77	100,00	-

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Delibera CIPE riparto FSN 2019; importi in migliaia di euro

(1) Nord: Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna.

(2) Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio.

(3) Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria.

(4) RSS e PA: Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Sardegna.

Tabella 47 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA – Anno 2018

Regioni/Province autonome	Ricavi propri	Partecipazione RSS e P.A.	IRAP	Addizionale IRPEF	D.lgs. 56/2000	Fondo sanitario nazionale	Totale	Incidenza % sul totale
Piemonte	167.096		1.533.600	762.053	5.650.623	21.248	8.134.620	7,40
Lombardia	344.689		4.932.950	1.889.244	10.943.134	47.428	18.157.444	16,53
Veneto	187.979		1.974.000	814.614	5.912.745	23.280	8.912.618	8,11
Liguria	62.730		502.100	281.047	2.118.431	7.763	2.972.071	2,70
Emilia-Romagna	171.956		1.903.700	810.204	5.256.845	21.325	8.164.029	7,43
Toscana	138.369		1.390.250	617.674	4.767.475	18.106	6.931.874	6,31
Umbria	34.031		209.850	131.401	1.264.765	4.295	1.644.342	1,50
Marche	57.467		463.950	226.810	2.076.219	7.397	2.831.843	2,58
Lazio	162.193		2.598.900	954.120	6.879.742	27.747	10.622.702	9,67
Abruzzo	41.537		290.050	167.416	1.912.186	6.315	2.417.504	2,20
Molise	12.953		10.000	34.354	511.922	1.491	570.720	0,52
Campania	163.216		964.350	547.172	8.528.340	26.720	10.229.798	9,31
Puglia	113.351		651.600	418.720	6.092.924	19.056	7.295.651	6,64
Basilicata	16.926		43.400	60.657	912.029	2.705	1.035.718	0,94
Calabria	47.419		27.400	176.378	3.261.262	9.199	3.521.658	3,21
RSO	1.721.912	0	17.496.100	7.891.864	66.088.642	244.073	93.442.592	85,04
Valle d'Aosta	4.341	135.788	68.550	23.267			231.946	0,21
P.A. Bolzano	17.089	464.720	344.950	101.023			927.782	0,84
P.A. Trento	17.328	585.069	274.250	92.676			969.323	0,88
Friuli-Venezia Giulia	47.485	1.459.051	543.700	216.519			2.266.755	2,06
Sicilia	128.085	4.430.893	1.199.350	478.229		2.785.828	9.022.385	8,21
Sardegna	45.917	2.238.564	535.250	196.335			3.016.066	2,74
RSS	260.245	9.314.085	2.966.050	1.108.049	0	2.785.828	16.434.257	14,96
Totale RSO+RSS	1.982.157	9.314.085	20.462.150	8.999.913	66.088.642	3.029.901	109.876.849	100,00
Area Nord ⁽¹⁾	934.449	0	10.846.350	4.557.162	29.881.778	121.043	46.340.783	42,18
Area Centro ⁽²⁾	392.061	0	4.662.950	1.930.005	14.988.200	57.545	22.030.761	20,05
Area Sud ⁽³⁾	395.402	0	1.986.800	1.404.697	21.218.664	65.486	25.071.048	22,82
RSO	1.721.912	0	17.496.100	7.891.864	66.088.642	244.073	93.442.592	85,04
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	260.245	9.314.085	2.966.050	1.108.049	0	2.785.828	16.434.257	14,96
Totale RSO+RSS	1.982.157	9.314.085	20.462.150	8.999.913	66.088.642	3.029.901	109.876.849	100,00
Area Nord ⁽¹⁾	2,02	0,00	23,41	9,83	64,48	0,26	100,00	-
Area Centro ⁽²⁾	1,78	0,00	21,17	8,76	68,03	0,26	100,00	-
Area Sud ⁽³⁾	1,58	0,00	7,92	5,60	84,63	0,26	100,00	-
RSO	1,84	0,00	18,72	8,45	70,73	0,26	100,00	-
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	1,58	56,67	18,05	6,74	0,00	16,95	100,00	-
Totale RSO+RSS	1,80	8,48	18,62	8,19	60,15	2,76	100,00	-

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Delibera CIPE riparto FSN 2018; importi in migliaia di euro

(1) Nord: Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna.

(2) Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio.

(3) Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria.

(4) RSS e PA: Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Sardegna.

Tabella 48 – Fonti per il finanziamento indistinto dei LEA – Anno 2017

Regioni/Province autonome	Ricavi propri	Partecipazione RSS e P.A.	IRAP	Addizionale IRPEF	D.lgs. 56/2000	Fondo sanitario nazionale	Totale	Incidenza % sul totale
Piemonte	167.096		1.532.568	771.300	5.597.266	13.724	8.081.953	7,42
Lombardia	344.689		4.882.442	1.900.385	10.806.528	30.505	17.964.549	16,49
Veneto	187.979		1.910.271	824.107	5.898.214	15.003	8.835.574	8,11
Liguria	62.730		497.810	286.264	2.106.970	5.024	2.958.798	2,72
Emilia-Romagna	171.956		1.871.586	820.606	5.215.205	13.742	8.093.096	7,43
Toscana	138.369		1.355.125	625.138	4.744.777	11.674	6.875.084	6,31
Umbria	34.031		224.140	133.447	1.239.138	2.774	1.633.530	1,50
Marche	57.467		464.462	231.409	2.058.348	4.782	2.816.469	2,59
Lazio	162.193		2.764.647	957.856	6.604.138	17.841	10.506.676	9,64
Abruzzo	41.537		294.611	170.341	1.891.347	4.079	2.401.915	2,20
Molise	12.953		10.655	35.397	508.214	965	568.184	0,52
Campania	163.216		897.282	548.936	8.514.784	17.221	10.141.438	9,31
Puglia	113.351		605.651	424.684	6.083.742	12.293	7.239.722	6,65
Basilicata	16.926		5.104	61.091	946.505	1.751	1.031.378	0,95
Calabria	47.419		19.257	179.852	3.243.012	5.935	3.495.475	3,21
RSO	1.721.912	0	17.335.611	7.970.813	65.458.190	157.314	92.643.840	85,03
Valle d'Aosta	4.341	130.281	71.899	23.911			230.433	0,21
P.A. Bolzano	17.089	469.464	323.197	103.207			912.957	0,84
P.A. Trento	17.328	581.305	265.304	95.091			959.028	0,88
Friuli-Venezia Giulia	47.485	1.444.919	539.402	219.653			2.251.459	2,07
Sicilia	128.085	4.400.324	1.177.030	483.769		2.770.931	8.960.139	8,22
Sardegna	45.917	2.231.733	513.013	200.143			2.990.806	2,75
RSS	260.245	9.258.026	2.889.845	1.125.774	0	2.770.931	16.304.821	14,97
Totale RSO+RSS	1.982.157	9.258.026	20.225.456	9.096.587	65.458.190	2.928.245	108.948.661	100,00
Area Nord ⁽¹⁾	934.449	0	11.309.949	4.612.891	28.728.515	0	45.585.804	42,13
Area Centro ⁽²⁾	392.061	0	5.209.062	1.952.374	14.123.287	0	21.676.783	20,03
Area Sud ⁽³⁾	395.402	0	1.989.531	1.427.294	20.933.705	0	24.745.932	22,87
RSO	1.721.912	0	18.508.542	7.992.559	63.785.506	0	92.008.519	85,04
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	260.245	9.085.491	3.017.740	1.130.597	0	2.696.376	16.190.448	14,96
Totale RSO+RSS	1.982.157	9.085.491	21.526.281	9.123.156	63.785.506	2.696.376	108.198.968	100
Area Nord ⁽¹⁾	2,05	0,00	24,81	10,12	63,02	0,00	100	-
Area Centro ⁽²⁾	1,81	0,00	24,03	9,01	65,15	0,00	100	-
Area Sud ⁽³⁾	1,60	0,00	8,04	5,77	84,59	0,00	100	-
RSO	1,87	0,00	20,12	8,69	69,33	0,00	100	-
RSS e P.A. ⁽⁴⁾	1,61	56,12	18,64	6,98	0,00	16,65	100	-
Totale RSO+RSS	1,83	8,40	19,90	8,43	58,95	2,49	100	-

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Delibera CIPE riparto FSN 2017; importi in migliaia di euro

⁽¹⁾ Nord: Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna.

⁽²⁾ Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio.

⁽³⁾ Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria.

⁽⁴⁾ RSS e PA: Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Sardegna.

7.2.3 Riparto del FSN

Il riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale avviene sulla base di criteri (spesa storica²²⁶, popolazione regionale pesata²²⁷, etc.) che sono mutati nel corso del tempo per superare le diverse criticità che si manifestavano nell'ambito dell'assegnazione delle risorse (per approfondimenti v. deliberazione n. 13/SEZAUT/2019/FRG e deliberazione n. 6/SEZAUT/2022/FRG).

Le principali modifiche al criterio di riparto per la determinazione del livello del fabbisogno finanziario del Servizio sanitario regionale furono introdotte con la legge delega in tema di federalismo fiscale (l. n. 42/2009) e con il decreto attuativo sui costi e fabbisogni *standard* (d.lgs. n. 216/2010).

La citata normativa prevede il finanziamento dei Livelli essenziali di prestazione (LEP) con il superamento graduale del criterio della spesa storica a favore del fabbisogno *standard* (art. 2, co. 2, lett. m), nonché con il rispetto dei costi *standard* nella determinazione delle spese (art. 8, co.1, lett. b).

Il d.lgs. n. 68/2011 ha introdotto rilevanti modifiche alla determinazione fabbisogno sanitario nazionale *standard* e alla determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali: infatti, il decreto citato ha previsto una proceduralizzazione del meccanismo di determinazione dei fabbisogni regionali e un meccanismo comparativo tra i servizi sanitari delle singole Regioni con l'obiettivo di incentivare le migliori *performance*. Ai sensi dell'art. 27, co. 1, d.lgs. n. 68/2011, il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e d'intesa²²⁸ con la Conferenza Stato-Regioni²²⁹, determina annualmente i costi e i fabbisogni *standard* regionali²³⁰. Pertanto, ai fini del riparto si considera il fabbisogno sanitario *standard* delle singole Regioni a statuto ordinario, cumulativamente pari al livello del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, che è determinato applicando a tutte le Regioni i valori di costo *standard* rilevati nelle Regioni di riferimento. Queste ultime rappresentano le Regioni migliori in base a condizioni finanziarie (equilibrio di bilancio), sociali (rispetto erogazione dei LEA) e di qualità dei servizi erogati.

I costi *standard*, calcolati - ai sensi del co. 5, art. 27, d.lgs. citato - a livello aggregato per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza (assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera), sono

²²⁶ Tale metodo, adoperato fino alla metà degli anni Ottanta, applicava la stessa aliquota di ripartizione tra le Regioni utilizzate nei precedenti esercizi corretta per i disavanzi manifestatesi senza tenere conto dell'attività svolta in termini di efficienza, efficacia ed economicità. Infatti, i disavanzi venivano ripianati successivamente a carico dello Stato, mentre gli avanzi di gestione rimanevano a disposizione delle Regioni.

²²⁷ Da un orientamento rivolto all'offerta (criterio della spesa storica), si passò ad un orientamento indirizzato alla domanda in cui il criterio di ripartizione era rappresentato dalla quota capitaria pesata: l'impostazione base, quindi, è quella di una popolazione regionale pesata, ovvero inferiore, uguale o superiore alla popolazione reale, in funzione dei criteri di pesatura adottati. Di conseguenza, le risorse finanziarie correnti assegnate ad ogni Regione risultano proporzionali alla numerosità della propria popolazione, dopo averla corretta sulla base dei bisogni espressi: l'obiettivo era quello di dare maggiore peso ai cittadini anziani, in quanto si assunse l'ipotesi che essi consumino maggiori risorse rispetto ai cittadini più giovani.

²²⁸ Ai sensi dell'art. 3, d.lgs. n. 281/1997.

²²⁹ Sentita la struttura tecnica di supporto di cui all'art. 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009.

²³⁰ Per la determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali si fa riferimento agli elementi informativi presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della Salute (art. 27, co. 2, d.lgs. n. 68/2011).

dati dalla media *pro capite* pesata del costo registrato dalle Regioni di riferimento²³¹, le quali rappresentano idealmente l'erogazione in condizione di efficienza ed appropriatezza dei tre macro-livelli di assistenza. Detti macro-livelli²³², infatti, costituiscono indicatori della programmazione nazionale per l'attuazione del federalismo fiscale nei limiti di specifiche percentuali di finanziamento della spesa sanitaria: 5% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; 51% per l'assistenza distrettuale²³³ e 44% per l'assistenza ospedaliera.

Tabella 49 – Percentuale finanziamento della spesa sanitaria ai fini della ripartizione del FSN 2021

Macro-livello di assistenza	Sotto-livello			Dati disponibili da NSIS	Criteri di riparto
Prevenzione	5%			No	Popolazione non pesata
Distrettuale ⁽¹⁾	51%	Medicina di base	7%	No	Popolazione non pesata
		Farmaceutica	11,84% del fabbisogno indistinto	Si	Tetto imposto sul fabbisogno complessivo comprensivo delle somme vincolate
		Specialistica	13,30%	Si (Tessera sanitaria)	Popolazione pesata ²³⁴
		Territoriale	18,86%	No	Popolazione non pesata
Ospedaliera	44%			SI (Anagrafica SDO)	50% popolazione non pesata 50% popolazione pesata (v. nota sopra)

Fonte: Intesa Conferenza Stato-Regioni per il riparto del FSN 2021

⁽¹⁾ All'interno dell'assistenza Distrettuale, la percentuale del sotto-livello per la medicina di base e la territoriale registra delle lievi variazioni per gli anni 2019 e 2020.

Ai sensi della disposizione contenuta nell'art. 27, co. 5-*bis*, d.lgs. n. 68/2011, a decorrere dal 2016, il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sentito il Ministro per gli Affari regionali e le autonomie, indica (entro il termine del 15 settembre dell'anno precedente a quello di riferimento) le cinque migliori Regioni che abbiano garantito l'erogazione dei LEA in condizioni di equilibrio economico, che rispettino criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza e che non siano assoggettate a piano di rientro²³⁵; tra queste Regioni, la Conferenza Stato-

²³¹ Il livello della spesa delle tre macroaree delle Regioni di riferimento è computato: a) al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva extra-regionale; b) depurato della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate proprie considerate ai fini della determinazione del finanziamento nazionale. La riduzione è operata proporzionalmente sulle tre macroaree; c) depurato della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali; d) depurato delle quote di ammortamento che trovano copertura ulteriore rispetto al finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale, nei termini convenuti presso i Tavoli tecnici di verifica; e) applicato, per ciascuna Regione, alla relativa popolazione pesata regionale.

²³² Definiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di individuazione dei Livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario del 29 novembre 2001.

²³³ All'interno dell'assistenza Distrettuale, la percentuale del sotto-livello, in particolare per la medicina di base e la territoriale, registra nel 2021 (rispettivamente l'11,84% e il 18,86%) delle lievi variazioni per gli anni 2019 (rispettivamente l'11,63% e il 19,07%) e 2020 (l'11,76% e il 18,94%).

²³⁴ I pesi del 2011 suddivisi per fasce di età sono:

Livello di assistenza	Da 0 a 1 anno	Da 1 a 4	Da 5 a 14	Da 15 a 24	Da 25 a 44	Da 45 a 64	Da 65 a 74	Oltre 75
Specialistica	0,389	0,221	0,279	0,390	0,650	1,156	2,177	2,074
Ospedaliera	3,122	0,366	0,226	0,363	0,528	0,930	2,079	2,906

²³⁵ Ai sensi del co. 5, art. 27, d.lgs. n. 68/2011, le migliori cinque Regioni sono «quelle che, avendo garantito l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico, comunque non essendo assoggettate a Piano di rientro e risultando adempienti, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005, sono individuate in base a

Regioni individua (entro il termine del 30 settembre²³⁶ dell'anno precedente a quello di riferimento) le tre Regioni di riferimento per la determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* del settore sanitario. Nell'anno 2020, lo stato di emergenza sul territorio nazionale per il rischio sanitario Covid-19, ha indotto una celere ripartizione delle risorse del finanziamento sanitario ordinario a cui corrente lo Stato. A tal fine, la Conferenza Stato-Regioni (Atto n. 55/CSR del 31 marzo 2020) ha utilizzato per la definizione della ripartizione del FSN 2020, le Regioni *benchmark* (Piemonte, Emilia-Romagna e Veneto) individuate dalla Conferenza Stato-Regioni (Intesa n. 21/CSR del 13 febbraio 2019) ai fini della proposta di ripartizione del FSN 2019.

Per l'anno 2021, in deroga alla procedura sopra illustrata, si è previsto che "Ai fini della determinazione dei fabbisogni sanitari *standard* regionali dell'anno 2021 sono Regioni di riferimento tutte le cinque Regioni indicate, ai sensi di quanto previsto dal comma 5, dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie" (art. 27, co. 5-ter, d.lgs. n. 68/2011, inserito dall'art. 35, co. 1, lett. a), d.l. n. 73/2021).

La tabella che segue riepiloga le tre Regioni *benchmark* che hanno registrato le migliori *performance*:

Tabella 50 – Regioni *benchmark* per gli anni 2017-2021

	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020 ⁽¹⁾	Anno 2021 ⁽²⁾
Regione 1	Marche	Umbria	Piemonte	Piemonte	Emilia-Romagna
Regione 2	Umbria	Marche	Emilia-Romagna	Emilia-Romagna	Umbria
Regione 3	Veneto	Veneto	Veneto	Veneto	Marche
Regione 4	-	-	-	-	Lombardia
Regione 5	-	-	-	-	Veneto

Fonte: Intesa Conferenza Stato-Regioni per il riparto del FSN anni 2017, 2018, 2019 e 2020

⁽¹⁾ In considerazione dell'emergenza per il rischio sanitario Covid-19, al fine di procedere celermente alla ripartizione del FSN 2020, è stato deciso di utilizzare le Regioni *benchmark* individuate ai fini della proposta di ripartizione del FSN 2019.

⁽²⁾ Ai sensi dell'art. 35, co. 1, lett. a), d.l. n. 73/2021, per l'anno 2021 le Regioni di riferimento sono tutte le cinque Regioni indicate dal Ministero della Salute.

criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, previa intesa della Conferenza Stato-Regioni, sentita la struttura tecnica di supporto di cui all'articolo 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, sulla base degli indicatori di cui agli allegati 1, 2 e 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. A tale scopo si considerano in equilibrio economico le regioni che garantiscono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza con le risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive. Nella individuazione delle regioni si dovrà tenere conto dell'esigenza di garantire una rappresentatività in termini di appartenenza geografica al nord, al centro e al sud, con almeno una regione di piccola dimensione geografica».

Le Regioni sono individuate sulla base di n. 19 indicatori di efficienza, appropriatezza e qualità dei servizi erogati. Tali indicatori sono: 1. Punteggio della cosiddetta griglia per la valutazione dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza; 2. Incidenza percentuale avanzo/disavanzo sul finanziamento ordinario; 3. degenza media pre-operatoria; 4. Percentuale di interventi per frattura del femore operati entro due giorni; 5. percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medici; 6. percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale ricoveri; 7. percentuale di ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriately; 8. percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico; 9. percentuale di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età >=65 anni sul totale dei ricoveri medici con età >=65 anni; 10. scostamento dallo *standard* previsto per l'incidenza della spesa per prevenzione (lo *standard* è pari al 5% della spesa) sul totale della spesa; 11. scostamento dallo *standard* previsto per l'incidenza della spesa per assistenza territoriale (lo *standard* è pari al 51% della spesa) sul totale della spesa; 12. scostamento dallo *standard* previsto per l'incidenza della spesa ospedaliera (lo *standard* è pari al 44% della spesa) sul totale della spesa; 13. spesa *pro capite* per assistenza sanitaria di base; 14. spesa farmaceutica *pro capite*; 15. costo medio dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria; 16. costo medio per ricovero *post* acuto; 17. spesa per prestazione per assistenza specialistica - Attività clinica; 18. spesa per prestazione per assistenza specialistica - Laboratorio; 19. spesa per prestazione per assistenza specialistica - Diagnostica.

²³⁶ Qualora non sia raggiunta l'intesa sulle tre Regioni entro il termine del 30 settembre dell'anno precedente, le stesse sono automaticamente individuate nelle prime tre.

Sempre in virtù di quanto disposto dall'art. 35, co. 1, lett. b), del d.l. n. 73/2021, *“In via transitoria, per il solo anno 2021, nelle more dell'applicazione di quanto previsto al secondo periodo del presente comma ed in deroga a quanto previsto dal quarto periodo del presente comma, al fine di tenere conto della proposta regionale presentata dal Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome il 15 aprile 2021, l'85 per cento delle risorse destinate alla copertura del fabbisogno standard nazionale per il medesimo anno 2021 sono ripartite secondo i criteri di cui al presente comma e il restante 15 per cento delle medesime risorse è ripartito sulla base della popolazione residente riferita al 1° gennaio 2020”*.

L'art. 19, co. 1, lett. b), n. 1), d.l. n. 115/2022 ha esteso la deroga introdotta dall'art. 35, co. 1, lett. b) del d.l. n. 73/2021 anche per l'anno 2022²³⁷.

Pertanto, ai fini del riparto della somma pari all'85% del finanziamento indistinto²³⁸ (con l'eccezione delle quote finalizzate²³⁹), dopo aver calcolato il costo medio *pro capite*, per i singoli livelli di assistenza, fra le Regioni *benchmark* individuate, rapportato alla popolazione pesata al 1° gennaio dell'anno precedente²⁴⁰ – calcolata utilizzando i pesi del riparto del Fondo sanitario nazionale anno 2011 e anno 2019 in coerenza con la normativa vigente – si provvede a moltiplicare lo stesso per la popolazione pesata di ciascuna Regione, suddividendo i risultati per ciascun macro-livello di assistenza, in proporzione ai singoli sub-livelli (prevenzione, medicina di base, farmaceutica, specialistica, altra territoriale e ospedaliera). La restante somma pari al 15% del finanziamento indistinto (con l'eccezione delle quote finalizzate) è ripartita sulla base della distribuzione della popolazione residente riferita al 1° gennaio 2020, come previsto dall'art. 35, co. 1, lett. b) del decreto citato.

Infine, anche con riferimento al riparto 2021, si tiene conto del fatto che la quota percentuale assicurata alla migliore Regione di riferimento (la prima delle tre individuate) non può essere inferiore alla quota

²³⁷ L'attuale formulazione è la seguente: *“In via transitoria, per gli anni 2021 e 2022, nelle more dell'applicazione di quanto previsto al secondo periodo del presente comma ed in deroga a quanto previsto dal quarto periodo del presente comma, al fine di tenere conto della proposta regionale presentata dal Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome il 15 aprile 2021, l'85 per cento delle risorse destinate alla copertura del fabbisogno standard nazionale per gli anni 2021 e 2022 sono ripartite secondo i criteri di cui al presente comma e il restante 15 per cento delle medesime risorse è ripartito sulla base della popolazione residente riferita per il riparto 2021 e al 1° gennaio 2021 per il riparto 2022”*.

L'art. 19, co. 1, lett. b), n. 2), d.l. n. 115/2022, inserisce dopo il quinto periodo del co. 7 dell'art. 27 del d.lgs. n. 68/2011 la seguente disposizione: *“Per l'anno 2022, nel caso in cui non venga raggiunta l'intesa prevista dal comma 1, il decreto di determinazione provvisoria dei costi e dei fabbisogni standard di cui al comma 1-bis, lettera b), è adottato entro il 30 settembre 2022 mentre il decreto di determinazione definitiva di cui al comma 1-bis, lettera d), è adottato entro il 31 dicembre 2022. Entro il 31 dicembre 2022 il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana il decreto di cui al secondo periodo del presente comma”*.

²³⁸ Il finanziamento indistinto per l'anno 2021, pari a 116.295,58 mln di euro, al netto delle quote finalizzate (554 mln di euro e 4,39 mln di euro), è pari a 115.737,20 mln di euro. Ai sensi della disciplina introdotta dall'art. 35, co. 1, lett. b), d.l. n. 73/2021, tale ammontare viene ripartito per 98.376,62 mln di euro sulla base della metodologia dei costi *standard* indicata nell'art. 27 del d.lgs. n. 68/2011 e 17.360,58 mln di euro sulla base della distribuzione della popolazione riferita al 1° gennaio 2020.

²³⁹ La quota indistinta comprende tra le quote c.d. finalizzate, la somma di 554 mln di euro quale finanziamento per la copertura del minor gettito derivante dalla soppressione della quota ricetta ai sensi dell'art. 1, cc. 446 e 447, l. n. 160/2019, importo distribuito tra le Regioni in proporzione al gettito che detta quota di compartecipazione ha garantito ai diversi sistemi sanitari regionali e in coerenza con quanto contenuto nella proposta formulata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome con nota n. 2576/C7SAN del 15 aprile 2021, e la somma di 4,39 mln di euro per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica ai sensi dell'art. 3, l. n. 362/1999, ripartita sulla base dei criteri previsti dalla normativa di riferimento.

²⁴⁰ Per il riparto del FSN anno 2020 si considera la popolazione pesata al 01/01/2019. Per il riparto del FSN 2019 si considera la popolazione pesata al 01/01/2018. Per il riparto del FSN 2018 si considera la popolazione pesata al 01/01/2017.

percentuale già assegnata alla stessa, in sede di riparto, l'anno precedente, al netto delle variazioni di popolazione (art. 27, co. 10, d.lgs. n. 68/2011)²⁴¹.

Il procedimento descritto consente di determinare il fabbisogno sanitario *standard* regionale e di conseguenza di ripartire il Fondo sanitario nazionale tra le Regioni (la ripartizione ha rilievo per le sole Regioni ordinarie, in quanto le Regioni a statuto speciale – a cui fa eccezione la Regione siciliana in cui c'è una compartecipazione dello Stato – provvedono direttamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale).

Il riparto del Fondo sanitario nazionale incide sul diritto alla salute (art. 32 Cost.), in quanto rappresenta la scelta ineludibile per l'individuazione delle risorse finanziarie a disposizione delle Regioni che provvedono, a loro volta, a ripartire le risorse finanziarie pervenute dal Fondo sanitario nazionale agli enti del proprio Servizio sanitario regionale. I criteri di riparto adottati da ciascuna realtà regionale risultano essere non omogenei e non facilmente classificabili in schemi standardizzati²⁴².

A livello generale, le ASL sono solitamente finanziate a quota capitaria (eventualmente pesata in relazione all'età degli assistiti) al fine di garantire, a parità di bisogno, l'equità nell'accesso ai servizi oltre che tenere sotto controllo la spesa sanitaria, mentre le aziende ospedaliere, invece, sono di norma finanziate in funzione dell'attività effettivamente svolta, sulla base delle tariffe regionali di remunerazione delle prestazioni erogate, anche per favorire una maggiore efficienza operativa e il miglioramento nella qualità dei servizi.

La ripartizione alle Regioni del Fondo sanitario nazionale è riepilogata nella tabella che segue:

²⁴¹ Applicando al riparto 2021 la popolazione al 01/01/2019 (utilizzata per il riparto 2020), la quota di accesso dell'Emilia-Romagna (prima Regione) risulta essere pari al 7,4584%, superiore a quella determinata con il precedente riparto, pari a 7,4579%. Per l'anno 2020, applicando l'algoritmo dei costi *standard* utilizzato per la determinazione del riparto con la popolazione al 01/01/2018 (utilizzata per il riparto 2019), la quota di accesso del Piemonte (prima Regione) risulta essere pari al 7,39%, analoga quota è quella determinata con la popolazione aggiornata al 01/01/2019 (ultima disponibile), in virtù della scelta di adoperare per l'anno 2020 le stesse tre Regioni *benchmark* individuate ai fini del riparto del FSN 2019. Relativamente all'anno 2018, invece, la prima Regione *benchmark* era l'Umbria: pertanto, applicando l'algoritmo dei costi *standard* utilizzato per la determinazione del riparto con la popolazione al 01/01/2016 (utilizzata per il riparto 2017), la quota di accesso dell'Umbria risulta essere pari all'1,50%, analoga quota è quella determinata con la popolazione aggiornata al 01/01/2017 (ultima disponibile).

²⁴² Con riguardo all'assegnazione del Fondo sanitario regionale agli enti sanitari regionali, si segnalano le deliberazioni nn. 30/2022/PRSP, 31/2022/PRSP e 34/2022/PRSP della Sezione regionale di Controllo della Corte dei conti per il Lazio secondo cui le disposizioni regionali, con la tecnica definita come *fine tuning*, impongono la rilevazione preventiva dei dati provvisori di bilancio e la conseguenziale rimodulazione dei ricavi degli enti sanitari a titolo di riparto del Fondo sanitario regionale indistinto, "in violazione delle disposizioni che tutelano l'autonomia aziendale (artt. 3 e 4 del d.lgs. n. 502/1992 e art. 30 del d.lgs. n. 118/2011), la trasparenza di bilancio e la capacità rappresentativa del saldo del conto economico (art. 2423, comma 2, c.c. e postulato n. 5, all. 1, del d.lgs. n. 118/2011)". La presidenza del Consiglio dei ministri, i dicasteri dell'Economia e della Salute e la Regione Lazio hanno presentato ricorso contro le contestazioni sollevate dalla Corte dei conti; la chiusura del giudizio è avvenuta il 14/12/2022 con il respingimento delle impugnazioni stesse.

Tabella 51 – Servizio sanitario nazionale – Finanziamento indistinto LEA (ante mobilità) – Periodo 2012-2021

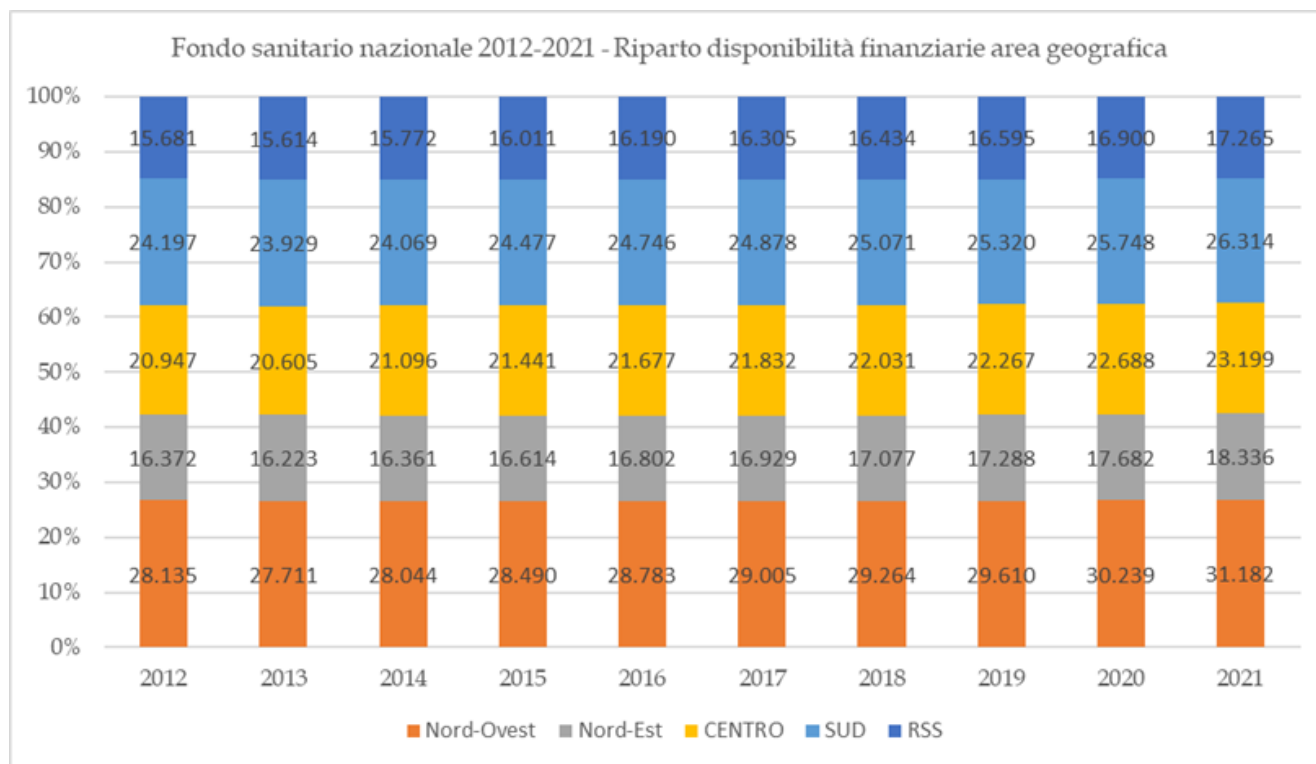
Regioni/Province autonome	2012 ⁽¹⁾	2013 ⁽²⁾	2014 ⁽³⁾	2015 ⁽⁴⁾	2016 ⁽⁵⁾	2017 ⁽⁶⁾	2018 ⁽⁷⁾	2019 ⁽⁸⁾	2020 ⁽⁹⁾	2021 ⁽¹⁰⁾	Var%21-20	Var%21-19	Var%20-19
Piemonte	7.912	7.823	7.857	7.959	8.043	8.082	8.135	8.203	8.345	8.562	2,6	4,4	1,7
Lombardia	17.197	16.973	17.288	17.584	17.784	17.965	18.157	18.418	18.856	19.535	3,6	6,1	2,4
Veneto	8.536	8.477	8.538	8.676	8.773	8.836	8.913	9.024	9.226	9.542	3,4	5,7	2,2
Liguria	3.026	2.916	2.898	2.947	2.957	2.959	2.972	2.989	3.038	3.085	1,6	3,2	1,6
Emilia-Romagna	7.836	7.746	7.823	7.938	8.029	8.093	8.164	8.264	8.456	8.793	4,0	6,4	2,3
Toscana	6.674	6.599	6.657	6.755	6.833	6.875	6.932	7.003	7.137	7.325	2,6	4,6	1,9
Umbria	1.609	1.587	1.588	1.612	1.627	1.634	1.644	1.656	1.689	1.729	2,4	4,4	2,0
Marche	2.764	2.744	2.736	2.778	2.804	2.816	2.832	2.854	2.903	2.984	2,8	4,6	1,7
Lazio	9.899	9.674	10.116	10.296	10.413	10.507	10.623	10.755	10.959	11.160	1,8	3,8	1,9
Abruzzo	2.363	2.333	2.330	2.365	2.389	2.402	2.418	2.435	2.480	2.539	2,4	4,3	1,8
Molise	570	558	553	561	566	568	571	574	581	592	2,0	3,2	1,2
Campania	9.811	9.688	9.806	9.983	10.094	10.141	10.230	10.347	10.526	10.809	2,7	4,5	1,7
Puglia	6.975	6.943	6.990	7.109	7.196	7.240	7.296	7.368	7.493	7.641	2,0	3,7	1,7
Basilicata	1.023	1.011	1.002	1.021	1.027	1.031	1.036	1.043	1.059	1.082	2,2	3,7	1,5
Calabria	3.454	3.395	3.387	3.439	3.474	3.495	3.522	3.552	3.610	3.651	1,1	2,8	1,6
RSO	89.651	88.468	89.570	91.022	92.009	92.644	93.443	94.485	96.357	99.030	2,8	4,8	2,0
Valle d'Aosta	223	223	224	228	230	230	232	234	238	246	3,4	5,4	1,9
P.A. Bolzano	858	857	873	890	901	913	928	946	973	1.018	4,7	7,7	2,8
P.A. Trento	911	907	922	938	948	959	969	984	1.009	1.060	5,0	7,7	2,5
Friuli-Venezia Giulia	2.199	2.191	2.187	2.215	2.240	2.251	2.267	2.290	2.339	2.405	2,8	5,0	2,1
Sicilia	8.602	8.576	8.681	8.805	8.905	8.960	9.022	9.090	9.235	9.364	1,4	3,0	1,6
Sardegna	2.888	2.861	2.886	2.933	2.966	2.991	3.016	3.051	3.107	3.172	2,1	4,0	1,8
RSS	15.681	15.614	15.772	16.011	16.190	16.305	16.434	16.595	16.900	17.265	2,2	4,0	1,8
FIN. INDISTINTO LEA	105.332	104.082	105.342	107.032	108.199	108.949	109.877	111.079	113.258	116.296	2,7	4,7	2,0
Ris. destinazione vincolata	1.795	2.009	2.029	1.856	1.879	1.869	1.868	1.815	1.990	2.202	10,7	21,3	9,6
Ris. vincolate altri enti	574	592	633	653	653	653	653	630	735	723	-1,7	14,7	16,7
Ris. emergenza sanitaria	0	0	0	0	0	0	0	0	3.616	1.785	-50,6	n.d.	n.d.
Altre somme e quote	260	321	1.924	274	278	281	284	286	295	391	32,3	36,5	3,1
FSN ⁽¹¹⁾	107.961	107.004	109.928	109.815	111.008	111.752	112.681	113.810	119.893	121.396	1,3	6,7	5,3

Fonte: delibere CIPE (anni 2012-2021) e Intesa Conferenza Stato-Regioni (n. 152/CSR del 4-8-2021) per l'anno 2021; importi in milioni di euro

⁽¹⁾ Del. CIPE n. 141/2012, G.U. Serie generale n. 97 del 26-4-2013; ⁽²⁾ Del. CIPE n. 53/2014, G.U. n. 76 del 1-4-2015; ⁽³⁾ Del. CIPE n. 52/2015, G.U. n. 191 del 19-8-2015; ⁽⁴⁾ Del. CIPE n. 27/2017, G.U. n. 135 del 13-6-2017; ⁽⁵⁾ Del. CIPE n. 34/2017, G.U. n. 135 del 13-6-2017; ⁽⁶⁾ Del. CIPE n. 117/2017, G.U. n. 70 del 24-3-2018; ⁽⁷⁾ Del. CIPE n. 72/2018, G.U. n. 49 del 27-2-2019; ⁽⁸⁾ Del. CIPE n. 82/2019, G.U. n. 82 del 28-3-2020; ⁽⁹⁾ Del. CIPE n. 20/2020, G.U. n. 230 del 16-9-2020 e Del. CIPESS n. 35/2021, G.U. n. 202 del 24-8-2022; ⁽¹⁰⁾ Intesa n. 152/CSR del 4 agosto; ⁽¹¹⁾ Il livello del finanziamento del SSN cui concorre lo Stato non comprende il finanziamento destinato al Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (art. 1, co. 400, l. n. 232/2016) e dei medicinali oncologici innovativi (art. 1, co. 401, l. n. 232/2016).

Il grafico che segue evidenzia la composizione del riparto delle disponibilità finanziarie del Fondo sanitario nazionale per area geografica:

Grafico 6 – Riparto disponibilità finanziarie per area geografica – Anni 2012-2021



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Delibere Cipe e Cipess

Nel corso del 2020 e 2021, lo Stato ha incrementato il livello del fabbisogno del Fondo sanitario nazionale con risorse legate ad interventi normativi adottati per contrastare l'emergenza sanitaria da Covid-19.

Tale specifico finanziamento ha riguardato tutte le Regioni (RSO e RSS) e le Province autonome, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente²⁴³.

Con riferimento al 2020, il finanziamento aggiuntivo ha riguardato un ammontare complessivo pari a 3.895,8 milioni di euro, di cui l'importo di 3.615,8 milioni di euro²⁴⁴ spettante a Regioni e Province

²⁴³ Per quanto concerne le Autonomie speciali, si evidenzia che le stesse (Regione Valle d'Aosta e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 34, co. 3 della l. n. 724/1994, la Regione Friuli-Venezia Giulia, ai sensi dell'art. 1, co. 144 della l. n. 662/1996, e la Regione Sardegna, ai sensi dell'art. 1, co. 836 della l. n. 296/2006) provvedono al finanziamento del rispettivo fabbisogno senza alcun apporto a carico del Bilancio dello Stato, ad esclusione della Regione siciliana la cui aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario (art. 1, co. 830, l. n. 296/2006).

²⁴⁴ L'ammontare di 3.615,8 mln di euro è così suddiviso: a) 660,00 mln di euro per le finalità di cui agli artt. 1 (cc. 1 lett. a e 6), 2, 5 ed 8 del d.l. n. 14/2020 ripartito con Decreto 10 marzo 2020 del Ragioniere Generale dello Stato (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 66 del 13 marzo 2020); b) 250,00 mln di euro per le finalità di cui all'art. 1, co. 1, del d.l. n. 18/2020 e ripartito con la Tabella A allegata al decreto medesimo (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 70 del 17 marzo 2020); c) 100,00 mln di euro per le finalità di cui all'art. 1, co. 3, del d.l. n. 18/2020 e ripartito con la Tabella A allegata al decreto medesimo (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 70 del 17 marzo 2020); d) 240,00 mln di euro per le finalità di cui

autonome per gli interventi legati all'emergenza sanitaria, 175 milioni di euro²⁴⁵ quale quota vincolata per Regioni e altre P.A. e 105 milioni di euro vincolati per altri enti²⁴⁶ (v. tabella 52).

Con riferimento al 2021, il finanziamento è stato incrementato per un ammontare pari a 1.785,45 milioni di euro²⁴⁷ (v. tabella 53).

all'art. 3, cc. 1 e 2, del d.l. n. 18/2020 e ripartito con la Tabella A allegata al decreto medesimo (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 70 del 17 marzo 2020); e) 160,00 mln di euro per le finalità di cui all'art. 3, co. 3, del d.l. n. 18/2020 e ripartito con la Tabella A allegata al decreto medesimo (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 70 del 17 marzo 2020); f) 1.256,63 mln di euro per le finalità di cui ai cc. 2-9 dell'art. 1 del d.l. n. 34/2020 e ripartito con l'allegato A unito al decreto medesimo (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 180 del 18 luglio 2020); g) 40 mln di euro di cui all'art. 1, co. 413, della l. n. 178/2020 e ripartito con delibera CIPESS su proposta del Ministro della Salute, trasmessa con nota del Capo di Gabinetto del Ministero della Salute del 28 aprile 2021 n. 7223-P.

²⁴⁵ L'ammontare è così suddiviso: 170 mln relativi all'emersione di rapporti di lavoro irregolari ed al rilascio di permessi di soggiorno temporanei, da ripartire tra le Regioni, con decreto del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, in relazione al numero dei lavoratori extracomunitari emersi (art. 103, co. 24, d.l. n. 34/2020); 5 mln destinati all'erogazione degli ausili, ortesi e protesi degli arti inferiori e superiori, a tecnologia avanzata da ripartire con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (art. 104, co. 3-bis, d.l. n. 34/2020).

²⁴⁶ L'importo di 105 mln è destinato all'aumento del numero dei contratti di formazione specialistica dei medici di cui all'art. 37 del d.lgs. n. 368/1999 (art. 5, co. 1, d.l. n. 34/2020).

²⁴⁷ L'ammontare è così suddiviso: a) 1.115,72 mln di euro per le finalità di cui all'art. 1, cc. 4, 5 e 8, e di cui all'art. 2, co. 10, del d.l. n. 34/2020 ripartiti con la Tabella "Allegato B" e la Tabella "Allegato C" unite al decreto-legge (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 128 del 19 maggio 2020) (v. del. 70/2021 CIPESS, Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 25 del 31 gennaio 2022); b) 70,00 mln di euro per le finalità di cui all'art. 1, co. 416, della l. n. 178/2020 ripartiti con la tabella posta nell'Allegato A alla legge (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 322 del 30 dicembre 2020); c) 100,00 mln di euro per le finalità di cui all'art. 1, co. 464, della l. n. 178/2020 ripartiti con la tabella posta nell'Allegato C alla legge (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 322 del 30 dicembre 2020); d) 345,00 mln di euro per le finalità di cui all'art. 20, co. 2, lett. c), del d.l. n. 41/2021, ripartiti con la tabella posta nell'Allegato B-bis alla legge (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 120 del 21 maggio 2021); e) 25,00 mln di euro per le finalità di cui all'art. 1, co. 468, della l. n. 178/2020 ripartiti con la tabella posta nell'Allegato E alla legge (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 322 del 30 dicembre 2020); f) 10,00 mln di euro per le finalità di cui all'art. 1, co. 469, della l. n. 178/2020 ripartiti con la tabella posta nell'Allegato F alla legge (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 322 del 30 dicembre 2020); g) 51,60 mln di euro per le finalità di cui all'art. 21, del d.l. n. 41/2021 ripartiti come indicato nella tabella posta nel medesimo articolo (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 120 del 21 maggio 2021); h) 8,00 mln di euro per le finalità di cui all'art. 18-bis del d.l. n. 41/2021 ripartiti come disposto dal medesimo articolo (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 120 del 21 maggio 2021); i) 28,80 mln di euro per le finalità di cui all'art. 27 del d.l. n. 73/2021, e ripartiti come indicato nella Tabella B allegata alla norma (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 123 del 25 maggio 2021); l) 8,00 mln di euro per le finalità di cui all'art. 33, co. 1, del d.l. n. 73/2021 e ripartito con la Tabella C allegata alla norma (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 123 del 25 maggio 2021) (v. Ministero della Salute, decreto ministeriale 30 novembre 2021, Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 44 del 22 febbraio 2022); m) 19,93 mln di euro per le finalità di cui all'art. 33, co. 3, del d.l. n. 73/2021 e ripartito con la Tabella D allegata alla norma (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 123 del 25 maggio 2021); n) 3,40 mln di euro per le finalità di cui all'art. 50, del d.l. n. 73/2021 e ripartito con la Tabella allegata alla norma (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 123 del 25 maggio 2021).

Tabella 52 – FSN 2020 – Riparto risorse per interventi adottati per l'emergenza sanitaria (decreto-legge nn. 18/2020, 34/2020 e 104/2020)

Regioni/Province autonome	Artt. 1, 2, 5 e 8, d.l. n. 14/2020 ⁽¹⁾	Art. 1, co. 1, d.l. n. 18/2020 ⁽²⁾	Art. 1, co. 3, d.l. n. 18/2020 ⁽²⁾	Art. 3, cc. 1 e 2, d.l. n. 18/2020 ⁽²⁾	Art. 3, co. 3, d.l. n. 18/2020 ⁽²⁾	Art. 1, co. 413, l. n. 178/2020 ⁽³⁾	Art. 1, cc. 2-9, d.l. n. 34/2020 ⁽⁴⁾	Art. 2, cc. 5-7, d.l. n. 34/2020 ⁽⁵⁾	Art. 29, d.l. n. 104/2020 ⁽⁶⁾	Totale Risorse
Piemonte	48.742	18.463	7.385	17.724	11.816	2.954	91.088	31.740	35.220	265.133
Lombardia	109.431	41.451	16.580	39.793	26.529	6.632	202.611	71.732	79.596	594.356
Veneto	53.621	20.311	8.124	19.498	12.999	3.250	100.447	35.089	38.936	292.275
Liguria	17.759	6.727	2.691	6.458	4.305	1.076	34.816	11.553	12.820	98.205
Emilia-Romagna	49.099	18.598	7.439	17.854	11.903	2.976	92.221	32.142	35.665	267.898
Toscana	41.607	15.760	6.304	15.130	10.087	2.522	78.288	27.147	30.123	226.968
Umbria	9.839	3.727	1.491	3.578	2.385	596	20.523	6.422	7.126	55.686
Marche	16.956	6.423	2.569	6.166	4.110	1.028	33.418	11.047	12.258	93.975
Lazio	63.903	24.206	9.682	23.237	15.492	3.873	118.922	41.711	46.284	347.310
Abruzzo	14.468	5.480	2.192	5.261	3.507	877	28.933	9.438	10.472	80.628
Molise	3.411	1.292	517	1.240	827	207	8.790	2.212	2.454	20.950
Campania	61.481	23.288	9.315	22.357	14.905	3.726	114.440	40.089	44.483	334.085
Puglia	43.778	16.583	6.633	15.919	10.613	2.653	82.195	28.538	31.666	238.580
Basilicata	6.199	2.348	939	2.254	1.503	376	13.851	4.027	4.468	35.965
Calabria	21.104	7.994	3.198	7.674	5.116	1.279	40.965	13.750	15.258	116.338
RSO	561.398	212.651	85.060	204.145	136.097	34.024	1.061.508	366.638	406.829	3.068.349
Valle d'Aosta	1.389	526	210	505	337	84	5.148	905	1.004	10.109
P.A. Bolzano	5.619	2.129	851	2.043	1.362	341	12.940	3.699	4.104	33.089
P.A. Trento	5.848	2.215	886	2.127	1.418	354	13.322	3.837	4.257	34.265
Friuli-Venezia Giulia	13.608	5.155	2.062	4.948	3.299	825	27.421	8.897	9.873	76.087
Sicilia	54.008	20.458	8.183	19.639	13.093	3.273	100.706	35.174	39.029	293.564
Sardegna	18.129	6.867	2.747	6.592	4.395	1.099	35.589	11.826	13.122	100.365
RSS	98.602	37.349	14.940	35.855	23.903	5.976	195.126	64.337	71.390	547.479
Risorse finalizzate per interventi adottati per emergenza sanitaria	660.000	250.000	100.000	240.000	160.000	40.000	1.256.634	430.975	478.219	3.615.828
Fin. ex d.l. n. 34/2020 specializzandi ⁽⁷⁾										105.000
Fin. ex d.l. n. 34/2020, art. 103, co. 24 ⁽⁷⁾										170.000
Fin. ex d.l. n. 34/2020, art. 104 ⁽⁸⁾										5.000
Totale risorse aggiuntive										3.895.828

Fonte: decreto-legge, decreto Ragioniere Generale dello Stato e delibere CIPES; importi in migliaia di euro

⁽¹⁾ Decreto 10 marzo 2020 del Ragioniere Generale dello Stato (G.U. Serie Generale n. 66 del 13-3-2020). Il d.l. n. 14/2020 ha trovato conversione nell'ambito della conversione in legge del d.l. n. 18/2020. ⁽²⁾ Tabella A allegata al d.l. n. 18/2020 (G.U. S.G. n. 70 del 17-3-2020). ⁽³⁾ Proposta del Ministro della salute, trasmessa con nota del Capo di Gabinetto del Ministero della salute del 28 aprile 2021 n. 7223-P. ⁽⁴⁾ Allegato A unito al d.l. n. 34/2020 (G.U. S.G. n. 180 del 18-7-2020). ⁽⁵⁾ Allegato C unito al d.l. n. 34/2020 (G.U. S.G. n. 180 del 18-7-2020). ⁽⁶⁾ Allegato B presente nell'art. 29, d.l. n. 104/2020 (G.U. S.G. n. 180 del 18-7-2020). ⁽⁷⁾ Importi nelle Risorse vincolate per Regioni e P.A. ⁽⁸⁾ Importi nelle Risorse vincolate per altri enti.

Tabella 53 – FSN 2021 – Riparto risorse per interventi adottati per l'emergenza sanitaria (d.l. n. 34/2020, l. n. 178/2020, d.l. n. 41/2021 e d.l. n. 71/2021)

Regioni/Province autonome	Art. 1, cc. 4, 5, 8 e art. 2, co. 10, d.l. n. 34/2020 ⁽¹⁾	Art. 1, co. 416, l. n. 178/2020 ⁽²⁾	Art. 1, co. 464, l. n. 178/2020 ⁽³⁾	Art. 1, co. 468, l. n. 178/2020 ⁽⁴⁾	Art. 1, co. 469, l. n. 178/2020 ⁽⁵⁾	Art. 20, co. 2, lett. c, d.l. n. 41/2021 ⁽⁶⁾	Art. 21, d.l. n. 41/2021 ⁽⁷⁾	Art. 18-bis, d.l. n. 41/2021 ⁽⁸⁾	Art. 27, d.l. n. 73/2021 ⁽⁹⁾	Art. 33, co. 1, d.l. n. 73/2021 ⁽¹⁰⁾	Art. 33, co. 3, d.l. n. 73/2021 ⁽¹¹⁾	Art. 50, d.l. n. 73/2021 ⁽¹²⁾	Totale risorse
Piemonte	87.168	5.158	7.365	1.841	736	25.408	3.800	795	2.200	589	1.468	250	136.779
Lombardia	166.806	11.654	16.644	4.161	1.664	57.423	8.588	1.816	9.958	1.332	3.318	566	283.931
Veneto	106.160	5.702	8.142	2.035	814	28.089	4.201	154	2.461	651	1.623	277	160.310
Liguria	35.622	1.877	2.681	670	268	9.249	1.383	226	905	214	534	91	53.721
Emilia-Romagna	86.522	5.226	7.458	1.864	746	25.730	3.848	515	3.532	597	1.487	254	137.778
Toscana	80.611	4.411	6.299	1.575	630	21.732	3.250	841	982	504	1.256	214	122.305
Umbria	18.081	1.044	1.490	373	149	5.141	769	75	432	119	297	51	28.020
Marche	31.381	1.794	2.563	641	256	8.844	1.323	6	404	205	511	87	48.015
Lazio	98.148	6.773	9.678	2.420	968	33.390	4.994	344	2.156	774	1.929	329	161.905
Abruzzo	23.278	1.533	2.190	547	219	7.555	1.130	695	600	175	436	74	38.432
Molise	6.496	359	513	128	51	1.771	265	9	66	41	102	17	9.819
Campania	96.438	6.506	9.302	2.325	930	32.091	4.800	823	529	744	1.854	316	156.658
Puglia	73.789	4.631	6.622	1.655	662	22.845	3.417	149	1.425	530	1.320	225	117.271
Basilicata	10.107	654	934	234	93	3.224	482	22	10	75	186	32	16.054
Calabria	35.793	2.231	3.191	798	319	11.007	1.646	104	208	255	636	108	56.296
RSO	956.399	59.555	85.072	21.268	8.507	293.497	43.897	25.870	6.806	16.956	2.892	0	1.520.720
Valle d'Aosta	4.024	147	210	53	21	725	108	211	108	17	42	7	5.672
Provincia autonoma Bolzano	12.909	601	858	215	86	2.961	443	4	322	69	171	29	18.667
Provincia autonoma Trento	8.599	624	890	223	89	3.071	459	88	471	71	177	30	14.794
Friuli-Venezia Giulia	26.164	1.446	2.064	516	206	7.122	1.065	250	402	165	411	70	39.883
Sicilia	76.910	5.708	8.161	2.040	816	28.157	4.211	245	1.302	653	1.627	277	130.108
Sardegna	30.707	1.920	2.744	686	274	9.467	1.416	629	327	220	547	93	49.029
RSS	159.314	10.445	14.928	3.732	1.493	51.503	7.703	1.426	2.932	1.194	2.976	508	258.154
Risorse	1.115.714	70.000	100.000	25.000	10.000	345.000	51.600	8.000	28.802	8.000	19.932	3.400	1.785.448

Fonte: decreto-legge, decreto Ragioniere Generale dello Stato e delibere CIPES; importi in migliaia di euro

⁽¹⁾ Tabella "Allegato B" e "Allegato C" unite al d.l. n. 34/2020 (G.U. Serie Generale n. 128 del 19-5-2020). ⁽²⁾ Tabella posta nell'Allegato A alla l. n. 178/2020 (G.U. S.G. n. 322 del 30-12-2020). ⁽³⁾ Tabella posta nell'Allegato C alla l. n. 178/2020 (G.U. S.G. n. 322 del 30-12-2020). ⁽⁴⁾ Tabella posta nell'Allegato E alla l. n. 178/2020 (G.U. S.G. n. 322 del 30-12-2020). ⁽⁵⁾ Tabella posta nell'Allegato F alla l. n. 178/2020 (G.U. S.G. n. 322 del 30-12-2020). ⁽⁶⁾ Tabella posta nell'Allegato B-bis al d.l. n. 41/2021. ⁽⁷⁾ Tabella posta all'art. 21, d.l. n. 41/2021 (G.U. S.G. n. 120 del 20-5-2021); ⁽⁸⁾ d.m. 30 novembre 2021 (G.U. S.G. n. 44 del 22-2-2022); ⁽⁹⁾ Tabella B allegata al d.l. n. 73/2021 (G.U. S.G. n. 123 del 25-5-2021). ⁽¹⁰⁾ Tabella C allegata al d.l. n. 73/2021 (G.U. S.G. n. 123 del 25-5-2021). ⁽¹¹⁾ Tabella D allegata al d.l. n. 73/2021 (G.U. S.G. n. 123 del 25-5-2021). ⁽¹²⁾ Tabella E allegata al d.l. n. 73/2021 (G.U. S.G. n. 123 del 25-5-2021).

Per continuare ad affrontare l'emergenza sanitaria da Covid-19, lo Stato ha previsto, nel 2021, ulteriori finanziamenti da destinare alle Regioni e Province autonome, disponendo, ai sensi dell'art. 24, co. 1, d.l. n. 41/2021, che *“nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze è istituito per l'anno 2021 un fondo con una dotazione di 1.000 milioni di euro quale concorso a titolo definitivo al rimborso delle spese sostenute dalle Regioni e Province autonome nell'anno 2020 per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale e altri beni sanitari inerenti all'emergenza”*. Tali risorse²⁴⁸ sono state ripartite con decreto del Ministero dell'Economia e delle finanze del 16 luglio 2021 (v. tabella 54).

La struttura commissariale, inoltre, ha provveduto all'erogazione di una somma corrispondente al 50% delle spese autorizzate condizionate per un importo complessivo di euro 66.174.950,40 (v. tabella 54).

Tabella 54 - Contributo statale a titolo definitivo alle ulteriori spese sanitarie collegate all'emergenza Covid-19 dell'anno 2020

Regioni/Province autonome	Riparto fondo art. 24, d.l. n. 41/2021	Protezione civile / Commissario straordinario ⁽¹⁾
Piemonte	82.250	773
Lombardia	135.456	5.426
Veneto	197.493	0
Liguria	9.554	2.593
Emilia-Romagna	216.520	17.918
Toscana	86.250	0
Umbria	4.139	329
Marche	9.542	0
Lazio	48.210	19.172
Abruzzo	15.025	6.634
Molise	612	0
Campania	39.939	10.508
Puglia	19.796	0
Basilicata	2.093	0
Calabria	5.277	0
RSO	872.158	63.353
Valle d'Aosta	4.609	150
Provincia autonoma Bolzano	28.250	217
Provincia autonoma Trento	19.399	0
Friuli-Venezia Giulia	39.671	0
Sicilia	24.413	2.455
Sardegna	11.500	0
RSS	127.842	2.822
Totale RSO+RSS	1.000.000	66.175

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Decreto Ministero dell'Economia e delle Finanze del 16 luglio 2021; importi in migliaia di euro

⁽¹⁾ Costi liquidati (fonte Commissario straordinario). V. decreto 16 luglio 2021.

L'art. 16, co. 8-septies del decreto-legge 21 ottobre 2021, n. 146, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2021, n. 215, ha istituito per l'anno 2021 un fondo con una dotazione di 600 milioni di euro

²⁴⁸ Ai sensi di quanto disposto dal co. 3, art. 24, d.l. n. 41/2021, dette risorse concorrono alla valutazione dell'equilibrio finanziario per l'anno 2020 dei rispettivi servizi sanitari.

quale contributo statale a titolo definitivo alle ulteriori spese sanitarie collegate all'emergenza rappresentate dalle Regioni e dalle Province autonome nell'anno 2021²⁴⁹. A detto finanziamento accedono tutte le Regioni e le Province autonome, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente, secondo una ripartizione da definire sulla base di apposita intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome da adottare entro il 31 dicembre 2021 (v. Intesa Rep. Atti n. 277/CRS del 20 dicembre 2021).

A seguito di ulteriori interventi normativi (art. 11 del decreto-legge 27 gennaio 2022, n. 4, e, successivamente, art. 26 del decreto-legge 1° marzo 2022, n. 17), il legislatore ha stanziato per l'anno 2022, sul fondo di cui all'art. 16, co. 8-septies del d.l. n. 146/2021, la somma di 800 milioni di euro (v. Intesa Rep. Atti n. 29/CRS del 16 marzo 2022).

Tabella 55 - Contributo statale a titolo definitivo alle ulteriori spese sanitarie collegate all'emergenza Covid-19 dell'anno 2021

Regioni/Province autonome	Intesa Rep. Atti n. 277/CRS del 20 dicembre 2021 (d.l. n. 146/2021)	Intesa Rep. Atti n. 29/CRS del 16 marzo 2022 (d.l. n. 4/2022 e d.l. n. 17/2022)
Piemonte	44.144	58.950
Lombardia	119.331	140.456,4
Veneto	43.588	63.706,7
Liguria	14.218	20.731,1
Emilia-Romagna	53.812	63.217,6
Toscana	42.626	52.059,1
Umbria	8.584	11.785,2
Marche	13.225	19.842,1
Lazio	58.830	77.174,8
Abruzzo	12.314	17.225,4
Molise	2287,5	3.831,1
Campania	47.091	71.325,1
Puglia	36.760	51.731,9
Basilicata	4.431	7.056,4
Calabria	13.964	23.517,4
RSO	515.205	682.610
Valle d'Aosta	1.437	1.747,9
Provincia autonoma Bolzano	5.200	6.954,7
Provincia autonoma Trento	4.175	6.838,3
Friuli-Venezia Giulia	12.210	16.511,6
Sicilia	48.329	64.448,3
Sardegna	13.445	20.889
RSS	84.795	117.390
Totale RSO+RSS	600.000	800.000

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Intesa Conferenza Stato-Regioni; importi in migliaia di euro

²⁴⁹ Ai sensi dell'art. 16, co. 8-septies del d.l. n. 146/2021 "Le somme acquisite dalle regioni e dalle province autonome a valere sul fondo di cui al primo periodo concorrono alla valutazione dell'equilibrio finanziario per l'anno 2021 dei rispettivi servizi sanitari".

7.2.4 Mobilità sanitaria

I principi fondamentali su cui si basa il Servizio sanitario nazionale, sin dalla sua istituzione avvenuta con la legge n. 833 del 1978, sono l'universalità, l'uguaglianza e l'equità. Una delle modalità per perseguire tali principi è rappresentata dalla mobilità sanitaria, ossia dalla possibilità di un utente di ottenere prestazioni, a carico del proprio sistema sanitario, anche in un luogo diverso da quello di residenza o affiliazione. In tale ottica, viene preservata e tutelata anche la libertà di cura delle persone²⁵⁰, cioè la possibilità di avvalersi di strutture sanitarie al di fuori dalla propria realtà territoriale.

Lo strumento della mobilità sanitaria, infatti, se correttamente programmato, organizzato e monitorato, consente di perseguire (in concreto) i principi fondamentali del sistema sanitario nazionale e garantire la tutela della salute prevista all'art. 32 della Costituzione.

La mobilità sanitaria ha riflessi anche sul piano contabile: sotto il profilo economico-finanziario, genera dei flussi monetari correlati agli spostamenti dei pazienti da un'azienda sanitaria all'altra o da una Regione all'altra. In considerazione di tale fenomeno, negli ultimi anni si è assistito al c.d. *marketing* sanitario, con l'intento di accrescere l'attrattività di un'azienda sanitaria o Regione a discapito dell'altra, al fine di poter acquisire maggiori risorse e conseguire benefici in termini di economie di scala e saturazione dei servizi sanitari.

Sotto il profilo organizzativo, la mobilità sanitaria si distingue in:

- Mobilità sanitaria interaziendale (o intraregionale): descrive lo spostamento dei pazienti all'interno dei confini della Regione nella quale vivono. In tal senso, detta mobilità genera un flusso finanziario corrisposto tra aziende sanitarie della medesima Regione a fronte di una prestazione sanitaria erogata da una azienda sanitaria ad un utente affiliato ad un'altra azienda sanitaria;
- Mobilità sanitaria interregionale: descrive lo spostamento dei pazienti da una Regione ad un'altra;
- Mobilità sanitaria internazionale: riguarda casi limitati rispetto alle altre due tipologie, ed è caratterizzata dalla ricerca di specifiche cure non disponibili o considerate non adeguate nello Stato di appartenenza o per le quali i tempi di attesa sono molto lunghi. La mobilità internazionale ricomprende anche il caso in cui un utente abbia bisogno di un intervento sanitario mentre si trova all'estero e, inoltre, fa riferimento anche allo Stato del Vaticano e allo Stato di San Marino.

Con riguardo al piano più strettamente amministrativo-contabile la mobilità sanitaria si articola in:

²⁵⁰ La libertà di cura delle persone resta assicurata attraverso norme costituzionali e disposizioni di legge nonché atti, direttive e regolamenti di fonte comunitaria, convenzioni bilaterali e/o accordi.

- mobilità attiva: identifica le prestazioni sanitarie offerte a cittadini non residenti nella Regione che eroga il servizio. Esprime, in termini di risultato, l'indice di attrazione di una Regione e, in termini economici, i crediti verso le altre Regioni;
- mobilità passiva: identifica le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza. Esprime, in termini di *performance*, il c.d. "indice di fuga", e, in termini economici, i debiti di ciascuna Regione.

In linea generale, le differenze tra l'una (mobilità attiva) e l'altra (mobilità passiva) possono fornire elementi utili a delineare il livello di servizio di ciascun Servizio sanitario regionale e la soddisfazione dei cittadini relativa ai servizi erogati.

La differenza tra crediti, conseguenza della mobilità attiva, e debiti, effetto della mobilità passiva, determina il saldo di ciascuna Regione che viene contabilizzato in occasione del riparto delle risorse del Fondo sanitario nazionale dell'anno successivo; pertanto, se il saldo è positivo, la Regione si troverà maggiori risorse rispetto al riparto del Fondo sanitario c.d. indistinto (ante mobilità); viceversa, se il saldo è negativo, le risorse registrano una diminuzione.

La mobilità sanitaria risponde a diverse motivazioni, ognuna delle quali ha significato e peso differente:

1. Migrazione di base: spostamento per motivi geografici come collegamenti o vicinanza ad altre Regioni;
2. Migrazione fisiologica: descrive la situazione in cui il paziente ha bisogno di cure in altri centri, per cui lo spostamento è inevitabile;
3. Migrazione evitabile: movimenti che potrebbero essere ridotti grazie all'informazione e a un corretto stanziamento delle risorse diagnostiche e terapeutiche;
4. Migrazione apparente: i pazienti ricevono le cure nella zona in cui abitano, ma la residenza risulta essere altrove.

La maggior parte degli spostamenti avviene per motivi legati al conseguimento di un maggiore successo nella qualità dell'erogazione, in strutture diverse da quelle di appartenenza²⁵¹

La "mobilità interregionale e intraregionale deve essere tenuto in debita considerazione, in quanto se da una parte la stessa può giocare un ruolo di perequazione, dall'altra, se sospinta dalla necessità e/o obbligatorietà combinata ad un fattore economico (ad esempio il reddito), può essere, invece, causa di grosse disparità tra gli stessi cittadini. Incide, infatti, negativamente: sul principio di uniformità dei LEA, sulla tutela del diritto alla salute, sul piano economico-finanziario e sull'indebitamento dei bilanci regionali dal momento che viene utilizzato lo strumento di compensazione tra le Regioni in debito e

²⁵¹ V. Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato, del. n. 14/2020/G.

quelle in credito” (V. Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato, del. n. 14/2020/G).

Il fenomeno della mobilità sanitaria è altamente complesso e richiede alle Regioni una adeguata osservazione e monitoraggio al fine di tenerne conto nell’ambito della programmazione sanitaria, con la possibilità di ridisegnare e migliorare le attuali offerte di servizi sanitari, pensare a nuove offerte e correggere eventuali distorsioni del sistema implementato.

Nella determinazione del livello del finanziamento ordinario rientrano anche i c.d. saldi di mobilità (art. 12, co. 3 del d.lgs. n. 502/1992).

7.2.4.1 Mobilità sanitaria interregionale

La mobilità sanitaria interregionale²⁵² consente di salvaguardare l’appropriatezza delle cure, il diritto alla prossimità dei servizi, il diritto di libera scelta del cittadino, esercitabile nell’ambito del quadro normativo vigente, nonché il rispetto del principio di unitarietà del Servizio sanitario nazionale. Con mobilità sanitaria si definisce la possibilità di usufruire di prestazioni sanitarie comprese nei LEA presso aziende sanitarie locali diverse da quelle della propria Regione di residenza.

Con una articolazione sanitaria che prevede un *“finanziamento dei Servizi sanitari regionali, basato su un modello di allocazione territoriale delle risorse con l’attribuzione di quote pro-capite per ciascun cittadino residente e con il finanziamento delle strutture erogatrici con corrispettivi unitari per ciascuna prestazione, si è posta la necessità di compensare i costi sostenuti per prestazioni rese a cittadini in ambiti regionali diversi da quelli che hanno ottenuto il finanziamento pro-capite”*²⁵³. Inizialmente la compensazione interregionale della mobilità sanitaria è stata regolata dal Ministero della Salute²⁵⁴, con successive modifiche e integrazioni apportate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e dalla Commissione Salute. In tal senso, si segnala l’Accordo del 31 marzo 2020 che ha definito, per la mobilità sanitaria 2019, le tipologie di prestazioni oggetto di compensazione interregionale, i tracciati, le modalità e le tempistiche che regolano lo scambio di dati.

Ai fini della contabilizzazione della mobilità interregionale attiva e passiva, si prende a riferimento la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ed inserita nell’atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale *standard*²⁵⁵. Di norma, la mobilità interregionale per ciascun anno, che include i flussi connessi alla produzione dei servizi sanitari dell’Ospedale pediatrico Bambino Gesù (OPBG) e dell’Associazione dei

²⁵² La mobilità interregionale si differenzia dalla mobilità intra-regionale, che avviene tra strutture sanitarie differenti della stessa Regione, e dalla mobilità transfrontaliera, relativa alle prestazioni erogate all’estero.

²⁵³ Organizzazione SSN su www.temi.camera.it.

²⁵⁴ V. note 100/scps/4.4583 del 23 marzo 1994, 100/scps/4.6593 del 9 maggio 1996 e 100/scps/4.344spec. del 28 gennaio 1997.

²⁵⁵ La differenza tra crediti, conseguenza della mobilità attiva, e debiti, effetto della mobilità passiva, determina il saldo di ciascuna Regione che viene contabilizzato in occasione del riparto delle risorse del Fondo sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato. Pertanto, se il saldo è positivo, la Regione si troverà maggiori risorse rispetto al riparto del Fondo sanitario c.d. indistinto (*ante mobilità*); viceversa, se il saldo è negativo, le risorse diminuiscono.

Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta (ACISMOM), viene determinata sulla base delle matrici di mobilità dei due anni antecedenti trasmesse dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, che, in osservanza a quanto previsto dal combinato disposto degli artt. 20 e 29, co. 1, lett. h) del d.lgs. n. 118/2011, espongono separatamente le diverse posizioni debitorie e creditorie delle singole Regioni.

La legge di bilancio 2021 (art. 1, cc. 491-494 e co. 496, L. n. 178/2020) ha previsto che, a partire dal 2021, la regolazione²⁵⁶ dei flussi finanziari tra le singole Regioni e Province autonome, derivanti dalle prestazioni sanitarie rese a carico del Servizio sanitario regionale in favore di cittadini residenti in un'altra Regione per prestazioni ricomprese nei Livelli essenziali di assistenza nazionali (LEA), sia operata sulla base dei dati relativi all'erogazione delle prestazioni nell'anno precedente rispetto a quello oggetto di riparto delle risorse del finanziamento del Ssn. Infatti, ai sensi dell'art. 1, co. 491 della legge citata, *"dall'anno 2021 i valori relativi alla matrice dei flussi finanziari relativi alla compensazione tra le singole regioni e province autonome delle prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA), rese a cittadini in ambiti regionali diversi da quelli di residenza, sono definiti, sulla base dei dati di produzione disponibili con riferimento all'anno precedente oggetto di riparto e tenuto conto dei controlli di appropriatezza come comunicati dalle singole regioni e province autonome, su proposta del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, d'intesa con le regioni e con le province autonome in sede di riparto del fabbisogno sanitario standard"*.

Inoltre, la legge di bilancio 2021, all'art. 1, co. 492²⁵⁷, prevede che a partire dal 2021 (successivamente differito, ai sensi dell'art. 20-bis del d.l. n. 41/2020, al 2022) la stipulazione degli accordi bilaterali per il governo della mobilità sanitaria interregionale²⁵⁸ costituisca uno degli adempimenti ai quali la normativa vigente subordina il riconoscimento di una quota del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard*²⁵⁹.

Per l'anno 2020, la mobilità interregionale considera: a) gli acconti 2020 (valorizzati sulla base dei dati di produzione rilevati nelle matrici di mobilità 2018)²⁶⁰ ed i congruagli 2018 per la compensazione dei

²⁵⁶ Tale regolazione avviene su proposta del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, d'intesa con le Regioni e le Province autonome, in sede di riparto delle suddette risorse relative al fabbisogno sanitario nazionale *standard*. La norma specifica, inoltre, che la regolazione deve essere operata anche tenendo conto dei controlli in materia di appropriatezza del ricorso alla mobilità, comunicati dalle singole Regioni e Province autonome, richiamando il tal senso le schede 4 e 11 allegate all'intesa relativa al Patto per la salute per gli anni 2019-2021, concernenti, rispettivamente, la mobilità e la ricerca sanitaria.

²⁵⁷ Art. 1, co. 492, l. n. 178/2020: *"A decorrere dal 2022, la sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, prorogato, a decorrere dall'anno 2013, dall'articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, la cui verifica è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sancita in data 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005"*.

²⁵⁸ La stipulazione degli Accordi bilaterali è prevista in via obbligatoria dall'art. 1, co. 576, della l. n. 208/2015.

²⁵⁹ La verifica di tale adempimento è demandata al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA.

²⁶⁰ Matrici di mobilità 2018 trasmesse in data 27 marzo 2020 dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, con nota n. 2284.

flussi *standard* della mobilità interregionale e per il finanziamento da assegnare all'Ospedale Bambino Gesù ed all'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta; b) gli acconti 2020 (valorizzati sulla base dei dati di produzione rilevati nelle matrici di mobilità 2018) e i conguagli 2018 per la ricerca e il reperimento delle cellule staminali, per la plasma derivazione e per gli emocomponenti; c) i conguagli relativi all'anno 2014 per la compensazione dei flussi *standard* corrispondenti alla terza rata delle quattro previste in coerenza con quanto riportato nell'Accordo del 15 febbraio 2018 della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano²⁶¹; d) il saldo relativo all'anno 2018 per la compensazione degli oneri dell'assistenza ai disabili cronici e la regolazione dei debiti della Sicilia per gli anni 2015-2016-2017; e) altre marginali regolazioni. La regolazione definitiva della mobilità interregionale avverrà a seguito dell'approvazione dei relativi valori nella sede istituzionale della Conferenza Stato-Regioni²⁶².

Per l'anno 2021, in considerazione di quanto disposto dall'art. 1, co. 491, l. n. 178/2020 (Legge di bilancio 2021), e nel rispetto di quanto riportato nell'art. 42-bis, co. 3, del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla l. 29 luglio 2021, n. 108 (che prevede l'introduzione nell'art. 1 della Legge di bilancio 2021, del co. 491-bis secondo il quale: *"Negli anni 2021 e 2022, qualora in fase di attuazione delle disposizioni del comma 491 non siano disponibili i dati di produzione riferiti all'anno precedente a quello oggetto di riparto, si procede sulla base dei valori e delle ultime evidenze disponibili"*), i dati riportati nelle note n. 4101/C/SAN/CR del 3 giugno 2021 e n. 4472/C/SAN del 17 giugno 2021 del Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome sono relativi ai valori disponibili con riferimento all'anno 2020. Con le citate note si valuta che il saldo di mobilità 2020 da utilizzare per la definizione dell'acconto 2021 si attesta ad un valore non superiore all'82% del saldo di mobilità definitivo 2019, ad eccezione dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù per il quale l'acconto 2021 è considerato pari ai dati effettivi di produzione 2020.

Ai fini del riparto del FSN 2021, nella mobilità interregionale sono stati considerati: a) gli acconti 2021 valorizzati sulla base dei dati di produzione disponibili con riferimento all'anno 2020; b) i conguagli 2019 per la compensazione della mobilità interregionale e per il finanziamento da assegnare all'Ospedale Bambino Gesù (OPBG) ed all'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta (ACISMOM)²⁶³; c) la quarta ed ultima rata dei conguagli 2014 in coerenza con quanto già riportato nell'Accordo del 15 febbraio 2018 della Conferenza delle Regioni e delle Province

²⁶¹ Detti conguagli non sono stati inseriti nella proposta di riparto dell'anno 2016 non essendo disponibile, alla data di elaborazione della citata proposta, la matrice di mobilità relativa all'anno 2014.

²⁶² Per l'anno 2020, Le Regioni Sardegna, Valle d'Aosta e la Provincia autonoma di Trento, che non beneficiano di trasferimenti da parte dello Stato, sono tenute a versare all'entrata del bilancio dello Stato, sempre a titolo di acconto e salvo successivo conguaglio, l'importo negativo della mobilità sanitaria a loro carico.

²⁶³ Su detti conguagli si applica, coerentemente con quanto previsto dalla nota n. 4101/C/SAN/CR del 3 giugno 2021 sopra citata, una rateizzazione in tre anni (2021, 2022 e 2023) del saldo negativo della Regione Toscana applicata alle sole Regioni con conguaglio positivo in proporzione all'incidenza dello stesso conguaglio sul totale dei conguagli positivi.

autonome di Trento e Bolzano²⁶⁴; d) gli acconti 2021 (valorizzati sulla base dei dati di produzione rilevati nelle matrici di mobilità 2020) e i conguagli 2019 per la ricerca e il reperimento delle cellule staminali, per la plasmaderivazione e per gli emocomponenti; e) altre partite regolatorie. La regolazione definitiva della mobilità interregionale avverrà a seguito dell'approvazione dei relativi valori nella sede istituzionale della Conferenza Stato-Regioni²⁶⁵.

La tabella che segue mostra il saldo della mobilità interregionale riconosciuto nel riparto del Fondo sanitario nazionale per gli anni dal 2012 al 2021.

La maggiore o minore attrattività dipende principalmente dalla maggiore qualità e quantità dei servizi sanitari erogati, oltre che da altri fattori che incidono in misura minore quali: l'andamento dell'economia, che porta ad un trasferimento della popolazione verso le Regioni più ricche, e la presenza di centri universitari di grande importanza. Con riferimento alla erogazione dei servizi, le Regioni con maggiore capacità attrattive risultano essere nei primi posti nel punteggio complessivo assegnati per la valutazione dei LEA.

²⁶⁴ Tali conguagli non sono stati inseriti nella proposta di riparto dell'anno 2016 non essendo disponibile, alla data di elaborazione della citata proposta, la matrice di mobilità relativa all'anno 2014.

²⁶⁵ Per l'anno 2021, Le Regioni Sardegna, Valle d'Aosta e la Provincia autonoma di Trento, che non beneficiano di trasferimenti da parte dello Stato, sono tenute a versare all'entrata del bilancio dello Stato, sempre a titolo di acconto e salvo successivo conguaglio, l'importo negativo della mobilità sanitaria a loro carico.

Tabella 56 – Mobilità sanitaria interregionale – Anni 2012-2021

Regioni/Province autonome	2012	2013	2014	2015	2016	2017 ⁽¹⁾	2018 ⁽²⁾	2019 ⁽³⁾	2020 ⁽⁴⁾	2021 ⁽⁵⁾	Totale 2012-2021	Var% 2021-2020
Piemonte **	6.612	-7.508	-26.186	-57.231	-29.265	-61.900	-88.535	-50.989	-13.487	-1.159	-329.649	-91,41
Lombardia	463.515	555.183	533.960	584.902	538.426	626.611	769.798	784.061	739.575	580.483	6.176.513	-21,51
Veneto	96.482	75.790	75.357	84.129	85.359	132.667	159.015	143.143	140.911	145.656	1.138.509	3,37
Liguria	-43.967	-56.743	-51.770	-39.793	-39.135	-34.736	-53.588	-71.241	-51.110	-46.295	-488.380	-9,42
Emilia-Romagna	363.763	336.690	327.978	325.015	333.102	355.336	358.741	307.522	324.019	315.028	3.347.195	-2,77
Toscana	133.609	132.294	151.214	148.442	135.028	154.187	146.111	139.342	139.281	57.429	1.336.937	-58,77
Umbria	2.786	9.411	3.295	11.177	9.806	25.678	20.021	-4.173	-10.376	-8.948	58.675	-13,76
Marche	-22.472	-33.677	-46.146	-26.746	-29.871	-62.279	-67.189	-42.979	-34.368	-26.797	-392.524	-22,03
Lazio *	-118.979	-199.100	-201.575	-256.001	-198.262	-268.062	-270.858	-239.408	-230.710	-212.620	-2.195.575	-7,84
Abruzzo *	-116.407	-69.559	-70.715	-76.874	-72.151	-73.878	-71.235	-79.964	-100.839	-92.267	-823.889	-8,50
Molise *	36.360	30.109	25.722	25.152	27.861	21.327	22.799	20.173	33.696	27.826	271.025	-17,42
Campania *	-299.132	-310.810	-270.403	-252.933	-281.676	-276.903	-294.966	-318.029	-350.754	-284.153	-2.939.758	-18,99
Puglia *	-171.737	-180.058	-187.265	-187.029	-184.464	-184.556	-181.921	-201.335	-206.438	-158.042	-1.842.846	-23,44
Basilicata	-19.140	-19.111	-38.796	-34.658	-31.519	-17.272	-37.719	-53.313	-48.363	-51.278	-351.169	6,03
Calabria *	-250.009	-251.654	-251.687	-274.688	-256.291	-293.528	-318.224	-281.046	-287.348	-240.101	-2.704.576	-16,44
RSO	61.283	11.257	-27.018	-27.137	6.948	42.691	92.250	51.764	43.690	4.761	260.489	-89,10
Valle d'Aosta	-12.816	-10.752	-9.647	-5.467	-9.314	-7.172	-4.399	-1.799	-4.693	-9.712	-75.768	106,95
Provincia autonoma Bolzano	3.597	10.629	18.217	8.338	7.846	2.310	-5.152	1.126	2.051	-3.614	45.350	-276,22
Provincia autonoma Trento	-15.992	-15.488	-16.830	-20.740	-18.115	-7.719	-6.450	-86	486	3.007	-97.928	518,86
Friuli-Venezia Giulia	30.467	30.076	33.444	30.066	28.807	168	4.953	6.055	-6.826	-8.762	148.448	28,36
Sicilia *	-203.844	-188.774	-161.682	-162.251	-179.279	-197.963	-234.958	-236.882	-228.693	-202.611	-1.996.936	-11,40
Sardegna	-64.796	-68.787	-70.564	-66.487	-66.281	-72.794	-82.271	-77.178	-90.426	-83.046	-742.630	-8,16
RSS	-263.383	-243.097	-207.061	-216.540	-236.336	-283.169	-328.276	-308.763	-328.101	-304.738	-2.719.464	-7,12
Mobilità interregionale	-202.100	-231.840	-234.079	-243.677	-229.388	-240.478	-236.026	-256.999	-284.411	-299.977	-2.458.974	5,47
Ospedale Bambin Gesù	165.859	192.720	194.527	206.355	192.322	191.849	192.318	217.284	241.414	260.714	2.055.362	7,99
Asmom	36.241	39.120	39.552	37.322	37.066	48.628	43.708	39.715	42.997	39.263	403.612	-8,68

Fonte: delibera CIPE/CIPES sul FSN anni 2012-2021; importi in migliaia di euro

(1) Comprende le compensazioni definite nell'Accordo della Conferenza delle Regioni del 29/09/2016.

(2) Comprende le compensazioni definite nell'Accordo Conferenza Regioni del 29/09/2016 e l'Accordo dei Presidenti del 15/02/2018.

(3) Comprende le compensazioni definite nell'Accordo Conferenza Regioni del 29/9/16 e del 12/2/2019.

(4) Comprende le compensazioni definite nell'Accordo Conferenza Regioni del 29/9/16 e Accordo Commissione Salute del 25/03/2000.

(5) Comprende le compensazioni definite nell'Accordo Conferenza Regioni del 29/9/16.

* Regioni in piano di rientro.

** Il Piemonte è stato in piano di rientro fino al 2016.

Come è noto, a seguito dell'emergenza sanitaria da Covid-19, il Governo italiano, tenuto conto del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia, ha proclamato nel 2020 lo stato di emergenza e messo in atto le misure contenimento del contagio sull'intero territorio nazionale. Tra le principali misure adottate è stato previsto, su tutto il territorio nazionale, il divieto di trasferirsi o spostarsi, salvo che per comprovate esigenze lavorative, di assoluta urgenza ovvero per motivi di salute. La limitazione agli spostamenti, avviata per un ampio periodo nel 2020 e reintrodotta anche nel corso del 2021, ha inevitabilmente avuto riflessi anche nell'ambito della libertà di cura delle persone su tutto il territorio nazionale. Ciò ha determinato, di conseguenza, una contrazione dei flussi finanziari relativi alla mobilità sanitaria interregionale (v. tabella seguente).

Tabella 57 - Crediti e debiti per mobilità sanitaria interregionale per gli anni 2020-2021

Regioni/Province autonome	Anno 2020 ⁽¹⁾			Anno 2021 ⁽²⁾			Variazioni %	
	Crediti mobilità	Debiti mobilità	Saldo mobilità	Crediti mobilità	Debiti mobilità	Saldo mobilità	Crediti 2021-2020	Debiti 2021-2020
Piemonte	250.646	263.789	-13.144	216.395	217.408	-1.014	-13,67	-17,58
Lombardia	1.129.520	379.863	749.657	916.016	331.800	584.216	-18,90	-12,65
Veneto	413.796	274.716	139.081	386.738	240.287	146.451	-6,54	-12,53
Liguria	155.635	206.412	-50.776	120.382	166.346	-45.964	-22,65	-19,41
Emilia-Romagna	602.984	275.862	327.122	535.204	219.905	315.300	-11,24	-20,28
Toscana	351.496	207.578	143.918	235.846	177.505	58.341	-32,90	-14,49
Umbria	87.671	99.954	-12.283	74.833	83.782	-8.948	-14,64	-16,18
Marche	139.093	171.969	-32.877	105.628	132.778	-27.150	-24,06	-22,79
Lazio	366.375	599.369	-232.994	297.946	512.573	-214.627	-18,68	-14,48
Abruzzo	101.173	206.182	-105.009	81.211	173.618	-92.407	-19,73	-15,79
Molise	105.736	70.883	34.853	87.564	59.815	27.748	-17,19	-15,61
Campania	131.093	484.860	-353.767	113.298	398.730	-285.432	-13,57	-17,76
Puglia	125.711	336.752	-211.041	114.930	273.723	-158.794	-8,58	-18,72
Basilicata	60.389	108.542	-48.153	48.289	99.396	-51.107	-20,04	-8,43
Calabria	20.373	308.333	-287.960	24.135	265.106	-240.971	18,47	-14,02
RSO	4.041.690	3.995.063	46.627	3.358.416	3.352.773	5.643	-16,91	-16,08
Valle d'Aosta	14.530	19.677	-5.147	10.908	20.708	-9.800	-24,93	5,24
Provincia autonoma Bolzano	29.211	27.460	1.751	21.046	24.569	-3.522	-27,95	-10,53
Provincia autonoma Trento	62.767	62.216	551	52.934	49.737	3.196	-15,67	-20,06
Friuli-Venezia Giulia	91.068	97.880	-6.812	80.812	89.678	-8.866	-11,26	-8,38
Sicilia	72.799	302.129	-229.330	62.181	265.595	-203.414	-14,59	-12,09
Sardegna	19.178	111.230	-92.052	18.216	101.431	-83.215	-5,02	-8,81
RSS	289.555	620.593	-331.038	246.098	551.718	-305.620	-15,01	-11,10
Totale Nazionale	4.331.245	4.615.656	-284.411	3.604.514	3.904.491	-299.977	-16,78	-15,41
Ospedale Bambino Gesù	244.739	3.325	241.414	260.854	140	260.714	6,58	-95,80
Asmom	42.997	0	42.997	39.263	0	39.263	-8,68	n.d.
Mobilità internazionale complessiva	4.618.981	4.618.981	0	3.904.631	3.904.631	0	-15,47	-15,47

Fonte: elaborazione Corte dei conti su Intesa Conferenza Stato-Regioni; importi in migliaia di euro

⁽¹⁾ Gli acconti 2020 per la mobilità interregionale sono valorizzati sulla base dei dati di produzione rilevati nelle matrici di mobilità 2018.

⁽²⁾ Gli acconti 2021 per la mobilità interregionale sono valorizzati, ai sensi dall'art. 1, co. 491 e ss., l. n. 178/2020, sulla base dei dati di produzione disponibili con riferimento all'anno 2020.

Per l'anno 2022, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, con nota 22/156/CR7d/C7 del 27 luglio 2022, ha approvato la regolazione finanziaria della mobilità degli assistiti ai fini della definizione della proposta di riparto del Fondo sanitario nazionale anno 2022²⁶⁶. Tenuto conto di quanto disposto dall'art. 1, co. 491, l. n. 178/2020, tale regolazione finanziaria considera: a) l'acconto 2022 per i flussi *standard* determinato tramite i dati di produzione disponibili con riferimento all'anno 2021, comunicati dalle Regioni attraverso la trasmissione dei Modelli M entro il 15 giugno 2022²⁶⁷; b) acconto 2022 altri settori oggetto di compensazione calcolato tramite i dati di produzione disponibili con riferimento all'anno 2021 per cellule staminali, plasmaderivati ed emocomponenti; c) conguaglio dei saldi tra acconto 2020 entrato nel riparto FSN 2020 (sui dati 2018) ed effettivi dati rilevati per il 2020 per tutti i settori oggetto di compensazione (flussi *standard*, emocomponenti, plasmaderivati, cellule staminali)²⁶⁸ a seguito dell'approvazione da parte della Commissione Salute nella seduta del 12 gennaio 2022 delle matrici di mobilità interregionale dell'anno 2020 con separata evidenza dei dati di mobilità passiva verso l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù e dell'ACISMOM²⁶⁹; d) altre partite regolatorie²⁷⁰.

²⁶⁶ In ottemperanza alla sentenza della Corte costituzionale n. 168 del 23 luglio 2021 e al fine di concorrere all'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, nonché al fine di assicurare il rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamento e l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi sanitari della Regione Calabria, il d.l. n. 146/2021 all'art. 16-septies, co. 2, lett. e) ha previsto quanto segue *"per l'anno 2022 non si dà luogo alla compensazione del saldo di mobilità extraregionale definita per la Regione Calabria nella matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome ed inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno 2022. Le relative somme sono recuperate dalle regioni e province autonome in un arco quinquennale a partire dall'anno 2026. Il Ministero dell'economia e delle finanze provvede a tal fine. Si applicano conseguentemente le disposizioni di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118"*.

²⁶⁷ Nei dati 2021, solo ai fini del calcolo dell'Acconto 2022, sono stati inseriti gli importi comunicati e aggiornati dalla Regione siciliana relativi alla farmaceutica territoriale con nota Prot_11_07_2022_0614822 (si precisa che la Regione siciliana ha, alla data odierna, fornito i dati di dettaglio che ad oggi non risultano ancora verificati dalle altre Regioni in quanto l'invio è avvenuto fuori termine e già in fase di contestazioni, pertanto ai fini della regolazione definitiva dell'anno 2021 che avverrà nel Riparto FSN 2023, tali dati saranno inseriti nelle partite regolatorie a seguito di approvazione da parte della Commissione Salute).

²⁶⁸ Tale conguaglio è effettuato per "chiudere" definitivamente la regolazione finanziaria degli scambi di mobilità per l'anno 2020.

²⁶⁹ Per quanto riguarda la mobilità dei flussi *standard* riferita all'anno 2020, in sede di riparto FSN 2022 si è proposta una rateizzazione biennale del conguaglio del saldo di mobilità 2020. La rateizzazione in 2 anni per le Regioni con saldo negativo è prevista in 2 rate di pari importo (la 1° nel Riparto FSN 2022 e la 2° nel Riparto FSN 2023); per le Regioni con saldo positivo sono previste 2 rate calcolate in proporzione all'incidenza sul totale dei conguagli positivi. Il differenziale è recuperato negli anni 2022 e 2023. Nel Riparto FSN 2022 è considerata la 2° rata.

²⁷⁰ Per quanto riguarda la mobilità riferita all'anno 2019, in sede di riparto FSN 2021 (cfr. Accordo dei Presidenti del 3 giugno 2021) era stata definita una rateizzazione triennale del conguaglio del saldo negativo di mobilità 2019 della Regione Toscana. La rateizzazione in 3 anni del saldo negativo della Regione Toscana è stata applicata alle sole Regioni con conguaglio positivo in proporzione all'incidenza del conguaglio sul totale dei conguagli positivi. Il differenziale è recuperato negli anni 2022 e 2023. Nel riparto FSN 2022 è considerata la 2° rata.

Tabella 58 – Regolazione finanziaria mobilità nel riparto 2022

La regolazione finanziaria della mobilità nel riparto FSN 2022

RICERCA E REPERIMENTO CELLULE STAMINALI															PLASMA DERIVATI			EMOCOMPONENTI														
Accounti flussi standard riparto 2022 (- dati 2021)			Matrice definitiva 2020 (approvata da CS nella seduta del 12.01.2022)			Conguaglio 2020			Matrice definitiva 2019 (approvata da CS nella seduta del 13.01.2021)			Conguaglio 2019			Disabili Cronici			Altre regolazioni **			Accounti flussi 2022 (Dati BIKER NUP, DONATORI E PATIENTI 2021)			Accounti flussi 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			Accounti flussi 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			Accounti flussi 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)		
TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			TOTALE ACCONTO con OPSS + ACCONTO *			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)			ACCONTO RIPARTO 2022 (Dati BIKER NUP e NUP)</		

- I Regolamenti UE²⁷¹ che prevedono il pagamento diretto dal Sistema sanitario di appartenenza a quello del Paese di cura (assistenza diretta);
- La Direttiva “Transfrontaliera” 2011/24/UE²⁷², recepita dal decreto legislativo 04/03/2014, n. 38²⁷³, che prevede il rimborso al paziente delle spese pagate dallo stesso ai prestatori di assistenza del Paese di cura (assistenza indiretta).

La legge 24/12/2012, n. 228 (Legge di stabilità 2013)²⁷⁴ ha previsto all’art. 82 che *“A decorrere dal 1° gennaio 2013, ferma restando la competenza di autorità statale del Ministero della salute in materia di assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 618, nonché in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera, le regioni devono farsi carico della regolazione finanziaria delle partite debitorie e creditorie connesse alla mobilità sanitaria internazionale, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 18, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni”*²⁷⁵. Inoltre, ai sensi dell’art. 84 della legge citata, sono *“trasferite alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano le competenze in materia di assistenza sanitaria indiretta, di cui alla lettera b) del primo comma dell'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 618”*.

Il d.P.R. n. 244/2017²⁷⁶, recante la disciplina per le modalità applicative²⁷⁷, affida al Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell’Economia, il compito di emanare, ai sensi della legge di stabilità 2013 (art. 1, co. 86, l. n. 228/2012), la definizione sia delle modalità applicative dei flussi finanziari generati²⁷⁸ dall’assistenza sanitaria transfrontaliera che dell’assetto delle competenze e delle responsabilità finanziarie, in applicazione dell’art. 18, co. 7, del d.lgs. n. 502/1992.

L’art. 18, co. 7, del d.lgs. citato, aveva previsto *“A decorrere dal 1° gennaio 1995 le entrate e le spese per l’assistenza sanitaria all’estero in base ai regolamenti della Comunità europea e alle convenzioni bilaterali*

²⁷¹ Il Regolamento (CE) n. 883/2004 “Coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale” e il Regolamento (CE) n. 987/2009 “Modalità di applicazione del Regolamento (CE) n. 883/2004”, consentono di ricevere cure in un altro Paese dell’UE, negli altri Paesi dello SEE e nella Svizzera, alle stesse condizioni degli assistiti del Servizio Sanitario del Paese di appartenenza. Le prestazioni erogate dalle strutture sanitarie o dai professionisti, pubblici o privati convenzionati, sono pagate direttamente dal proprio Servizio sanitario (assistenza diretta).

²⁷² La Direttiva Europea 2011/24/UE “Transfrontaliera” riconosce il diritto a ricevere assistenza sanitaria in tutti i paesi dell’Unione Europea stabilendo le condizioni rispetto alle quali un paziente può recarsi in un altro paese dell’UE per ricevere assistenza medica sicura e di qualità e che possa essere rimborsata dal proprio regime di assicurazione malattia.

La direttiva comunitaria 2011/24/UE è stata recepita in ritardo rispetto alla data fissata del 25 ottobre 2013.

²⁷³ Il d.lgs. n. 38/2014, ha previsto l’attuazione della direttiva UE n. 24 del 9 marzo 2011 e dell’altra direttiva di esecuzione n. 52/2012 in materia di agevolazione delle misure per il riconoscimento delle ricette emesse in un altro Stato membro. Detto Decreto stabilisce criteri e modalità per il ricorso a prestatori di assistenza sanitaria operanti negli Stati dell’unione Europea, nel rispetto delle competenze nazionali sull’organizzazione dei propri sistemi sanitari. Si applica alle prestazioni di assistenza sanitaria, sia per le cure programmate che per le cure non programmate, fornite all’interno degli Stati membri della UE da tutti i prestatori pubblici, privati convenzionati e non. (Per approfondimenti, v. Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato, del. n. 14/2020/G, cap. 4, par. 4.1).

²⁷⁴ La legge di stabilità 2013 dispone che dall’attuazione dei cc. da 82 a 84 sono previsti risparmi di spesa quantificati in 22 milioni di euro nel 2013, 30 milioni di euro nel 2014 e 35 milioni di euro annui a decorrere dal 2015, con corrispondente riduzione del capitolo 4391 dello stato di previsione del Ministero della Salute.

²⁷⁵ Ai sensi del co. 83, l. n. 228/2012, l’imputazione dei costi e dei ricavi connessi, rispettivamente, all’assistenza sanitaria dei cittadini italiani all’estero e dei cittadini stranieri in Italia, avviene per il tramite delle Regioni, ai bilanci delle Asl di residenza degli assistiti da regolarsi in sede di ripartizione delle risorse per la copertura del fabbisogno sanitario regionale *standard*, attraverso un sistema di compensazione della mobilità sanitaria internazionale.

²⁷⁶ Il regolamento doveva essere emanato, inizialmente, entro il termine iniziale del 30 aprile 2013, è stato poi prorogato al 31 dicembre 2014, ha visto la luce solo in data 24 novembre 2017.

²⁷⁷ Dei cc. da 82 a 84 dell’art. 1 della l. n. 228/2012, nonché relative procedure contabili ai sensi dell’art. 1, co. 86, della l. n. 228/2012.

²⁷⁸ Tale tipo di assistenza in ingresso e in uscita, da e per l’estero, genera un impatto non secondario in termini dei rispettivi ricavi e/o costi sul bilancio statale e/o regionale.

di sicurezza sociale sono imputate, tramite le Regioni, ai bilanci delle unità sanitarie locali di residenza degli assistiti. I relativi rapporti finanziari sono definiti in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale²⁷⁹; tuttavia, la procedura amministrativo contabile è rimasta per lungo tempo disattesa.

Il nuovo meccanismo di regolazione finanziaria trova applicazione per i diversi interlocutori istituzionali, solo a partire dal 2018, superando, quella criticità presente nelle norme di contabilità pubblica²⁷⁹.

La tabella che segue mostra le compensazioni e i recuperi per mobilità internazionale definiti nel riparto del Fondo sanitario nazionale per gli anni 2018-2021:

Tabella 59 – Compensazioni e recuperi per mobilità sanitaria internazionale per gli anni 2018-2021

Regioni/Province autonome	2018	2019	2020	2021	Totale anni 2018-2021	Variazioni % 2021-2020
Piemonte	-22.119	-30.016	-6.565	-6.973	-65.671	6,22
Lombardia	-53.461	-60.444	-15.412	-17.560	-146.877	13,93
Veneto	14.755	21.864	5.549	4.869	47.037	-12,25
Liguria	-2.951	-3.629	-441	-1.474	-8.495	234,02
Emilia-Romagna	26.298	33.471	8.185	7.079	75.032	-13,52
Toscana	6.353	6.931	2.602	4.106	19.992	57,82
Umbria	4.129	7.175	2.085	1.327	14.717	-36,35
Marche	-4.821	-5.842	-1.154	-106	-11.923	-90,83
Lazio	-18.393	-27.525	-7.468	-7.526	-60.913	0,78
Abruzzo	-2.703	-4.135	-1.510	-1.348	-9.696	-10,71
Molise	-313	-834	-310	-243	-1.699	-21,69
Campania	-20.173	-25.986	-6.260	-7.668	-60.087	22,48
Puglia	-2.663	-2.418	-160	-1.186	-6.427	639,70
Basilicata	-880	-1.868	-459	-630	-3.836	37,39
Calabria	-1.903	-4.909	-1.520	-2.039	-10.371	34,09
RSO	-78.844	-98.164	-22.838	-29.370	-229.217	28,60
Valle d'Aosta	2.222	4.236	1.189	1.194	8.842	0,47
Provincia autonoma Bolzano	20.683	34.893	8.688	9.192	73.455	5,80
Provincia autonoma Trento	10.733	16.724	4.082	5.142	36.681	25,98
Friuli-Venezia Giulia	8.516	11.514	2.396	3.345	25.770	39,64
Sicilia	-8.445	-18.562	-4.742	-7.529	-39.277	58,79
Sardegna	-2.667	-4.265	-1.236	-735	-8.902	-40,51
RSS	31.042	44.541	10.376	10.609	96.568	2,25
Totale Nazionale	-47.802	-53.623	-12.462	-18.761	-132.648	50,55
Ospedale Bambino Gesù	2.748	7.490	1.931	2.274	14.441	17,78
Mobilità internazionale	-45.055	-46.134	-10.531	-16.487	-118.207	56,56

Fonte: elaborazione Corte dei conti su delibere CIPE/CIPES; importi in migliaia di euro

Dalla tabella emerge che nel periodo considerato 13 Regioni²⁸⁰ hanno registrato flussi finanziari negativi, con una riduzione del Fondo sanitario nazionale assegnato di pari ammontare. Le Regioni che hanno introitato flussi finanziari si concentrano prevalentemente nel Centro-Nord²⁸¹.

²⁷⁹ Secondo le vigenti regole di contabilità pubblica, non è possibile impiegare i pagamenti ricevuti dall'estero per contribuire al pagamento del debito, posto che il pagamento effettuato dagli Stati esteri affluisce sul capitolo di entrata del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

²⁸⁰ Lombardia (-146,8 milioni di euro), Piemonte (-65,6), Lazio (-60,9), Campania (-60), Sicilia (-39,3), Marche (-11,9), Calabria (-10,4), Abruzzo (-9,7), Sardegna (-8,9), Puglia (-6,4), Basilicata (-3,8) e Molise (-1,7).

²⁸¹ Emilia-Romagna (+75 milioni di euro), Provincia autonoma di Bolzano (+73,4), Veneto (+47), Provincia autonoma di Trento (38,7), Friuli-Venezia Giulia (+25,8), Toscana (+20), Umbria (14,7) e Valle d'Aosta (+8,9).

8 I RISULTATI DELLE GESTIONI SANITARIE DELLE REGIONI IN PIANO DI RIENTRO E LE VALUTAZIONI DEI TAVOLI TECNICI

8.1 Premessa

Con riguardo alle analisi di ordine generale sulla spesa sanitaria nei rendiconti delle Regioni e ai provvedimenti di volta in volta emanati dal legislatore per affrontare la pandemia da Covid-19, si rinvia a quanto esposto nella citata deliberazione di questa Sezione n. 6/SEZAUT/2022/FRG, recante la “Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni/Province autonome – esercizi 2018-2020”.

In questo referto, invece, viene dedicato uno specifico *focus* ai risultati delle gestioni sanitarie delle Regioni in piano di rientro. L'introduzione dell'istituto dei piani di rientro è stata prevista dalla legge n. 311 del 30 dicembre 2004, con il complesso obiettivo di inserire uno strumento di controllo della spesa, di garantire l'erogazione dei LEA e l'equilibrio finanziario regionale²⁸².

Si è innanzi evidenziato come certamente nel corso del 2020 la situazione emergenziale abbia reso necessario accantonare temporaneamente le logiche di rigoroso contenimento della spesa sanitaria, potenziando le risorse immediatamente disponibili a favore delle Regioni nello sforzo di fronteggiare l'emergenza.

Il *trend* espansivo della spesa verificatosi nel 2020, quale inattesa correzione di una tendenza decennale, si è, peraltro, collocato in un contesto di generali miglioramenti gestionali favoriti proprio dal complesso procedimento di monitoraggio dei cosiddetti “Tavoli” tra Governo (MEF e Ministero della Salute) e Regioni.

Anzi sembra di poter affermare che proprio laddove il monitoraggio è stato più incisivo e approfondito, ovvero per le Regioni “in piano di rientro”, l'opera cooperativa tra Stato e Regioni ha prodotto frutti positivi anche durante l'emergenza pandemica in quanto il lungo periodo di risanamento non è stato vanificato dalla necessità di adottare provvedimenti di spesa con strumenti straordinari come si evince dalla tabella 60 che illustra i risultati di esercizio di tali Regioni rideterminati dai tavoli tecnici²⁸³ (per un quadro d'insieme delle Regioni monitorate cfr. anche la tabella 61 sui risultati di esercizio

²⁸² Cfr. anche le successive disposizioni contenute nella legge 23 dicembre 2009 n. 191.

²⁸³ Ci si riferisce in particolare ai dati di consuntivo dei risultati di esercizio 2018-2020 delle Regioni a statuto ordinario (compresa la Regione siciliana in piano di rientro), essendo, invece, quelli afferenti all'esercizio 2021 ancora a IV trimestre, tratti dal documento del Ministero dell'Economia e delle Finanze “Il Monitoraggio della Spesa sanitaria – Rapporto n. 9”, ottobre 2022, tab. 1.4.

Complessivamente, il raggruppamento delle Regioni in piano di rientro (v. nota 293) nel 2020 riduce il proprio disavanzo rispetto all'esercizio 2019 in misura pari quasi al 59%; quello delle Regioni non sottoposte a piano di rientro in misura del 34%; quello delle Autonomie speciali (esclusa la Regione siciliana che viene computata nel novero delle Regioni in piano di rientro), del 19%.

rideterminati per le Regioni non sottoposte a piano di rientro, nonché la tabella 62 su risultati di esercizio rideterminati delle Autonomie speciali)²⁸⁴.

A livello complessivo si evidenzia una certa “prudenza” nell’impiego delle stesse risorse finanziarie messe a disposizione nel periodo pandemico, dimostrando una *governance* regionale conscia di un contesto di espansione della spesa da ritenersi transitorio ed eccezionale.

Giova, altresì, ricordare come l’allentamento della fase di restrizione della spesa sanitaria era già stato avviato prima della pandemia in quanto l’automatismo nel blocco del *turn over* aveva condotto talune Regioni in situazioni di estrema criticità – con riguardo alla provvista del personale medico e infermieristico – mettendo a rischio la stessa erogazione dei livelli LEA. Per questo, il blocco del *turn over* automatico per le Regioni in situazione di disavanzo strutturale (inserito all’art. 1, co. 174, l. n. 311/2004 dall’art. 2, co. 76, l. n. 191/2009) era stato eliminato già prima della pandemia con l’art. 11, co. 4-ter, d.l. n. 35/2019. Anche l’estrema compressione degli investimenti sanitari, già modesti, per esempio in materia di rinnovamento tecnologico e strumentale, aveva provocato situazioni in contraddizione con l’erogazione dei LEA.

Ciò posto, per garantire l’equilibrio tra la spesa e l’erogazione dei servizi sanitari sono stati introdotti i piani di rientro, disciplinati dalla citata legge n. 311/2004²⁸⁵ e resi effettivi con l’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo del 2005.

In tal modo è stato previsto un complesso procedimento multilivello in cui la Regione verifica l’eventuale condizione di squilibrio ed è tenuta ad adottare i provvedimenti necessari per il contenimento della spesa (art. 1, co. 174, l. n. 311/2004) ed è, poi, previsto un apposito accordo, concordato tra la Regione ed i Ministri della Salute e dell’Economia e delle Finanze, contenente un programma operativo volto a riorganizzare e riqualificare il Servizio sanitario regionale al fine di perseguire l’equilibrio economico, nel rispetto dei Livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti dell’Intesa (art. 1, co. 180, l. n. 311/2004).

Si è venuto così a realizzare un vero e proprio modello per la gestione di procedimenti di attivazione dell’art. 120 Cost. in materia di diffide e commissariamenti attuate in spirito di leale collaborazione tra Stato e Regioni, coerente con la giurisprudenza costituzionale. Il procedimento ha trovato una sua forma matura con l’Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, e con i due regolamenti del 2011 per il funzionamento del “Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti” presso il MEF (rep. Atti n. 131/CSR del 27.07.2011) e per il funzionamento del “Comitato permanente per la verifica

²⁸⁴ Un discorso a parte va fatto per le Autonomie speciali, per le quali non opera il cd. meccanismo premiale di cui all’art. 2, co. 67-bis, l. n. 191/2009 con possibili riflessi sulle politiche di contenimento della spesa: “*le quote di finanziamento ordinario ad esse attribuite sulla base del fabbisogno sanitario regionale, sono da considerarsi come le somme che tali autonomie devono obbligatoriamente conferire al proprio SSR per l’erogazione dei LEA ... l’eccesso di spesa rispetto alla quota parametrata al livello di finanziamento inglobato nell’Intesa Stato-Regioni sul riparto può trovare copertura in corso d’anno mediante il conferimento di risorse proprie aggiuntive*”, cfr. “Il Monitoraggio” cit., par. 1.3, Spesa sanitaria corrente di CE. V. anche nota in calce alla tabella 62 di questa Relazione.

²⁸⁵ V. anche art. 2, cc. 77 e ss., l. n. 191/2009.

dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza" presso il Ministero della Salute (rep. Atti n. 18/CSR del 10/02/2011). I due Tavoli, quando esaminano la situazione di Regioni in "piano di rientro", attuano un'istruttoria tecnica congiunta, questo a testimoniare come gli aspetti finanziari e gestionali debbano sempre e comunque mirare all'erogazione effettiva dei servizi specificamente indicati nei livelli LEA²⁸⁶. Si fa in premessa riferimento alle numerose pronunce della Corte costituzionale che hanno affermato il principio della vincolatività degli Accordi (cfr. Corte cost. n. 100/2010; Corte cost. n. 163/2011; n. 104/2013), pena la violazione del principio di leale collaborazione.

Di particolare interesse anche la recente sentenza 142/2021, in cui la Corte costituzionale ha accertato da parte della Regione Puglia²⁸⁷ *"la violazione del principio secondo cui, nella fase di rientro dal deficit, è precluso alla Regione e agli altri enti, finanziati per assicurare le prestazioni sanitarie sul territorio di riferimento, di deliberare spese per l'erogazione di livelli sanitari di assistenza superiori a quelli essenziali"*.

La funzione dei "Tavoli" si inserisce, dunque, in un ambito costituzionalmente rilevante e questo è sufficiente ad attestarne rango e centralità, e i risultati della loro attività rappresentano un oggetto di verifiche essenziali per la Corte dei conti.

Nelle precedenti relazioni solitamente si è offerta evidenza particolare alle valutazioni espresse dai Tavoli tecnici in materia sanitaria²⁸⁸ nel corso delle riunioni tenute con ciascuna Regione/Provincia autonoma per verificare l'equilibrio dei conti sanitari regionali ai sensi della complessa normativa sottostante²⁸⁹. Infatti, è di rilievo l'esatta applicazione del d.lgs. n. 118/2011 in quanto principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica ex art. 117, co. 3, Cost., finalizzato alla tutela dell'unità economica della Repubblica italiana ai sensi dell'art. 120, co. 2, Cost., decreto che, a partire dal 2012, ha ridisegnato le regole contabili dell'intero Servizio sanitario nazionale²⁹⁰.

²⁸⁶ Sulla necessità di garantire effettività al finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria, cfr. da ultimo, anche la recentissima sentenza della Corte cost. n. 233 del 2022.

²⁸⁷ Si trattava della l.r. Puglia n. 21 del 7 luglio 2020, art. 2, co. 3, che istituiva la figura del dirigente psicologo nel piano triennale dei fabbisogni di personale delle aziende sanitarie locali.

²⁸⁸ Si fa riferimento al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) e al Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, entrambi istituiti con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, rispettivamente all'art. 9 e 12, il primo presso il Ministero della Salute e il secondo presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato. Al Comitato è affidata in particolare la verifica dell'erogazione dei LEA da parte delle Regioni in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse nonché la verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale (SSN). Il mantenimento dell'erogazione dei LEA da parte delle Regioni è un adempimento che, se soddisfatto, consente alle Regioni di accedere al maggior finanziamento del SSN - cioè alla quota premiale delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario, al netto delle entrate proprie.

Per avere accesso a tali risorse, le Regioni sono tenute a una serie di adempimenti in base all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 soggette a verifica da parte dei Tavoli tecnici.

Per la composizione di tali organismi e per i compiti ad essi affidati, si rinvia ai regolamenti approvati dalla Conferenza Stato-Regioni, Rep. n. 18/CSR del 10 febbraio 2011, Funzionamento del Comitato permanente, e Rep. n. 131/CSR del 27 luglio 2011, Funzionamento del Tavolo tecnico.

Si evidenzia, altresì, per i fini che qui interessano, che "la certificazione da parte del Comitato LEA è presupposto per la verifica finale degli adempimenti da parte del Tavolo adempimenti ... Il Comitato LEA invia al Tavolo adempimenti la certificazione di ciascuna Regione ai sensi dell'articolo 12, comma 3, dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005", art. 3, co. 3, All. A, Rep. 18/CSR cit.

²⁸⁹ Si evidenzia che spesso le Sezioni regionali di controllo, tra la documentazione analizzata ai fini della relazione che accompagna i giudizi di parifica del rendiconto regionale, utilizzano le risultanze dei verbali dei Tavoli tecnici.

²⁹⁰ In seguito al recepimento del d.lgs. 118/2011 da parte delle Autonomie speciali - a far data dal 2014 per la Regione siciliana e dal 2015 per le altre, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna e Province autonome di Trento e Bolzano - il Tavolo di verifica degli adempimenti

In considerazione, tuttavia, delle proroghe fissate dal legislatore per l'approvazione del bilancio di esercizio degli enti sanitari e del relativo bilancio consolidato regionale per gli anni 2020 (cfr. art. 26, co. 5, lett. b), d.l. n. 73/2021) e 2021 (prima dall'art. 11-ter, d.l. n. 4/2022; poi dall'art. 26, co. 2-ter, d.l. n. 17/2022), i verbali concernenti il consolidato 2020 non sono stati ancora tutti formalizzati dalla Ragioneria Generale dello Stato mentre, con riguardo al consuntivo 2021, nessun verbale è ancora disponibile²⁹¹. Del resto, la già complessa attività di monitoraggio dei Tavoli tecnici è stata ulteriormente messa alla prova dalle necessarie verifiche sul centro di costo dedicato e contrassegnato dal codice univoco "COV 20" di cui all'art. 18, co. 1., n. 18/ 2020. Al fine di garantire l'uniforme rappresentazione dei dati riferibili alla gestione emergenziale Covid, il Ministero dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministero della Salute, ha fornito linee guida dedicate alla compilazione dei modelli di CE 2020 in modo da agevolare le operazioni di rilevazione di costi e ricavi legati all'emergenza, chiedendo la compilazione di uno specifico allegato a tali linee guida e realizzando in tal modo la separata evidenza della gestione contabile dell'emergenza voluta dal legislatore.

Nondimeno, la lettura complessiva di tale gestione – tenuta distinta ma poi confluita nei modelli economici di cui al decreto del Ministro della Salute 24 maggio 2019 – è oggi ancora solo parzialmente possibile atteso che *“i finanziamenti definiti dai decreti legge Covid sono finalizzati all'organizzazione delle attività ivi previste, pertanto, qualora non organizzate tali attività, devono essere posti in accantonamento, al fine di completare le attività previste dai decreti legge nazionali nel corso dell'anno 2021”*²⁹². Inoltre, laddove i Tavoli abbiano riscontrato su talune voci del CE 2020 regionale una rendicontazione di costi afferenti all'emergenza Covid superiore ai costi incrementali dell'anno 2020 rispetto all'anno 2019, nei verbali è stato sottolineato che *“a fronte di costi emergenti Covid, sono presenti nel SSR, a causa della pandemia, costi cessanti ovvero costi rifinalizzati che vanno a compensare parte dei costi per l'assistenza Covid. Tale area di sovrapposizione trova evidentemente già compatibilità nell'ambito del complessivo finanziamento del servizio sanitario. Le stesse risorse Covid erogate dallo Stato sono state esse stesse un incremento rispetto al Fondo sanitario già esistente e che ha costituito la grande parte delle risorse già disponibili per rispondere all'emergenza”*. Per la rappresentazione complessiva della gestione contabile conseguente all'emergenza, dunque, non è ancora disponibile una documentazione completa, tuttavia, il generale quadro istruttorio è stato integrato con le pubblicazioni del MEF in materia²⁹³.

regionali ha avviato l'attività di monitoraggio della spesa sanitaria anche con queste ultime. Peraltro, la Sicilia è oggetto di monitoraggio periodico in quanto sottoposta a Piano di rientro dal disavanzo sanitario, nonché al sistema premiale vista la compartecipazione da parte dello Stato al finanziamento del suo SSR, cfr. l. n. 296/2006, art.1, co. 830.

²⁹¹ Nel corso dell'istruttoria per la presente Relazione è stata fatta richiesta al MEF-Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato con nota del 01/03/2022 SEZAUT 558 di tutti i verbali dei “Tavoli” relativi al conto consuntivo es. 2020 disponibili a quella data. Il Ragioniere generale dello Stato ha dato seguito con nota del 08/03/2022 - prot. n. 36510, poi integrata dalla nota del 07/06/2022, prot. n. 158005.

²⁹² Estratto dai verbali dei Tavoli tecnici relativi alle riunioni svolte nel periodo novembre-dicembre 2021. Cfr. anche art. 26, cc. 1-3, d.l. n. 73/2021.

²⁹³ Cfr. “Il Monitoraggio della spesa sanitaria”, Rapporto n. 8 del settembre 2021 e Rapporto n. 9, quest'ultimo pubblicato solo a ottobre 2022.

Considerato che le Regioni in piano di rientro costituiscono un aggregato di rilievo primario, la scelta operata nel presente referto è di approfondire le gestioni sanitarie e l'andamento del centro di spesa COV-20 proprio nell'ambito di tali Regioni.

Nel capitolo che segue, dunque, partendo dai dati effettivamente disponibili, si è deciso di dare evidenza agli aspetti contabili relativi al raggruppamento "Regioni in piano di rientro" - Lazio, Molise, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia - soprattutto al fine di verificare gli effetti della pandemia su quei servizi sanitari in cui la situazione di squilibrio economico-finanziario è stata talmente significativa e strutturale fino al 2006²⁹⁴ da rendere necessaria l'introduzione a livello legislativo dello strumento dei piani di rientro quali veri e propri programmi di ristrutturazione industriale finalizzati alla stabile riorganizzazione dei SSR coinvolti²⁹⁵.

8.2 Considerazioni generali dei Tavoli e risorse Covid

Al fine, dunque, di osservare gli effetti della pandemia sui risultati di esercizio delle Regioni in piano di rientro, è stato esaminato l'estratto²⁹⁶ del CE COV 20 di cui all'art. 18, co. 1, d.l. n.18/2020 cit., conosciuto attraverso i verbali dei Tavoli tecnici, avendo cura, altresì, di dar conto del necessario raccordo tra il bilancio regionale - in contabilità finanziaria - e i bilanci degli enti del SSR - in contabilità economico-patrimoniale. Dal lato delle entrate, l'attenzione è stata focalizzata innanzitutto sui finanziamenti assegnati dallo Stato alle Regioni per fronteggiare l'emergenza, poi verificando l'effettiva erogazione di tali risorse dalle Regioni agli enti del SSR; quindi, sugli accantonamenti, cioè sulle quote rimaste eventualmente inutilizzate nel corso dello stesso 2020.

Con riguardo ai finanziamenti si precisa che:

- a) per "risorse stanziare per l'emergenza Covid", si fa riferimento a quelle a valere sul livello di finanziamento sanitario corrente per l'anno 2020 stabilite - con diverse finalità - dal d.l. 17 marzo 2020, n. 18 convertito, con modificazioni, dalla l. 24 aprile 2020, n. 27; dal d.l. 19 maggio 2020, n. 34 convertito, con modificazioni, dalla l. 17 luglio 2020, n. 77; dal d.l. 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla l. 13 ottobre 2020, n. 126;
- b) a queste vanno aggiunte, sempre per la valutazione dell'equilibrio dell'anno 2020, quelle di cui all'Intesa Stato-Regioni n. 45 del 15 aprile 2021 concernenti il riparto tra le Regioni delle

²⁹⁴ Nel 2006, degli oltre 6.000 milioni di euro di disavanzo complessivo del settore sanitario, oltre 3.800 milioni di euro erano concentrati nelle Regioni Lazio, Campania e Sicilia (cfr. tab. 30, del. n. 13/SEZAUT/2019/FRG).

²⁹⁵ Cfr. art. 1, co. 180, 311/2004. Nel 2007 il piano fu sottoscritto dalle Regioni Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia, insieme a Liguria e Sardegna (che però ne uscirono nel 2010); alla fine del 2009 si aggiunse la Regione Calabria e, nel 2010, Piemonte e Puglia nella forma di un piano di rientro "leggero", con un livello d'intervento cioè di minore intensità rispetto a quello previsto per le altre Regioni. Nel corso del 2017 il Piemonte è uscito dal piano di rientro.

Per un approfondimento della normativa - vigente e d'impianto - in materia di piani di rientro, si rinvia a "Il Monitoraggio della Spesa sanitaria - Rapporto n. 9" cit., cap. 5.

²⁹⁶ Si dà evidenza del fatto che nei verbali non è riportato per intero il mod. CE COV 20 compilato secondo l'Allegato B di cui alle linee guida fornite da M.E.F. e Ministero Salute - ma solo alcune parti dello stesso.

disponibilità finanziarie di cui all'art. 1, co. 413, l. 30 dicembre 2020, n. 178 ad incremento dei fondi contrattuali per le condizioni di lavoro e incarichi del personale del comparto sanità per l'anno 2020, impegnate sul bilancio regionale dell'anno 2021 a valere sui finanziamenti sanitari dell'anno 2020;

- c) da ultimo, nell'ambito dei cd. contributi extra fondo²⁹⁷, sono rinvenibili le risorse di cui al Decreto Ministero dell'Economia e delle Finanze 16 luglio 2021²⁹⁸ e cioè: da un lato il Riparto del Fondo istituito nello stato di previsione del M.E.F. per l'anno 2021 quale concorso a titolo definitivo al rimborso delle spese sostenute dalle Regioni e Province autonome nell'anno 2020 per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale e altri beni sanitari inerenti all'emergenza²⁹⁹ - risorse anch'esse da accertare e impegnare sul bilancio regionale dell'anno 2021 per l'equilibrio dei Servizi sanitari regionali (SSR) dell'anno 2020; dall'altro, le somme già erogate da Protezione civile/Commissario straordinario a Regioni e Province autonome a titolo di anticipazione finanziaria in relazione alle spese sostenute a seguito dell'emergenza sanitaria da Covid-19, pari al 50% delle spese autorizzate in via condizionata³⁰⁰.

Con riguardo a tali entrate, dunque, è stato possibile acquisire direttamente dai verbali l'ammontare delle risorse Covid erogate dallo Stato quali risorse incrementalmente rispetto al Fondo sanitario (tabella 63), nonché, per quelle indicate al punto a), il dato relativo al trasferimento dal bilancio regionale a quello degli enti del SSR, avendo cura di verificare quanta parte di tali risorse sia poi rimasta nella disponibilità della GSA fino alla fine dell'esercizio 2020, senza cioè essere trasferita alle aziende né utilizzata per il pagamento di fornitori (tabella 64). In merito alle risorse rimaste nella disponibilità della GSA, i Tavoli hanno rinnovato la richiesta di ricevere aggiornamenti sul trasferimento e/o impiego di tali somme residue in GSA.

²⁹⁷ La voce A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo) viene descritta nel nuovo modello di rilevazione economica Conto Economico (CE) di cui al Decreto Ministero Salute 24 maggio 2019 nel modo che segue: "Contiene, in generale, gli importi dei contributi non rientranti nel riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale, assegnati da Regione, Provincia Autonoma, da Ministero della Salute e da altri soggetti pubblici (Amministrazioni statali, Province, Comuni, settore pubblico allargato), inclusi i contributi dell'Unione Europea e le risorse derivanti dal gettito di fiscalità regionale." In essa si rinviene sia il cod. AA0150, "Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) - vincolati" che il cod. AA0170, "Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) altro", v. note successive.

²⁹⁸ Nell'ambito delle risorse di cui al citato Decreto Ministero dell'Economia e delle Finanze 16 luglio 2021, va, altresì, precisato che lo stesso, nelle premesse, ritiene di "dover tener presente, oltre ai trasferimenti già eseguiti dalla struttura commissariale pro-tempore, anche le somme acquisite dai bilanci regionali a seguito di quanto disposto dall'art. 1, comma 477, della legge 30 dicembre 2020, n. 178". A tal fine, nella tabella allegata al Decreto, accanto ai costi liquidati dal Commissario straordinario e al riparto del fondo di cui all'art. 24, d.l. n. 41/2021, sono riportati anche i ricavi ex art. 1, co. 477, l. n. 178/2020, come certificati da AIFA con Det. DG n. 272/2021, pari, complessivamente a 916,464 mln di euro.

Di fatto, dunque, anche tali ricavi - e cioè a dire il *pay back* per acquisti diretti 2018 in seguito al superamento del tetto di spesa ospedaliera (cfr. art. 1, co. 398, l. n. 232 dell'11 dicembre 2016, "il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera assume la denominazione di «tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti»") - rientrano nelle coperture per le spese sostenute e rendicontate dalle Regioni e Province autonome per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale e altri beni sanitari inerenti all'emergenza con riferimento all'anno 2020 (totale costi: 1.655,592 mln di euro). V. anche nota 304 *infra*.

²⁹⁹ Cfr. art. 24, co. 1, d. l. 22 marzo 2021, n. 41, convertito, con modificazioni, dalla l. 21 maggio 2021, n. 69. Il d.m. 16 luglio 2021 affida espressamente al Tavolo di verifica degli adempimenti regionali il monitoraggio circa la corretta contabilizzazione delle risorse in parola - pari, complessivamente, a 1.000 mln di euro - ai fini della valutazione dell'equilibrio dell'anno 2020 dei servizi sanitari delle Regioni e Province autonome (cfr. art. 3 d.m. cit.). Nel CE tali risorse sono iscritte alla voce AA0150.

³⁰⁰ I costi in tal modo liquidati risultano essere complessivamente pari a 66,175 mln di euro e sono rinvenibili nel CE alla voce AA0170, "Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) altro".

Nell'ambito degli accantonamenti dell'esercizio, è apparso significativo il dato sugli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi finalizzati e vincolati rilevato nel CE COV 20 come appreso dai verbali e relativo alla quota inutilizzata dei contributi finalizzati dalla Regione derivanti dal riparto delle ulteriori disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale di cui al cd. finanziamento Covid (tabella 65). Dal lato dei costi, invece, avendo riguardo alla complessa normativa vigente in materia di personale sanitario e alle risorse aggiuntive, straordinarie, preordinate dal legislatore per la pandemia, è stata raffrontata la voce "Totale Costo del Personale" di cui al CE 2020 con quella risultante dal "CE COV 20", dunque direttamente imputabile alla pandemia (tabella 66).

Al contempo, nei verbali è stato possibile rinvenire il dato afferente alle altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie (cod. BA1350), sia relativo al CE 2020 sia quello proprio del CE COV 20 (cfr. tabella 67).

All'interno di tali prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie, ed in particolare all'interno di quelle "da privato"³⁰¹, nel CE 2020, sono state osservate le voci più movimentate, evidenziando soprattutto le variazioni percentuali tra l'esercizio 2019 e il 2020 (tabella 68). Esemplificativo appare il caso della Regione Molise, nel corso della cui riunione i Tavoli hanno espressamente chiesto chiarimenti in merito al rilevante incremento delle altre consulenze da privato.

Per tali ultime voci di dettaglio³⁰² - che, per il raggruppamento delle Regioni in piano di rientro, rappresentano quasi il 60% del totale "Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie"³⁰³ - l'analisi ha riguardato i totali delle singole voci, nonché le variazioni percentuali delle stesse rispetto all'esercizio 2019 in quanto il dato imputabile alla pandemia di cui al CE COV 20 non compare nei verbali. Ci si rimette, pertanto, alle valutazioni dei Tavoli secondo i quali, come sopra ricordato, *"i costi associati al Covid, come rendicontati dalla regione, per la parte eccedente l'incremento del costo tra il 2019 e il 2020, trovano copertura nel finanziamento pre Covid, in quanto i costi cessanti ovvero i costi rifinanzati alla gestione dell'emergenza, hanno in parte compensato i costi emergenti per l'assistenza Covid"*.

È stato, altresì, osservato che il costo del personale risultante dal CE COV 20 rispetto a quello dell'intero esercizio di cui al CE 2020, è di molto inferiore - proporzionalmente - a quello delle altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie attivate per la gestione dell'emergenza rispetto a quelle dell'esercizio (cfr. tabelle 66 e 67 e grafici a seguire): nell'intero gruppo delle Regioni in piano di rientro, infatti, il costo del personale legato all'emergenza incide nella misura del 4% rispetto al costo di personale dell'esercizio, mentre consulenze e altre collaborazioni per l'emergenza rappresentano ca. il 19% del totale delle consulenze sanitarie e sociosanitarie dell'esercizio. Questi rapporti aumentano e sono ancora più evidenti

³⁰¹ cfr. cod. BA1380, "Consulenze, collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie da privato".

³⁰² e cioè: Consulenze sanitarie da privato - art. 55, co.2, CCNL 8 giugno 2000 (BA1390); Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato (BA1400); Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e sociosanitarie da privato (BA1410); Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria (BA1440).

³⁰³ Per la Regione Molise questa percentuale arriva al 99%.

in alcune Regioni: si pensi al caso del Molise dove si riscontra un costo del personale per l'emergenza pari all'1,8% del totale costo del personale dell'esercizio, e consulenze e altre collaborazioni sanitarie e sociosanitarie per l'emergenza pari al 50% del costo complessivo della stessa voce dell'esercizio; in Calabria il costo del personale per l'emergenza è pari al 2,64% del totale costo del personale; l'incidenza delle consulenze e collaborazioni sanitarie e sociosanitarie attivate per l'emergenza su quelle dell'esercizio è pari al 26,05%; in Abruzzo, i rapporti sono 3,24% e 26,08%; nella Regione siciliana, 3,29% e 31,65%.

In merito al *pay back* per acquisti diretti 2018, nei verbali è stata richiamata la Determina AIFA n. 272/2021, in particolare l'art. 3 che riporta: *"i pagamenti che hanno consentito il raggiungimento dell'importo previsto dalla legge n. 178/2020, si intendono soddisfatti delle obbligazioni a carico delle singole aziende farmaceutiche e corrisposti a titolo definitivo con conseguente estinzione di diritto, per cessata materia del contendere, a spese compensate, ai sensi dell'articolo 1, comma 477, della legge n. 178/2020 di tutte le liti pendenti dinanzi al giudice amministrativo aventi ad oggetto i procedimenti di assegnazione dei budget e attribuzione degli oneri di ripiano per l'anno 2018"*³⁰⁴.

Con riferimento al *pay back* per acquisti diretti 2019, come rilevato dai Tavoli, il contenzioso è ancora pendente³⁰⁵.

In materia di accreditamento, si segnala che in ciascuno dei verbali esaminati è stata verificata con estrema puntualità la situazione dei singoli provvedimenti nonché il rapporto con gli erogatori privati della Regione, anche chiedendo il cronoprogramma con l'indicazione delle tempistiche per la conclusione delle procedure in itinere nonché aggiornamenti in merito all'avviamento e/o piena operatività dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA).

Questione delicata, poi, è certamente quella relativa al Monitoraggio relativo all'erogazione dei LEA. In considerazione all'emergenza pandemica che ha caratterizzato profondamente l'anno 2020 esercitando forti ripercussioni sui sistemi sanitari regionali, il Ministero della Salute sta procedendo alla definizione di un "sistema di monitoraggio" che consenta di misurare la capacità di resilienza e ripresa delle Regioni attraverso un set di indicatori di monitoraggio, calcolati in funzione dei 4 diversi

³⁰⁴ Nell'ambito della metodologia seguita dal Tavolo di verifica degli adempimenti, valida anche per le Regioni in Piano di rientro - come riportata nel verbale della riunione del 22, 25, 29 e 31 marzo, 1 e 9 aprile, 30 giugno, 1, 5, 6 e 7 luglio 2021 - ed in coerenza con quanto disposto dall'art. 20, lett. a), d.lgs. n. 118/2011, anche il pay-back per il superamento del tetto di spesa farmaceutica ospedaliera per l'anno 2018 viene ricompreso nell'ambito del concorso al rimborso delle spese sostenute dalle Regioni e Province autonome nell'anno 2020 per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale e altri beni sanitari inerenti all'emergenza sanitaria di cui al d.m. 16 luglio 2021 cit. (nei termini pubblicati da AIFA, Det. DG n. 272/2021. A tal fine, "le regioni e le province autonome procedono a liberare gli accantonamenti appostati sul Conto Economico 2020 effettuati in conseguenza del contenzioso relativo agli incassi per payback per acquisti diretti anno 2018 e affluiti durante l'anno 2020, come da comunicazioni di AIFA". V. anche supra nota 298 e "Il Monitoraggio della Spesa sanitaria - Rapporto n. 8", settembre 2021, cap. 2, par. 2.1 - Verifica dell'equilibrio annuale - Metodologia anno 2020, p. 65.

³⁰⁵ In merito al *pay back* farmaceutico relativo agli anni 2019 e 2020, si ricorda il disposto di cui all'art. 1, co. 286, l. n. 234/2021, come integrato dall'art. 26, co. 2-quater, d.l. n. 17/2022 convertito, con modificazioni, dalla L. 27 aprile 2022, n. 34: "le entrate di cui al pay back relativo all'anno 2019 oggetto di pagamento con riserva possono essere utilizzate dalle regioni e dalle province autonome per l'equilibrio del settore sanitario dell'anno 2021, ferma restando la compensazione delle stesse a valere sul fabbisogno sanitario nazionale standard dell'anno in cui il pagamento con riserva è definito, qualora di entità inferiore. Per il pay back relativo all'anno 2020 le disposizioni di cui al presente comma si applicano nei limiti di quanto effettivamente versato dalle aziende farmaceutiche alla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto-legge 27 gennaio 2022, n. 4". Il legislatore riconosce, dunque, la possibilità di iscrivere per l'equilibrio 2021 il *pay back* farmaceutico relativo agli anni 2019 e 2020 (quest'ultimo fino alla data di conversione del d.l. n. 4/2022) senza appostare accantonamenti.

periodi di contenimento della pandemia: A) Fase pre-pandemia (1 gennaio 2020 - 19 febbraio 2020); B) Prima ondata (20 febbraio 2020, primo caso di Covid-19 trasmesso in Italia identificato - 3 maggio 2020); C) Fase rallentamento delle restrizioni (4 maggio 2020 prima fase di riapertura dal *lockdown* - 30 settembre 2020); D) Seconda ondata (1 ottobre 2020 - 31 dicembre 2020). Il Sistema prevede la valutazione dell'impatto della pandemia sulla variabilità degli indicatori di monitoraggio, analizzandone le relazioni intercorrenti con gli indicatori di contesto, quali l'eccesso di mortalità e le percentuali di occupazione dei posti letto in area medica e terapia intensiva.

L'osservazione contabile delle risorse Covid non può, comunque, che partire dal risultato di esercizio complessivo del CE 2020 come rideterminato dai Tavoli tecnici seguendo la metodologia³⁰⁶ di verifica del rispetto delle previsioni di cui al d.lgs. n. 118/2011, al netto delle coperture predisposte dalla Regione.

**Tabella 60 - Risultati di esercizio rideterminati da Tavoli tecnici prima delle coperture
Anni 2018-2021 - Regioni in piano di rientro**

Regioni	2018 Risultato di esercizio rideterminato da Tavoli tecnici prima delle coperture	2019 Risultato di esercizio rideterminato da Tavoli tecnici prima delle coperture	2020 Risultato di esercizio rideterminato da Tavoli tecnici prima delle coperture	2021 Risultato di esercizio IV Trimestre - da Monitoraggio MEF/Rapporto n. 9 ⁽¹⁾
Lazio ⁽²⁾	6,38	108,38	84,33	-90,70
Abruzzo	0,09	-12,22	-15,35	-0,70
Molise ⁽³⁾	-29,63	-94,00	-41,25	-56,00
Campania	33,33	31,71	25,42	1,90
Puglia	-53,82	-38,39	-24,17	-132,70
Calabria ⁽⁴⁾	-197,87	-225,42	-123,34	26,50
Regione siciliana	0,00	0,90	0,00	0,50
Totale Regioni in p.d.r.	-241,52	-229,03	-94,36	-251,20

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati tratti dai verbali dei Tavoli tecnici sanità; importi in milioni di euro

⁽¹⁾ I Risultati di esercizio relativi all'esercizio 2021 sono a IV trimestre e, per l'indisponibilità dei relativi verbali al momento della redazione della presente Relazione, sono stati tratti dal documento del Ministero dell'Economia e delle Finanze "Il Monitoraggio della Spesa sanitaria - Rapporto n. 9", ottobre 2022, tab. 1.4.

⁽²⁾ Nel documento del Ministero dell'Economia e delle Finanze "Il Monitoraggio" cit, Rapporto n. 9", si evidenzia che al IV trimestre 2021 "è necessario nuovamente il conferimento di tutte le manovre fiscali obbligatoriamente destinate a garanzia dell'equilibrio, come rideterminate nella riunione del 26 luglio 2018, e che pertanto non possono essere svincolate".

Si evidenzia, inoltre, che il risultato di esercizio del 2020 è stato oggetto di parifica con riserva da parte della Sezione regionale di controllo (del. n. 109/2021/PARI).

⁽³⁾ Con riguardo alla Regione Molise si rappresenta che, relativamente all'esercizio 2020, oltre al disavanzo di cui in tabella pari a -41,25 mln, vi è una perdita 2019 e precedenti non coperta pari a -83,305, portata a nuovo sull'anno 2020, determinata da mancati impegni di manovre fiscali anni d'imposta 2018 e precedenti.

⁽⁴⁾ Anche per la Regione Calabria, oltre al disavanzo 2020 di cui in tabella (-123,34 mln), deve considerarsi quello non coperto 2018 e 2019 pari a -111,811, portato a nuovo sull'anno 2020. Il consuntivo dell'esercizio 2018 della Regione Calabria è stato rideterminato nel 2020, cfr. verbale di ottobre 2020.

³⁰⁶ Per avere puntuale cognizione della metodologia seguita dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali, si rinvia alla pubblicazione del Ministero dell'Economia e delle Finanze, "Il Monitoraggio della Spesa sanitaria - Rapporto n. 8", settembre 2021, cap. 2, par. 2.1 - Verifica dell'equilibrio annuale - Metodologia anno 2020, pp. 50 e ss. e par. 6.2 - Decreto legislativo n. 118/2011, pag. 175 e ss. Per l'anno 2021, cfr. "Il Monitoraggio della Spesa sanitaria - Rapporto n. 9", ottobre 2022, cap. 2, par. 2.1, Verifica dell'equilibrio annuale - Metodologia anno 2021, pag. 53 e ss.

Si segnala, altresì, che, affinché gli utili degli enti del SSR possano concorrere a determinare il risultato di esercizio, occorre che la Regione renda noto a tali enti in utile, tramite un espresso atto formale, che intende disporre del risultato positivo d'esercizio in eccedenza destinandolo alla copertura delle perdite dell'intero SSR con l'indicazione del relativo importo (cfr. art. 30, d.lgs. n. 118/2011). In mancanza di un tale provvedimento regionale, il Tavolo determinerà il risultato d'esercizio del SSR al netto degli utili degli enti del SSR, cfr. Del. n. 13/SEAUT/2019/FRG, par. 4.1.2, L'istruttoria del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali.

**Tabella 61 - Risultati di esercizio rideterminati da Tavoli tecnici prima delle coperture
Anni 2018-2021 - Regioni non sottoposte a piano di rientro**

Regioni	2018 Risultato di esercizio rideterminato da Tavoli tecnici prima delle coperture	2019 Risultato di esercizio rideterminato da Tavoli tecnici prima delle coperture	2020 Risultato di esercizio rideterminato da Tavoli tecnici prima delle coperture	2021 Risultato di esercizio IV Trimestre - da Monitoraggio MEF/Rapporto n. 9 ⁽¹⁾
Lombardia	6,04	6,33	11,02	149,50
Veneto	13,12	13,34	2,20	71,30
Liguria ⁽²⁾	-51,56	-53,75	0,00	-42,30
Emilia-Romagna ⁽³⁾	0,23	0,22	0,35	0,40
Toscana ⁽⁴⁾	-18,00	-12,88	-93,46	-145,70
Umbria	0,73	0,11	0,03	0,10
Marche	0,67	0,54	0,29	11,40
Basilicata ^{(2) (5)}	0,35	-4,24	4,30	11,00
Piemonte	-8,50	9,45	48,32	20,90
Totale Regioni monitorate	-56,91	-40,88	-26,96	76,60

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati tratti dai verbali dei Tavoli tecnici sanità; importi in milioni di euro

⁽¹⁾ I Risultati di esercizio relativi all'esercizio 2021 sono a IV trimestre e, per l'indisponibilità dei relativi verbali al momento della redazione della presente Relazione, sono stati tratti dal documento del Ministero dell'Economia e delle Finanze "Il Monitoraggio della Spesa sanitaria - Rapporto n. 9", ottobre 2022, tab. 1.4.

⁽²⁾ Con riguardo alle Regioni Liguria e Basilicata, si segnala che per l'anno 2020, sulla base delle verifiche condotte dal Tavolo di verifica degli adempimenti nel corso delle riunioni, rispettivamente del 22 novembre e 15 dicembre 2021, le stesse sono state valutate adempienti con ritardo relativamente alle previsioni di cui all'art. 3, co. 7 d.l. n. 35/2013, come modificato dall'art. 117, co. 3, d.l. n. 34/2020, non avendo erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2020, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2020 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale.

Le risorse residue al 31/12/2020 sono state trasferite agli enti del SSR secondo la seguente tempistica:

- nel caso della Regione Liguria, 3,067 mln di euro a gennaio 2021 e 0,483 mln di euro ad aprile 2021 (le risorse residue al 31.12.2020 erano pari a 3,549 mln);

- nel caso della Regione Basilicata, 6,275 mln di euro entro il mese di marzo del 2021 e per 0,763 mln di euro ad aprile 2021 (le risorse residue al 31/12/2020 erano pari a 7,038 mln di euro).

⁽³⁾ Con riguardo alla Regione Emilia-Romagna, il Tavolo ministeriale ha evidenziato come tutte le aziende, con l'eccezione di una, presentano una perdita netta portata a nuovo: il conto consolidato della Regione presenta una perdita netta portata a nuovo pari a 299,77 mln di euro, la più alta in valore assoluto tra i servizi sanitari regionali. Nella riunione del 24 novembre 2021, il Tavolo ha rinnovato, ancora una volta, la richiesta di un programma finalizzato all'azzeramento delle perdite pregresse: la richiesta di accelerare la ricapitalizzazione delle perdite pregresse non coperte è stata formulata più volte dal Tavolo tecnico (sin dalla riunione del 24 marzo 2015), "sulla base della ricapitalizzazione prevista dalla Regione (20 mln di euro annui), saranno necessari altri 15 anni per l'azzeramento della perdita da ammortamenti non sterilizzati pregressi" (riunione del 24 novembre 2021 - all. 2 - Stato patrimoniale 2020).

Nel corso della citata riunione di novembre 2021, è stata altresì ribadita l'ingente esposizione per mutui passivi di questa Regione che, pur se in diminuzione, "è seconda nel SSN in termini assoluti ed è pari al 38% del totale del SSN".

In sede di riunione per l'esame del IV trimestre 2021, nel documento del Ministero dell'Economia e delle Finanze "Il Monitoraggio" cit. viene evidenziata la necessità da parte della Regione di un approfondimento sulla sostenibilità strutturale dei costi incrementali di cui si è aggravato il SSR, "stante anche la non strutturale di talune entrate registrate nell'ultimo biennio e il rilevante smobilizzo di fondi accantonati, non ripetibile", richiamando, altresì, l'attenzione della Regione "sulla sostenibilità della struttura dei costi che la regione ha ritenuto di sostenere nel biennio 2020-2021, disponendo di adottare scelte strutturali, non coerenti con quanto previsto dal legislatore per la gestione dell'emergenza, per sua natura non strutturale".

⁽⁴⁾ hanno richiamato l'attenzione, in particolare osservando alcune partite patrimoniali: perdite nette portate a nuovo per -200,85 mln di euro; debiti per mutui passivi pari a 685,847 mln di euro, pari al "53% del valore iscritto dal SSN conseguente ad una politica di investimenti che non appare coerente con la sostenibilità del SSR"; debiti verso fornitori per 1.035,356 mln di euro (sui quali sono contabilizzate note di credito da ricevere per circa 48 mln di euro, anche se riferite quasi interamente all'anno 2020); debiti verso Istituto Tesoriere per 110,907 mln di euro, in diminuzione ma pari, comunque al 24% delle contabilizzazioni del SSN (cfr. riunione del 19 novembre 2021, all. 2 - Stato patrimoniale 2020).

Anche relativamente alla Regione Toscana, il Tavolo ha ricordato che si è in presenza di una delle più alte esposizioni regionali per mutui, rappresentando che il finanziamento di spese di investimento deve essere necessariamente commisurato alla sostenibilità del SSR stesso.

⁽⁵⁾ Con riguardo alla Regione Basilicata, si evidenzia che nei verbali del 17 settembre e 1° ottobre 2020, il risultato di gestione rideterminato dai Tavoli tecnici prima delle coperture dell'esercizio 2019 è pari a -4,237 mln di euro ma si dà conto anche di utili disponibili al 31/12/2018 portati a nuovo per +5,104 mln di euro e di un minor accantonamento pay back 2018 iscritto a insussistenza attiva per -0,245 mln. Nella tabella 1.4 de "Il Monitoraggio della Spesa sanitaria - Rapporto n. 9", lo stesso esercizio 2019 risulta pari a +0,6 mln di euro; in BDAP risulta +0,8 mln, cfr. cap. 9, tabella 70 di questa Relazione.

Tabella 62 - Risultati di esercizio rideterminati da Tavoli tecnici prima delle coperture
Anni 2018-2021 - Autonomie speciali

Regioni	2018 Risultato di esercizio rideterminato da Tavoli tecnici prima delle coperture	2019 Risultato di esercizio rideterminato da Tavoli tecnici prima delle coperture	2020 Risultato di esercizio rideterminato da Tavoli tecnici da Monitoraggio MEF/Rapporto n. 9	2021 Risultato di esercizio IV Trimestre - da Monitoraggio MEF/Rapporto n. 9 ⁽¹⁾
Valle d'Aosta	-20,45	-22,68	-18,60	-22,20
Provincia autonoma di Bolzano	-263,95	-237,67	-308,70	-361,80
Provincia autonoma di Trento	-198,48	-194,81	-190,00	-218,00
Friuli-Venezia Giulia	-97,94	-134,96	-10,30	-94,90
Sardegna	-205,69	-168,70	-84,90	-237,80
Totale RSS e P.A. (esclusa Regione siciliana)	-786,52	-758,82	-612,50	-934,70

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati tratti dai verbali dei Tavoli tecnici sanità; importi in milioni di euro

⁽¹⁾ Come per le altre Regioni, anche i risultati di esercizio relativi al 2021 sono a IV trimestre per l'indisponibilità dei relativi verbali al momento della redazione della presente Relazione. Peraltro, per le Regioni a statuto speciale (ad eccezione della Regione siciliana in piano di rientro, sottoposta, inoltre, al meccanismo premiale) e per le due Province autonome anche i verbali concernenti il consolidato 2020 sono indisponibili in quanto non ancora formalizzati dalla Ragioneria Generale dello Stato. Pertanto, sia l'esercizio 2020 (a consuntivo) sia il 2021 (a IV trimestre), sono stati tratti dal documento del Ministero dell'Economia e delle Finanze "Il Monitoraggio della Spesa sanitaria - Rapporto n. 9", ottobre 2022, tab. 1.4. Si riporta, altresì, quanto evidenziato dalla Ragioneria Generale nel "Monitoraggio" cit.: "L'eventuale disavanzo riportato in tabella per le regioni a statuto speciale e le province autonome, essendo stato determinato utilizzando la metodologia adottata dal 'Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali' per le regioni a statuto ordinario, non implica necessariamente un risultato di esercizio negativo rinveniente dalla lettura dei CE in quanto l'eventuale eccesso di spesa rispetto alla quota di finanziamento assegnata per l'erogazione dei LEA può trovare copertura mediante l'utilizzo di risorse proprie".

Tabella 63 - Dettaglio ricavi Covid iscritti nei singoli SSR* - CE COV 20 - Esercizio 2020

Regioni	Cod. AA0032 - Finanziamento indistinto finalizzato da Regione di cui ai decreti emergenziali nn. 18, 34 e 104/2020 (a)	Cod. AA0032 - Finanziamento indistinto finalizzato da Regione di cui all'Intesa Stato - Regioni n. 45/2021) (b)	Totale Cod. AA0032 (c = a + b)	Cod. AA0150 (extra fondo - vincolati) - Riparto Fondo art. 24, d.l. 41/2021 d.m. 16 luglio 2021 (d)	Cod. AA0170 (extra fondo - altro) Risorse erogate a Regioni e P.A. in relazione alle spese sostenute a seguito dell'emergenza sanitaria da Covid-19 d.m. 16 luglio 2021 (e)
Lazio	343,44	3,87	347,31	48,21	19,17
Abruzzo ⁽¹⁾	79,75	0,88	80,63	15,03	6,63
Molise	20,74	0,21	20,95	0,61	-
Campania ⁽²⁾	330,36	3,73	334,08	39,94	10,51
Puglia ⁽³⁾	235,93	2,65	238,58	19,80	-
Calabria ⁽⁴⁾	115,06	1,28	116,34	5,28	-
Regione siciliana	290,29	3,27	293,56	24,41	2,46

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati tratti dai verbali dei Tavoli tecnici sanità; importi in milioni di euro

*Le risorse sono state trasferite dallo Stato alle Regioni e da queste ultime ai rispettivi SSR.

⁽¹⁾ Nel verbale del 13 dicembre 2021 relativo alla Regione Abruzzo, i Tavoli hanno confermato la corretta iscrizione dell'importo nella voce AA0150 e la riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria operate sul bilancio regionale del 2021, prendendo atto che l'importo di cui al cod. AA0150 è stato interamente incassato, accertato e impegnato sul bilancio regionale 2021.

⁽²⁾ Nel verbale del 15 dicembre, viene chiesto alla Regione Campania di sistemare il CE COVID operando le necessarie riclassificazioni.

⁽³⁾ Con riguardo alla voce AA0170, nel CE COV della Regione Puglia sono iscritti 2,653 mln differentemente da quanto riportato nel d.m. 16 luglio 2021. A tale riguardo Tavolo e Comitato hanno ricordato che: "sulla base delle comunicazioni del Commissario straordinario per l'emergenza Covid, non risultano rimborsi a favore della Regione Puglia. Si chiedono chiarimenti sulla iscrizione sul Ce Covid dell'importo di 2,653 mln di euro alla voce AA0170 in quanto tale importo, riferito alle risorse di cui all'Intesa Stato Regioni n. 45/2021, iscritte alla voce AA0032 del CE consuntivo 2020, dovrebbe trovare analoga collocazione alla voce AA0032 del CE Covid".

⁽⁴⁾ Con riguardo alla Regione Calabria, nel verbale del 13 dicembre 2021 i Tavoli tecnici hanno rappresentato che le risorse di cui al d.m. 16 luglio 2021 (pari a 5,277 mln di euro) "scontano una rettifica contributi di 2,007 mln di euro per un importo netto di 3,270 mln di euro", chiedendo altresì al Commissario della Regione Calabria se la necessaria riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria del bilancio regionale è stata effettuata sul bilancio regionale dell'anno 2021 a valere sui finanziamenti dell'anno 2020. Il Commissario *ad acta* ha comunicato che "è in fase di chiusura la predisposizione dei provvedimenti di accertamento e impegno a valere sul bilancio regionale dell'anno 2021".

Tabella 64 - Risorse emergenziali di cui ai decreti nn. 18, 34 e 104/2020 – Esercizio 2020
Trasferimenti al 31.12.2020 da Regione a SSR ex art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013 e s.m.i.

Regioni	Risorse Covid trasferite da Stato (decreti nn. 18, 34 e 104/2020)	% trasferimento risorse Covid da Regione a SSR entro il 31/12/2020	Risorse covid trasferite da Regione ad Aziende del SSR	Risorse Covid rimanenti in GSA al 31/12/2020 *	Risorse Covid utilizzate da GSA	% Risorse erogate al SSR sul totale risorse assegnate	% Risorse rimanenti in GSA*
Lazio	343,44	100,00	175,04	168,40	-	50,97	49,03
Abruzzo	79,75	100,00	5,48	74,27	-	6,87	93,13
Molise ⁽¹⁾	20,74	100,00	15,87	4,87	-	76,50	23,50
Campania ⁽²⁾	328,81	100,00	163,72	165,09	-	49,79	50,21
Puglia ⁽³⁾	232,16	100,00	24,68	207,48	-	10,63	89,37
Calabria	115,06	100,00	37,22	77,84	-	32,34	67,66
Regione siciliana ⁽⁴⁾	290,29	100,00	0,00	290,29	-	0,00	100,00
Tot. Regioni in p.d.r.	1.410,25	100,00	422,00	988,25	-	29,92	70,08

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati tratti dai verbali dei Tavoli tecnici sanità; importi in milioni di euro

* Per risorse Covid rimanenti in GSA devono intendersi quelle non trasferite alle aziende né utilizzate per il pagamento di fornitori.

⁽¹⁾ Peraltro, nel verbale del 26 novembre 2021, i Tavoli tecnici hanno evidenziato che relativamente alla complessiva verifica di quanto previsto dall'art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013 come modificato dall'art. 117, co. 3, d.l. n. 34/2020, la Regione Molise risulta non aver rispettato la percentuale del 100% del trasferimento in quanto, entro il 31/12/2020, aveva erogato al proprio Servizio sanitario regionale il 99% di tutte le risorse incassate nell'anno 2020 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale.

⁽²⁾ Si segnala che, relativamente alle risorse Covid di cui ai decreti emergenziali nn. 18, 34 e 104/2020 trasferite dallo Stato alla Regione Campania, nel verbale del 15 dicembre 2021 si rilevano accertamenti ed incassi al 31/12/2020 pari a 330,358 mln di euro.

⁽³⁾ Con riguardo alle risorse Covid di cui in tabella (232,16 mln di euro), si rappresenta che le stesse sono da intendersi quali risorse effettivamente incassate dalla Regione Puglia al 31 dicembre 2020. Alla stessa data, risultano, invece, accertamenti per 235,926.

⁽⁴⁾ Anche nel caso della Regione Siciliana, i Tavoli hanno preso atto che, relativamente alla complessiva verifica di quanto previsto dall'art. 3, co.7, d.l. n. 35/2013 come modificato dall'art. 117, co. 3, d.l. n. 34/2020, le risorse sono state trasferite agli enti del SSR entro il mese di marzo 2021 valutando, pertanto la Regione adempiente, ancorché con ritardo.

Tabella 65 - Accantonamenti su finanziamento Covid – CE COV 20 – Esercizio 2020

Regioni	Cod. AA0032 Finanziamento Covid (dd.II. emergenziali nn. 18, 34 e 104 + Intesa SR n. 45/2021)	di cui Intesa n. 45/2021	Cod. BA2771 Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione per quota F.S. indistinto finalizzato	di cui Intesa n. 45/2021	% Accantonamenti su Finanziamento Covid
Lazio	347,31	3,87	132,42	3,87	38,13
Abruzzo ⁽¹⁾	80,63	0,88	0,26	0,26	0,33
Molise	20,95	0,21	10,89	0,21	51,96
Campania ⁽²⁾	334,08	3,73	216,35	0,10	64,76
Puglia	238,58	2,65	40,35	2,65	16,91
Calabria ⁽³⁾	116,34	1,28	79,84	1,28	68,63
Regione siciliana ⁽⁴⁾	293,56	3,27	113,05	1,60	38,51
Totale Regioni in p.d.r.	1.431,45	15,89	593,16	9,98	41,44

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati tratti dai verbali dei Tavoli tecnici sanità; importi in milioni di euro

⁽¹⁾ Nel verbale del 13 dicembre 2021, la Regione Abruzzo ha rappresentato di non aver provveduto ad accantonare le risorse assegnate dai decreti emergenziali per l'anno 2020 a seguito dell'utilizzo flessibile delle risorse correnti Covid. Gli accantonamenti rinvenibili di cui in tabella - pari a 0,263 mln di euro - sono solo quelli effettuati dalla ASL Lanciano-Vasto-Chieti a fronte delle risorse di cui alla d.g.r. n. 333 del 03/06/2021, "Riparto disponibilità finanziarie di cui all'art. 1, c. 413, legge 178/2020, ad incremento dei fondi contrattuali per le condizioni di lavoro della dirigenza medica e sanitaria dell'area della sanità e dei fondi contrattuali per le condizioni di lavoro e incarichi del personale del comparto sanità per l'anno 2020". Le restanti ASL hanno provveduto a rilevare tali somme tra i costi del personale quali incrementi dei fondi contrattuali, senza procedere all'accantonamento delle relative somme.

⁽²⁾ Per la Regione Campania, si segnala che 111,3 mln di euro rispetto ai 216,345 presenti nella voce BA2771, sono iscritti dalla GSA.

⁽³⁾ Con riguardo alla Regione Calabria, i Tavoli hanno chiesto espressamente al Commissario ad acta se l'importo di cui all'Intesa Stato-Regioni n. 45/2021, pari a 1,279 mln di euro, sia stato accantonato e se tali risorse siano state assegnate alle aziende ed iscritte ad incremento dei relativi costi. Il Commissario ad acta si è riservato un approfondimento. Nelle more della verifica da parte della Regione sul relativo accantonamento, i Tavoli ne hanno tenuto conto nel calcolo del risultato d'esercizio.

⁽⁴⁾ Nel verbale del 30 novembre 2021, la Regione siciliana ha confermato che l'importo di cui all'Intesa Stato-Regioni n. 45/2021 è stato accantonato per 1,6 mln di euro, mentre la restante parte è stata iscritta nei costi e assegnata alle aziende.

Tabella 66 - Totale Costo del personale CE 2020 e CE COV 20 (cod. BA2080) – Esercizio 2020

Regioni	CE Esercizio 2020 Totale Costo del personale cod. BA2080	Variazione esercizio 2020 su 2019 (mln di euro)	Variazione esercizio 2020 su 2019 %	CE COV 2020 Totale Costo del personale cod. BA 2080	Cod. BA2080 Incidenza % CE COV 20 su CE 2020
Lazio	2.782,83	166,98	6,38	161,96	5,82
Abruzzo ⁽¹⁾	780,07	13,63	1,78	25,30	3,24
Molise	168,34	-0,67	-0,40	3,05	1,81
Campania	2.721,96	131,82	5,09	88,31	3,24
Puglia	2.145,54	77,55	3,75	110,11	5,13
Calabria	1.112,63	-8,03	-0,72	29,39	2,64
Regione siciliana	2.822,74	53,47	1,93	92,86	3,29
Totale Regioni in p.d.r.	12.534,11	434,76	3,59	510,99	4,08

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati tratti dai verbali dei Tavoli tecnici sanità; importi in milioni di euro

⁽¹⁾ Nel verbale della riunione con la Regione Abruzzo si legge che dall'allegato Ce Cov risultano 25,303 mln di euro di costi del personale riferiti all'emergenza Covid, associati ai decreti-legge Covid per 17,587 mln di euro, ai Fondi europei per 7,131 mln di euro e ad altro per 0,586 mln di euro.

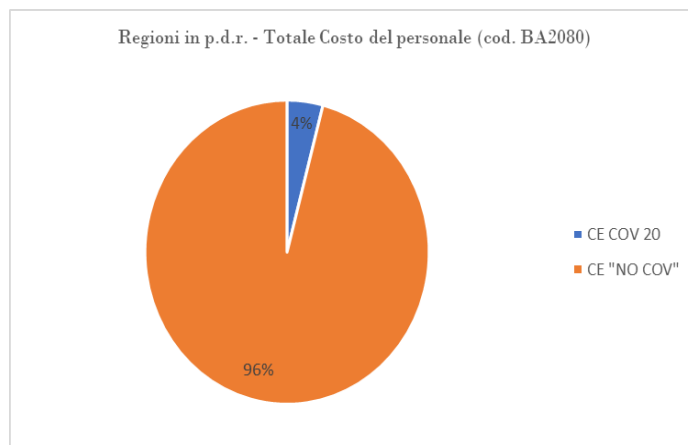
Tabella 67 - (B.2.A.15) Consulenze, collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie CE 2020 e CE COV 20 (cod. BA1350) * – Esercizio 2020

Regioni	CE Esercizio 2020 cod. BA1350	Variazione CE esercizio 2020 su 2019 (mln di euro)	Variazione CE esercizio 2020 su 2019 %	CE COV 20 cod. BA1350	Cod. BA1350 Incidenza % CE COV 20 su CE 2020
Lazio	144,24	13,49	10,31	17,47	12,11
Abruzzo	52,73	15,16	40,36	13,75	26,08
Molise ⁽¹⁾	9,99	2,40	31,65	5,01	50,12
Campania	197,40	7,46	3,93	20,78	10,53
Puglia	56,15	15,62	38,54	16,03	28,54
Calabria	9,05	1,88	26,30	2,36	26,05
Regione siciliana	104,62	21,43	25,77	33,11	31,65
Totale Regioni in p.d.r.	574,16	77,44	15,59	108,51	18,90

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati tratti dai verbali dei Tavoli tecnici sanità; importi in milioni di euro

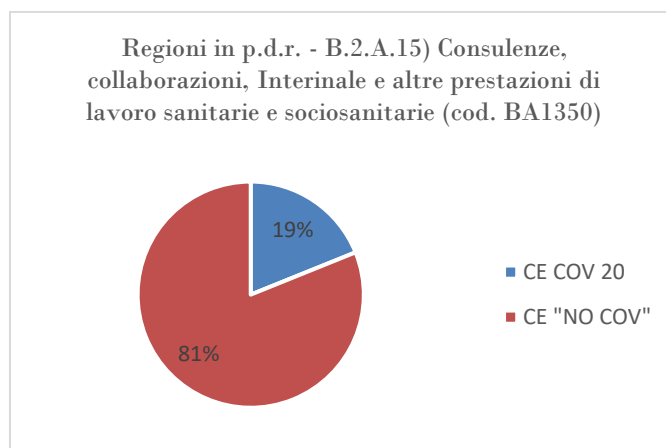
* La voce BA1350 - B.2.A.15) Consulenze, collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie, è una delle voci che compongono la voce di costo BA0400 - B.2.A.) Acquisti servizi sanitari.

⁽¹⁾ Relativamente alla Regione Molise, nel verbale si precisa che il costo attribuibile all'emergenza Covid, pari a 5,006 mln di cui in tabella, 0,065 mln sono stati chiesti a rimborso alla Protezione civile.

Grafico 7 – Regioni in piano di rientro – Totale costo del personale Esercizio 2020

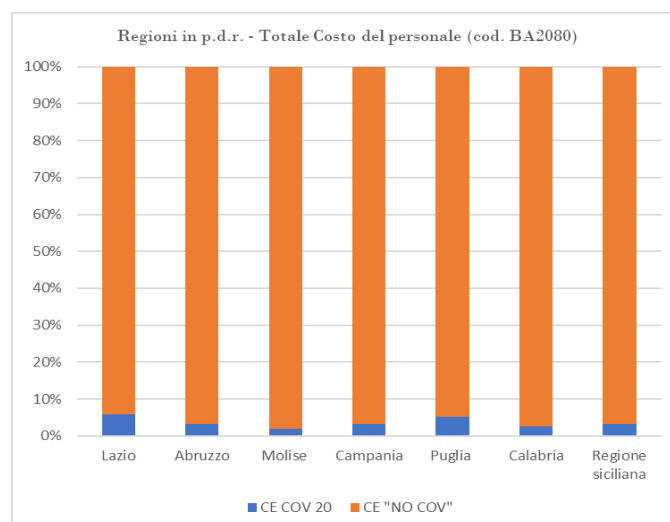
Fonte: Tavoli tecnici in materia sanitaria ed elaborazione Corte dei conti

Grafico 8 – Regioni in piano di rientro – Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie Esercizio 2020



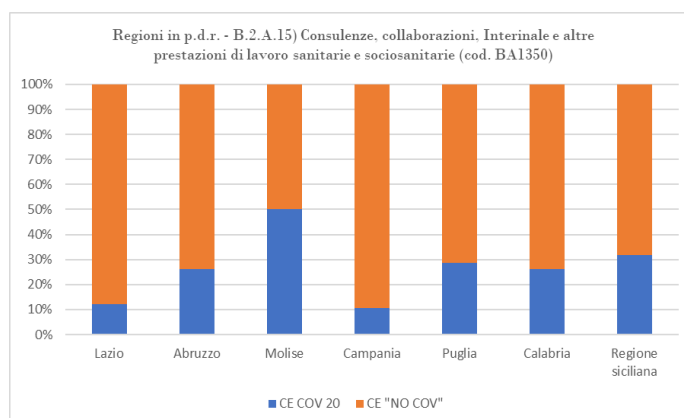
Fonte: Tavoli tecnici in materia sanitaria ed elaborazione Corte dei conti

Grafico 9 – Regioni in piano di rientro – Totale costo del personale Esercizio 2020 per Regioni



Fonte: Tavoli tecnici in materia sanitaria ed elaborazione Corte dei conti

Grafico 10 – Regioni in piano di rientro – Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie Esercizio 2020 per Regioni



Fonte: Tavoli tecnici in materia sanitaria ed elaborazione Corte dei conti

Tabella 68 - (B.2.A.15.3) Consulenze, collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie da privato*: cod. BA1390 – BA1400 – BA1410 e BA1440 (dettaglio di cod. BA1380) – Esercizio 2020

Regioni	cod. BA1390 B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - art. 55, co. 2, CCNL 8 giugno 2000			cod. BA1400 B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato			cod. BA1410 B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e sociosanitarie da privato			cod. BA1440 B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria		
	Anno 2020	Variazione 2020 su 2019 (mln di euro)	Variazione 2020 su 2019 %	Anno 2020	Variazione 2020 su 2019 (mln di euro)	Variazione 2020 su 2019 %	Anno 2020	Variazione 2020 su 2019 (mln di euro)	Variazione 2020 su 2019 %	Anno 2020	Variazione 2020 su 2019 (mln di euro)	Variazione 2020 su 2019 %
Lazio	18,01	9,19	104,24	25,05	2,65	11,81	20,14	2,35	13,20	20,87	1,50	7,72
Abruzzo	8,05	0,33	4,32	0,56	0,52	1.485,71	5,28	5,19	5.834,83	3,54	-0,65	-15,44
Molise	3,19	-0,71	-18,20	5,03	4,25	541,71	0,02	-0,37	-95,15	1,68	-0,71	-29,84
Campania	52,44	8,98	20,65	11,18	0,49	4,60	30,28	7,20	31,19	13,87	4,85	53,84
Puglia	21,56	8,68	67,35	1,93	1,32	213,13	5,53	2,59	88,10	11,66	5,49	89,09
Calabria	0,16	0,13	582,61	0,12	-0,12	-48,12	2,59	1,51	140,47	1,46	0,83	131,49
Regione siciliana	7,58	1,78	30,58	4,39	1,69	62,77	23,75	12,60	112,97	28,70	8,42	41,50
Totale Regioni in p.d.r.	110,99	28,38	34,13	48,26	10,80	29,21	87,59	31,07	54,97	81,79	19,73	31,79

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati tratti dai verbali dei Tavoli tecnici sanità; importi in milioni di euro

* La voce BA1380 – B.2.A.15.3) Consulenze, collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie da privato, è una delle tre voci che compongono il costo BA1350 - B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie. Nell'ambito del costo BA1380, la presente tabella espone solo le voci rinvenute nei verbali esaminati. Per il dettaglio di tali voci, peraltro, non è stato possibile conoscere il dato imputabile all'emergenza di cui al CE COV 20.

Di seguito si riportano i passi salienti dei verbali pervenuti, concernenti le riunioni del periodo novembre-dicembre 2021 con le Regioni in piano di rientro, che fotografano alcune delle criticità più rilevanti e spesso ricorrenti.

8.3 Regione Lazio

La riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza per la Regione Lazio si è tenuta il 16 novembre 2021. I dati di consuntivo 2020 sono stati trasmessi dalla Regione al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) il 22 ottobre 2021.

Nel corso della riunione si è esaminato - tra l'altro - il risultato di gestione consuntivo 2020 e la contabilità Covid. Si riportano a seguire alcuni stralci del verbale dal quale risulta che la Regione Lazio presenta un risultato di gestione Consuntivo 2020, prima delle coperture, in avanzo, pari a 84,33 mln di euro.

Gli accantonamenti effettuati sul Conto economico consuntivo 2020 sono pari a 132,417 mln di euro, a fronte di un finanziamento Covid di 347,310 mln di euro, comprese le risorse dell'Intesa Stato-Regioni n. 45/2021 (38% del finanziamento Covid).

Al 31 dicembre 2020 risultano erogati al Servizio sanitario regionale (SSR) 175,035 mln di euro con decreti-legge Covid, pari a circa il 51% delle risorse Covid assegnate alla Regione, mentre 168,402 mln di euro di risorse Covid non sono state trasferite alle aziende né utilizzate per il pagamento dei fornitori della Gestione sanitaria accentrata (GSA): complessivamente, al 31 dicembre 2020 sono presenti sulla GSA 910,911 mln di euro. A tale riguardo, i Tavoli hanno rinnovato la richiesta di aggiornamenti sul trasferimento delle somme residue in GSA.

Tra i contributi *extra* fondo nel corso della riunione è stato evidenziato:

- con riguardo alla voce AA0150 (*extra* fondo - vincolati), che questa accoglie anche i 48,210 mln di euro relativi al riparto di cui al d.m. 16 luglio 2021 e che tali risorse sono state contabilizzate dalle aziende per 25,4 mln di euro e dalla GSA per 22,8 mln di euro;
- che nell'ambito della voce AA0170 (*extra* fondo - altro) sono rinvenibili le risorse legate ad interventi adottati per emergenza sanitaria Covid e cioè 19,172 mln di euro di risorse ricevute dal Commissario Straordinario di cui al d.m. 16 luglio 2021 e 79,093 mln di euro di risorse finanziarie Fondi europei POR FESR Lazio 2014-2020;
- che la voce AA0080 - Contributi da Regione *extra* fondo risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA - è valorizzata per 45,546 mln di euro ed è iscritta dalla GSA a valere sulle risorse di cui alla leva fiscale dell'anno d'imposta 2021, preordinate per l'equilibrio

dell'anno 2020. Nel corso dell'esame del IV trimestre 2020, i Tavoli avevano consentito lo sblocco di 45 mln di euro a valere sui 91,091 mln obbligatoriamente destinati all'equilibrio in coerenza con le valutazioni effettuate da Tavolo e Comitato nella riunione del 26 luglio 2018: avendo la Regione iscritto un importo minore di quello atteso rispetto allo svincolo di 45 mln di euro, la stessa è stata sollecitata a rispettare le indicazioni dei Tavoli in materia di svincolo delle manovre fiscali.

In merito alla voce relativa al costo del personale, è stato sottolineato che *“Gli effetti dell'incremento delle assunzioni del personale a tempo determinato è riconducibile all'emergenza sanitaria in corso per fronteggiare la diffusione del Covid, riconducibili agli stanziamenti economici finalizzati alla loro assunzione con i decreti legge n. 14/20201, n. 18/2020 e n. 34/2020”, mentre “L'incremento del personale medico a tempo indeterminato è riconducibile al completamento delle procedure assunzionali attivate anche nel 2019 e che si sono concluse nel corso del 2020, nonché a incrementi del costo del personale riconducibili all'emergenza Covid”.*

Significativa appare la notazione secondo cui *“il FSR sta anticipando di cassa sia la copertura della legge n. 210/1992 che gli incentivi al personale oltre che i fondi europei. Richiamano la circostanza che, in merito agli incentivi sul personale, 6,4 mln di euro sono stati oggetto di impegno sull'anno 2021 da parte del bilancio regionale e, pertanto, la loro iscrizione non è assentibile in competenza 2020. Si ricorda inoltre che tale finanziamento di 6,4 mln di euro, che deve essere iscritto sullo stato patrimoniale 2021, si sostanzia più correttamente in un contributo per copertura perdite 2020 sullo stato patrimoniale 2021. Si richiama quanto valutato in merito sul risultato di gestione 2020”,* sollecitando la Regione alla restituzione della cassa al SSR.

Dal verbale si evince che la Regione Lazio ha rispettato per l'anno 2020 il limite del 100% previsto dall'art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013, come modificato dall'art. 117, co. 3, d.l. n. 34/2020, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2020, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2020 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale.

Come ricordato, al 31 dicembre 2020 erano presenti 910,911 mln di euro sulla GSA, di cui 168,402 di risorse Covid, in merito al cui trasferimento i Tavoli hanno chiesto di essere aggiornati.

Con riguardo ai tempi di pagamento, nel 2020 è stato evidenziato un ritardo nei pagamenti delle ASL di Viterbo, Frosinone e Latina, confermato per le ASL di Latina e di Frosinone anche al III trimestre 2021, ed in particolare il peggioramento della situazione nella Asl di Frosinone. Tavolo e Comitato hanno invitato la Regione ad attivarsi affinché vi sia il conseguimento del rispetto della normativa europea sui tempi di pagamento in tutte le aziende e richiamano le sanzioni previste dalla normativa vigente.

In sede di riunione, la Regione è stata, altresì, invitata ad implementare l'utilizzo della Piattaforma dei crediti commerciali (PCC), in special modo su taluni Enti del SSR per i quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto risultano ancora troppo bassi. Risulta sulla PCC che nel 2020 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 42 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a - 17 giorni. Tali valori risultano confermati anche nel periodo 1° gennaio - 30 settembre 2021.

Importante la situazione evidenziata dai Tavoli in materia di fondi di dotazione aziendali, laddove, pur prendendo atto del lavoro svolto, al 31 dicembre 2020 sono stati rilevati fondi di dotazione aziendali negativi pari a 796,753 mln di euro. Alla Regione è stato chiesto di risolvere tale criticità accelerando la ricapitalizzazione dei fondi in oggetto.

Con riguardo alle note di credito, il verbale evidenzia che i Tavoli restano in attesa di aggiornamenti in merito allo stato di recupero delle stesse atteso il fatto che il mancato recupero è suscettibile di determinare un rilevante rischio sui conti.

Con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro, ed in particolare alla nuova programmazione 2021-2023 della rete ospedaliera ai sensi del d.m. n. 70/2015, è stato sottolineato come i Tavoli siano in attesa di chiarimenti e integrazioni sul documento presentato dalla Regione, ai fini dell'istruttoria di valutazione da parte del Tavolo d.m. n. 70/2015, nonché al fine di procedere alla definitiva approvazione del Piano di Edilizia Sanitaria *ex art.* 20, l. 11 marzo 1988, n. 67, adottato dalla Regione con DCA n. 80 del 19/06/2020 (prot. 65/2020).

8.4 Regione Molise

La riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza per la Regione Molise si è tenuta il 26 novembre 2021. La struttura commissariale³⁰⁷ ha inviato a NSIS i dati relativi al consuntivo 2020 in data 14 ottobre 2021.

Nel corso della riunione convocata per la valutazione del risultato d'esercizio relativo al Consuntivo 2020 e per l'esame dello Stato patrimoniale dell'anno 2020, è stata altresì verificata l'attuazione del piano di rientro, nonché lo stato dei trasferimenti delle risorse al Servizio sanitario regionale, i tempi di pagamento e la fatturazione elettronica, dando conto di quanto previsto dall'art. 18 del d.l. n. 18/2020. In premessa, è stato richiamato il disposto di cui all'art. 1, co. 605, l. 23 dicembre 2014, n. 190 al fine di valutare la possibilità di procedere con l'erogazione del restante 20% del contributo statale ivi previsto, e pari complessivamente a 40 mln di euro, per la definitiva chiusura delle perdite pregresse. Si ricorda

³⁰⁷ In data 5 agosto 2021 il Consiglio dei ministri, viste le dimissioni del Commissario ad acta dott.ssa Degrossi, ha deliberato di nominare il dott. Donato Toma quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR molisano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii., confermando i contenuti del mandato commissariale affidato con deliberazione del 31 marzo 2021.

che l'erogazione è condizionata all'effettiva attuazione del Programma Operativo Straordinario 2015-2018 (POS 2015-2018) da verificare a cura dei Tavoli tecnici e secondo le modalità stabilite al punto 6 dell'Accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2016.

Nel corso dell'incontro congiunto, Tavolo e Comitato, in considerazione di quanto rappresentato dal Commissario in merito alla volontà di procedere alla restituzione delle risorse dal bilancio regionale al SSR al fine di supportarne la disponibilità di cassa ed in considerazione degli impegni effettuati dalla Regione sul bilancio pluriennale 2021-2023 (per complessivi 9 mln di euro sul totale di 13,61 mln dovuti) a restituzione della manovra fiscale anni 2016-2018, hanno ritenuto che possano essere erogati i residui 8 mln di euro a valere sul richiamato contributo statale, già completamente scontato per competenza negli anni precedenti. Il restante importo di 4,6 mln di euro (13,6 - 9), troverà copertura nel bilancio di previsione della Regione Molise relativo al triennio 2022-2024. I Tavoli tecnici hanno delegato i Ministeri affiancanti a valutare i provvedimenti a venire, ricordando che la restituzione delle risorse previste per il SSR rientra tra gli acta commissariali ed è uno dei necessari interventi da prevedere nel redigendo Programma operativo 2022-2024.

Ancora prima di esaminare la gestione 2020, in sede di riunione è stata aggiornata la valutazione in merito al consuntivo 2019, ribadendo la gravità della sequenza di eventi relativi alla "notoria" questione del "contenzioso con Inps"³⁰⁸ e la necessità di espungere dal CE consuntivo 2019 le relative rilevazioni in quanto non di competenza della gestione corrente del SSR ma della gestione liquidatoria a carico di risorse del bilancio regionale: alla data della riunione la struttura commissariale non aveva ancora provveduto alla rettifica richiesta.

La perdita 2019 e precedenti non coperta e portata a nuovo sull'anno 2020 - determinata da mancati impegni di manovre fiscali anni d'imposta 2018 e precedenti - è pari a -83,305 mln di euro.

³⁰⁸ La Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per il Molise (SRC Molise), in sede di parifica del rendiconto 2020, con deliberazione n. 80/2021/PARI del 12/11/2021, Vol. I pag. 201 e ss. ha scrutinato nel dettaglio la complessa vicenda che in ogni caso ha generato un debito complessivo pari a 111, 7 milioni, da estinguere entro il mese di ottobre 2030.

Gravità dovuta anche al fatto che, degli eventi di cui trattasi, né i Ministeri affiancanti né i Tavoli sono stati messi tempestivamente a conoscenza. A seguire, si riassumono brevemente i fatti. Successivamente agli eventi sismici che avevano colpito la Regione Molise tra i mesi di ottobre e di novembre del 2002, l'O.P.C.M. 29 novembre 2002, n. 3253 disponeva la sospensione del versamento dei contributi previdenziali e assistenziali per i soggetti aventi residenza o sede nelle Province di Campobasso e Foggia. L'ordinanza della protezione civile è stata poi interessata da importanti previsioni legislative, cfr. in particolare l'interpretazione della l. 24 febbraio 1992, n. 225 di cui al co. 1-bis, art. 6, d.l. 9 ottobre 2006, n. 263 come convertito dalla l. 16 dicembre 2006, n. 290.

La giurisprudenza di legittimità e di merito ha costantemente ritenuto che il datore di lavoro pubblico avesse l'obbligo di corrispondere da subito i contributi previdenziali ed i premi, anche per la quota a carico dei lavoratori, non operando nei suoi confronti alcuna sospensione. Sulla scorta di tale disposizione, nel 2010 l'INPDAP ha richiesto alle ex AA.SS.LL. n. 3 e n. 4 che la restituzione dei contributi previdenziali e assistenziali fosse effettuata non più in forma rateizzata, bensì in un'unica soluzione. Le ex AA.SS.LL. n. 3 e n. 4 (nel 2005 poste in liquidazione) hanno instaurato due distinte azioni giudiziali, definite sia in primo grado che in Corte di Appello con sentenze provvisoriamente esecutive di rigetto delle richieste, coltivate fino al giudizio di cassazione. Si ricorda, altresì che la Regione Molise è successore, ai sensi della legge regionale 01 aprile 2005, n. 9, delle disciolte aziende sanitarie.

Da ultimo, la Corte di cassazione, con Ordinanza n. 17631, del 1° luglio 2019, ha definitivamente rigettato il ricorso promosso dalla ex ASL 3 (è seguita la rinuncia al ricorso per cassazione da parte della ex ASL 4). Con avviso di addebito notificato in data 16 maggio 2019, l'INPS ha attivato la procedura di riscossione coattiva di un credito pari all'importo complessivo - tra contributi, interessi, sanzioni e oneri - di euro 86.787.203,11. Tenuto conto che l'Azienda sanitaria unica regionale (A.S.Re.M.) appare erroneamente destinataria dell'avviso di addebito ai sensi dell'art. 13 l.r. cit. n. 9/2005, e che ad essa non possono essere accollati i debiti e i crediti delle precedenti Aziende sanitarie che restano in capo alle gestioni liquidatorie e, per esse, alla Regione Molise, l'obbligo di pagamento non può che incombere su quest'ultimo Ente (cfr. Giudizio di Parificazione sul Rendiconto Generale della Regione Molise, es. 2019, del. n.79/2020/PARI, adunanza del 20 novembre).

Relativamente a tali mancati impegni, nel verbale è stato stigmatizzato il grave ritardo con cui sono state impegnate le risorse relative alla manovra fiscale obbligatoriamente destinata all'equilibrio del SSR, nonché gli ulteriori mancati impegni emersi con riferimento agli anni d'imposta 2018 e precedenti. Il disavanzo dell'esercizio 2020 rideterminato dal Tavolo prima delle coperture è pari a -41,25 mln di euro.

Anche con riguardo al consuntivo 2020, è stato nuovamente rilevato il grave ritardo con cui sono state impegnate le risorse relative alla manovra fiscale obbligatoriamente destinata all'equilibrio del SSR fino a richiamare la struttura commissariale ad attivarsi per assicurare da parte del bilancio regionale accertamenti e impegni immediati delle risorse destinate all'equilibrio del SSR ai sensi di quanto disposto dall'art. 20, co. 2-*bis*, d.lgs. n. 118/2011.

In considerazione del disavanzo già emerso in sede di verifica dei conti di IV trimestre 2020 (riunione del 13 luglio 2021) nonché delle perdite pregresse non coperte, è stato accertato il realizzarsi delle condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta 2021, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30, oltre che le altre sanzioni previste dalla legislazione vigente.

Nel riscontrare che la Regione Molise continua a far registrare rilevanti disavanzi di gestione annuali nonostante i cospicui aiuti finanziari ricevuti dalla Stato a corredo del Piano di rientro a partire dal 2007 e dalle altre Regioni con il contributo di solidarietà, Tavolo e Comitato hanno chiesto alla struttura commissariale di approntare tutte le misure necessarie a riportare la programmazione in pareggio.

Gli accantonamenti effettuati sul CE 2020 sono pari a 10,885 mln di euro, a fronte di un finanziamento Covid di 20,950 mln di euro, ivi comprese le risorse dell'Intesa Stato-Regioni n. 45/2021 (52% del finanziamento Covid).

Nel corso dell'analisi dello Stato patrimoniale è stata, altresì, richiamata l'attenzione sulla perdita pregressa netta non coperta di -151,743 mln di euro. Complessivamente, aggiungendo a tale perdita pregressa quella dell'anno 2020³⁰⁹, la perdita netta portata a nuovo al 31 dicembre 2020 è pari a -174,897 mln di euro. Al netto delle iscrizioni inerenti ai contributi INPS sospesi, oggetto di contenzioso e da riportare correttamente al di fuori della gestione del SSR essendo di pertinenza della gestione liquidatoria³¹⁰, la perdita è stata rideterminata dai Tavoli in -135,285 mln di euro.

Rilevante è, altresì, la dimensione delle note di credito da ricevere che risulterebbero peraltro non coperte da apposito fondo rischi, con il conseguente richiamo alla struttura commissariale al governo delle prestazioni rese dai privati accreditati. Per il pagamento delle prestazioni *extrabudget* alle strutture

³⁰⁹ Si fa presente che la perdita dell'anno 2020 considerata dai Tavoli è quella in parte coperta dalla stima del gettito da aumento delle aliquote Irap e addizionale Irpef sui livelli massimi, anno d'imposta 2021.

³¹⁰ Pari a 39,612 mln di euro.

private accreditate a diretta gestione della Regione sono stati utilizzati nuovamente fondi rischi senza che, peraltro, vi sia prima stata la sottoscrizione degli accordi contrattuali.

La mancanza di sottoscrizione degli accordi contrattuali - condizione necessaria per produrre a carico del servizio sanitario - contribuisce all'aumento del contenzioso nei confronti della struttura commissariale e della Regione ed è rivelatrice di una produzione *extra budget* non governata in maniera appropriata. A tale riguardo, i Tavoli si sono detti in attesa di aggiornamenti in merito allo stato di sottoscrizione dei contratti e alla gestione del contenzioso con riguardo agli erogatori privati accreditati, nonché di notizie in merito alla eventuale vendita della struttura Gemelli S.p.A.

Relativamente alle previsioni di cui all'art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013, come modificato dall'art. 117, co. 3, d.l. n. 34/2020, dal verbale si apprende che la Regione Molise non ha rispettato il limite del 100% stabilito in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2020, il 99% delle risorse incassate nell'anno 2020 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale³¹¹. Inoltre, risulta che al 31 dicembre 2020 residuavano complessivamente 36,666 mln di euro sulla GSA non trasferiti alle aziende e non utilizzati per i pagamenti dei fornitori per i quali i Tavoli hanno chiesto aggiornamenti richiamando la struttura commissariale al presidio dei tempestivi trasferimenti dal bilancio regionale delle risorse già incassate e destinate al SSR.

A partire dalle informazioni fornite dalla struttura commissariale, per il 2020, come per il 2021, è stato confermato il ritardo nel pagamento dei fornitori, in particolare da parte di Asrem.

Nel corso della riunione è stato, altresì, fatto presente che acquisendo le informazioni depositate sulla Piattaforma dei crediti commerciali (PCC), nel 2020 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 139 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a 69 giorni.

In conclusione, sono state espresse forti preoccupazioni in ordine alle rilevanti criticità che continuano a registrarsi nell'attuazione del Piano di rientro della Regione Molise, aggravate dalla gestione dell'emergenza sanitaria.

8.5 Regione siciliana

La riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza per la Regione siciliana si è tenuta il 30 novembre 2021. Il modello CE consolidato regionale è stato inviato al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) in data 19 novembre 2021.

³¹¹ Si rappresenta, altresì, che il trasferimento del 100% delle risorse di cui si dà atto alla tabella 64 si riferisce esclusivamente alle risorse emergenziali di cui ai decreti 18, 34 e 104/2020 pari a 20,74 mln di euro sul totale di risorse Stato/Regione incassate per 678,983 mln.

Prima di esaminare il risultato di esercizio Consuntivo 2020, i Tavoli si sono occupati di riscontrare gli impegni del bilancio regionale in merito al ripristino degli stanziamenti destinati al Servizio sanitario regionale (*cfr.* art. 113, l. R. Sicilia 15 aprile 2021, n. 9)³¹² e relativi: alla copertura della rata del c.d. mutuo sanità³¹³ - ribadendo che non può gravare sul finanziamento corrente del Servizio sanitario; al rimborso degli oneri derivanti dalle gestioni liquidatorie degli enti del SSR; alla reiscrizione dei perenti afferenti i crediti del SSR verso il bilancio regionale.

Relativamente al Conto consuntivo 2020, risulta dal verbale che la Regione siciliana presenta una situazione di equilibrio benché gravi impropriamente sul risultato di gestione l'onere della rata del prestito trentennale, pari a 75 mln di euro, per la quale la Regione non ha previsto la relativa copertura. Vengono registrati accantonamenti pari a 113,054 mln di euro, a fronte di un finanziamento Covid di 293,564 mln di euro, ivi comprese le risorse di cui all'Intesa Stato-Regioni n. 45/2021 (39% del finanziamento Covid): gli accantonamenti effettuati a valere sui finanziamenti definiti dai decreti-legge Covid sono finalizzati al completamento delle attività previste dai decreti-legge nazionali nel corso dell'anno 2021 (*cfr.* art. 26, cc. 1-4, d.l. n. 73/2021).

Con riguardo allo Stato Patrimoniale, nel rilevare che non vi sono perdite portate a nuovo, è stato confermato anche per l'anno 2020, il rilevante importo presente presso l'Istituto tesoriere, in aumento rispetto al precedente esercizio di 1.375,042 mln di euro che certamente rivela ritardi nell'erogazione delle risorse e nelle conseguenti regolazioni e pagamenti da parte delle aziende.

Dal verbale appare alta la dimensione delle note di credito da ricevere al 31 dicembre 2020 pari a 104 mln di euro: la tardiva emissione delle note di credito, riferite peraltro anche a periodi molto risalenti nel tempo, rappresenta un elemento di criticità nel governo del SSR da parte della Regione e delle proprie aziende sanitarie.

Nel corso della riunione è stato, inoltre, verificato che la Regione siciliana non ha rispettato il limite del 100% previsto dall'art. 3, co. 7, del d.l. n. 35/2013, come modificato, per l'anno 2020, dall'art. 117, co. 3, del d.l. n. 34/2020 in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2020, il 99% delle risorse incassate nell'anno 2020 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, delle risorse incassate per *pay back* farmaceutico e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento dello stesso. Residuavano da erogare al SSR 86,227 mln di euro. Peraltro, in seguito a quanto rappresentato dalla Regione - di aver cioè trasferito al SSR tutte le risorse di cui trattasi alla data del 31 marzo 2021 - i Tavoli hanno ritenuto la Regione adempiente ancorché con ritardo.

³¹² Disposizioni programmatiche e correttive per l'anno 2021. Legge di stabilità regionale, art. 113 - Ripristino autorizzazioni di spesa, in virtù del quale, a partire dal 2022, l'onere del mutuo sanità viene rimesso integralmente a carico del bilancio regionale.

³¹³ Prestito sottoscritto ai sensi dell'art. 2, co. 46, l. 24 dicembre 2007, n. 244 tra il Ministero dell'Economia e la Regione siciliana dell'importo annuo di 127,85 mln di euro.

Sempre dal verbale si apprende che, rispetto al totale dei pagamenti effettuati nel corso dell'anno 2020, il 29% delle fatture emesse in tale anno o in anni precedenti si riferisce a fatture pagate oltre i termini previsti dal d.P.C.M. 22 settembre 2014 benché si evidenzino miglioramenti rispetto agli anni precedenti in cui la percentuale era superiore al 30%.

In base ai valori forniti dalla Regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti dell'anno 2020, per la Regione siciliana nel suo complesso, ha fatto registrare un ritardo medio di 1 giorno, in miglioramento rispetto ai 9 giorni di ritardo dell'anno 2019 e ai 19 giorni di ritardo dell'anno 2018.

Nel corso della verifica, inoltre, la Regione è stata invitata ad implementare l'utilizzo della Piattaforma dei crediti commerciali (PCC), specialmente su alcuni enti del SSR per i quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto risultano ancora troppo bassi. Nel 2020 il "Tempo medio di pagamento ponderato" risulta pari a 58 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -3 giorni.

Con riferimento all'attuazione del Piano di rientro, i Tavoli hanno rilevato il persistere di criticità nelle coperture vaccinali chiedendo, a tal fine, maggiori informazioni sull'organizzazione e la distribuzione dei centri vaccinali sul territorio nonché sulle relative risorse umane dedicate. Anche con riguardo alla rete laboratoristica è stata reiterata la richiesta di conoscere nel dettaglio lo stato di avanzamento del processo di aggregazione delle strutture laboratoristiche private, nonché l'implementazione della rete laboratoristica pubblica ed aggiornamenti sullo stato di attuazione degli obiettivi previsti nel Programma Operativo 2019-2021 in materia.

Relativamente all'assistenza ospedaliera, Tavolo e Comitato, alla luce della produzione ospedaliera riportata nel verbale, sono rimasti in attesa di ricevere una relazione di approfondimento del contesto epidemiologico regionale nell'ambito delle diverse fasi pandemiche e delle relative misure organizzative adottate, evidenziandone le criticità.

Da ultimo, con riguardo alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale, nel corso della riunione la Regione è stata sollecitata ad inviare il provvedimento relativo, unitamente ai piani attuativi aziendali, nonché la relazione, più volte richiesta, sull'offerta territoriale presente sul territorio, per erogatore pubblico e privato accreditato, per tipologia di utenza, con il relativo *budget* assegnato e il dettaglio dei relativi volumi di attività svolta negli anni 2018, 2019 e 2020.

8.6 Regione Puglia

La riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza per la Regione Puglia si è tenuta il 3 dicembre 2021. I dati di consuntivo 2020 sono stati trasmessi dalla Regione al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) il 21 ottobre 2021.

Dal verbale si evidenzia che la Regione Puglia a conto consuntivo 2020, prima delle coperture, presenta un disavanzo di -24,171 mln di euro.

I decreti-legge dedicati all'emergenza Covid hanno assegnato alla Regione Puglia risorse correnti per complessivi 235,926 mln di euro. I Tavoli hanno preso atto dell'iscrizione in bilancio 2021 dell'importo di 2,653 mln di euro di cui all'Intesa Stato-Regioni n. 45 del 15 aprile 2021 e del relativo accantonamento, per un finanziamento Covid pari a complessivi 238,58 mln di euro. A seguito di quanto verificato dal competente Ministero della Salute, si registrano sul Consuntivo 2020 accantonamenti pari a 40,351 mln di euro, ivi compreso l'accantonamento di 2,653 mln di euro, di cui all'Intesa Stato-Regioni n. 45 del 15 aprile 2021 (17% del finanziamento Covid).

In sede di riunione sono stati chiesti chiarimenti sull'alta dimensione delle note di credito da ricevere, pari a 332 mln di euro e in peggioramento di 5 mln di euro rispetto al 2019 rilevando che la mancata ricezione delle note di credito costituisce elemento di rischio: *“la tardiva emissione delle note di credito, riferite peraltro anche ad anni abbondantemente decorsi, rappresenta un elemento di criticità nel governo del SSR da parte della regione e delle proprie aziende sanitarie. Ricordano che la mancata ricezione delle note di credito costituisce elemento di rischio suscettibile di comportare la rideterminazione del risultato di gestione”*.

Risulta dal verbale che la Regione Puglia ha rispettato il limite del 100% previsto dall'art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013, come modificato dall'art. 117, co. 3, d.l. n. 34/2020, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2020, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2020 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio SSR. La Regione ha dato conferma che le somme residue presenti al 31 dicembre 2020 in GSA (pari a 571,691 mln di euro) sono state per la maggior parte utilizzate.

A livello regionale, la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal d.P.C.M. 22 settembre 2014, al 31 dicembre 2020, risulta pari al 29%, permanendo, peraltro criticità in diverse aziende sanitarie.

In base ai valori forniti dalla Regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti per l'anno 2020 per la Regione Puglia nel suo complesso, ha fatto registrare un valore negativo di -4 giorni medi evidenziando un andamento in miglioramento rispetto agli anni precedenti.

Nel 2020 il “Tempo medio di pagamento ponderato” risulta pari a 57 giorni, il “Tempo medio di ritardo ponderato” a -3 giorni. La Regione è stata invitata ad implementare l'utilizzo della Piattaforma dei crediti commerciali (PCC), specialmente con riguardo a quegli enti del SSR per i quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto risultano ancora troppo bassi.

Nel documento del Ministero dell'Economia e delle Finanze “Il Monitoraggio” cit, Rapporto n. 9, relativamente alle valutazioni dei Tavoli tecnici rispetto al risultato di esercizio 2021 - IV trimestre, si

sottolinea per la Regione Puglia un livello strutturale di costi non compatibile con la sostenibilità del SSR, né coerente con il fabbisogno e con le risorse a disposizione.

8.7 Regione Abruzzo

La riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza per la Regione Abruzzo si è tenuta il 13 dicembre 2021. I dati di consuntivo 2020 sono stati trasmessi dalla Regione al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) il 12 ottobre 2021.

Dal verbale si evidenzia che la Regione Abruzzo a conto consuntivo 2020 presenta, prima delle coperture, un disavanzo di -15,349 mln di euro.

Si segnala, in particolare che la voce AA0170 – “Contributi da altri soggetti pubblici (*extra* fondo) altro” è valorizzata per 15,141 mln di euro, in incremento di 15,140 mln di euro rispetto al 2019, e accoglie anche 8 mln di euro quali contributi iscritti dalle aziende e relativi ai fondi di cui al “POR FSE ABRUZZO 2014-2020 –ASSE II- Priorità d’Investimento 9.iv- Obiettivo Specifico 9.3. Azione Supporto Al Personale Ospedaliero Per Il Trattamento Dei Pazienti Con Covid-19”³¹⁴.

La Regione ha riferito che con tali fondi le aziende hanno corrisposto le premialità al personale di cui all’art. 1, co. 2, d.l. 18/2020. In proposito i Tavoli hanno chiesto aggiornamenti in merito alla conclusione del procedimento con l’UE nonché approfondimenti sulla corretta rappresentazione nel CE-COV di tali costi atteso che risultano alimentate anche le voci del personale interinale per i quali non è previsto il riconoscimento delle suddette premialità.

I Tavoli, con riguardo alla gestione Covid, hanno chiesto una tabella sinottica che ricollegli le assunzioni e le prestazioni aggiuntive Covid ai relativi costi e finanziamenti al fine di poter compiutamente definire, oltre all'utilizzo delle risorse Covid, il computo in modo univoco della spesa del personale di cui all’art. 11 del citato d.l. n. 35/2019, raccomandando il contestuale aggiornamento del Piano Triennale dei fabbisogni di personale in considerazione delle unità di personale assunto sia a tempo determinato che indeterminato per le annualità 2020 e 2021.

Dal verbale risulta che la Regione Abruzzo ha rispettato il limite del 100% previsto dall’art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013, come modificato dall’art. 117, co. 3, d.l. n. 34/2020 in quanto ha trasferito al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2020, il 100% delle risorse incassate nell’anno 2020 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, delle risorse incassate per *pay back*

³¹⁴ Nella voce AA0170 sono iscritte, come di consueto, anche le risorse relative al rimborso del 50% delle spese autorizzate condizionate, ammesse a rimborso dal Commissario Straordinario, di cui al d.m. 16 luglio 2021 pari, per la Regione Abruzzo, a 6,634 mln di euro, nonché 0,500 mln di euro per incentivi in favore del personale non dipendente per il riconoscimento dell’eccezionale attività svolta dagli operatori del SSR nella gestione dell’emergenza epidemiologica. In merito a tali ultime somme, i Tavoli hanno chiesto chiarimenti e la trasmissione della delibera di assegnazione.

farmaceutico e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale. Al 31 dicembre 2020 risultano in Gestione sanitaria accentrata (GSA) 252,768 mln di euro, non utilizzati per il pagamento dei fornitori della GSA o per trasferimenti. Nel corso della riunione la Regione ha fatto presente che tali risorse sono state trasferite alle Asl.

Sempre al 31 dicembre 2020, la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal d.P.C.M. 22/09/2014 risulta pari, a livello regionale, al 22%. I Tavoli hanno chiesto di essere aggiornati in merito alle azioni regionali finalizzate a rendere i pagamenti della GSA conformi alla normativa vigente. In base ai valori forniti dalla Regione, sull'anno 2020, è stato rilevato il mancato rispetto della normativa vigente sui tempi di pagamento da parte di un'azienda e della GSA benché nel II trimestre 2021 i tempi di pagamento siano stati rispettati per tutti gli enti del Servizio sanitario regionale. Sono state anche chieste alla Regione le iniziative intraprese in merito alle previsioni di cui all'art. 1, co. 865, l. 30 dicembre 2018 n. 145 relative agli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento³¹⁵.

Con riguardo alla fatturazione elettronica, la Regione è stata invitata ad implementare l'utilizzo della Piattaforma dei crediti commerciali (PCC), in special modo per quegli Enti del SSR per i quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto risultano ancora troppo bassi, nonché a far inserire dalle aziende sanitarie del proprio SSR - benché non sia obbligatorio - il dato riguardante il debito scaduto al 31 dicembre 2020. Nel 2020 il "Tempo medio di pagamento ponderato" risulta pari a 48 giorni, il "Tempo medio di ritardo ponderato" a -14 giorni.

Con riferimento allo Stato Patrimoniale 2020, nel verbale sono stati chiesti chiarimenti con particolare riferimento alla sussistenza di crediti molto datati, all'entità delle disponibilità liquide anche in relazione alla mole di contenzioso ancora in essere, alla chiusura delle gestioni liquidatorie, alle movimentazioni dei finanziamenti per investimenti 2020, alla chiusura delle perdite portate a nuovo con i contributi per ripiano perdite assegnati.

Inoltre, relativamente alle note credito da ricevere da privati accreditati, è stata ribadita la necessità di governare adeguatamente il ricevimento delle note di credito, con particolare riferimento a quelle più datate, considerato che tale fenomeno costituisce un ulteriore elemento di rischio dei conti.

Circa lo stato di attuazione del Piano di rientro, nel richiamare le disposizioni in materia di liste di attesa previste all'art. 26, cc. 1 e 2, d.l. n. 73/2021, i Tavoli sono rimasti in attesa della definizione del fabbisogno di prestazioni da recuperare correlato alle modalità con cui si intende perseguire tale

³¹⁵ L'art. 1, co. 865, l. n. 145/2018 ha disposto che i contratti dei direttori generali e dei direttori amministrativi siano integrati con la previsione di uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento, condizionando a tale obiettivo una quota dell'indennità di risultato in misura non inferiore al 30%.

obiettivo, nonché, con riferimento alla rete ospedaliera, del nuovo documento di programmazione che recepisca le osservazioni riportate nel verbale.

È stata, altresì, sollecitata l'adozione del documento "Linee di indirizzo per il riordino della rete territoriale" anche alla luce degli obiettivi di potenziamento dell'offerta territoriale previsti dal PNRR e chiesti aggiornamenti sullo stato dell'arte dell'implementazione dell'offerta territoriale.

Con riferimento ai rapporti con gli erogatori privati, Tavolo e Comitato hanno rilevato il ritardo con il quale la Regione procede a definire i tetti di budget da assegnare alle strutture private accreditate per l'erogazione delle prestazioni assistenziali e a sottoscrivere i relativi contratti.

Anche per la Regione Abruzzo nel documento del Ministero dell'Economia e delle Finanze "Il Monitoraggio" cit, Rapporto n. 9" si afferma che, indipendentemente dalla gestione dell'emergenza, dai singoli dati di conto economico emerge un livello strutturale di costi non coerente con il fabbisogno e con le risorse a disposizione, dunque non compatibile con la sostenibilità del SSR.

8.8 Regione Calabria

La riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza per la Regione Calabria si è tenuta il 13 dicembre 2021. La Regione ha inviato al NSIS i dati relativi al Conto economico consuntivo consolidato 2020 in data 2 dicembre 2021 rettificati più volte e in ultimo in data 6 dicembre 2021. Tavolo e Comitato hanno rilevato il ritardo con cui sono stati depositati al NSIS i dati di conto consuntivo 2020, nonché il ritardo con il quale sono state inviate le informazioni di supporto all'istruttoria dei dati economici richieste con scadenza 22 ottobre 2021.

A seguire alcuni stralci del verbale concernenti punti di particolare interesse.

Con riferimento alle previsioni contenute all'art. 2, co. 1, d.l. n. 150/2020 - Commissari straordinari delle aziende sanitarie - i Tavoli nella precedente riunione di luglio avevano formulato alcune osservazioni sugli obiettivi assegnati con decreti del Commissario *ad acta*³¹⁶ ai Commissari straordinari delle aziende sanitarie, rilevando in particolare la mancata assegnazione di obiettivi in materia di liste di attesa nonostante le criticità rilevate in sede di Adempimenti LEA e sebbene il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021³¹⁷ prevedesse il superamento delle criticità sulle liste di attesa quale obiettivo prioritario della valutazione dei Direttori generali. Nella riunione in esame, Tavolo e Comitato si sono detti in attesa di aggiornamenti sugli esiti dei monitoraggi periodici dell'operato dei

³¹⁶ In data 4 novembre 2021, il Consiglio dei ministri ha deliberato di nominare il dott. R. Occhiuto quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'art. 2, co. 88, l. n. 191/2009.

³¹⁷ Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 28/CSR del 21/02/2019.

Commissari straordinari aziendali e hanno sollecitato il riscontro alle osservazioni formulate in merito agli obiettivi in materia di sanità veterinaria nonché sull'assenza di obiettivi in materia di liste di attesa. Con riferimento alle previsioni di cui all'art. 2, co. 4, d.l. n. 150/2020 cit. - adozione bilanci aziendali relativi agli esercizi già conclusi - si apprende dal verbale che, dei 18 DCA concernenti l'approvazione dei bilanci adottati dai Commissari straordinari degli enti del SSR calabrese, soprattutto relativi agli anni 2015, 2016 e 2017, per 15 si è addivenuti alla *“non approvazione”* mentre solo per 3 bilanci si è trattato di *“approvazione”*.

Da ultimo, sono state richiamate le previsioni di cui all'art. 6, co. 1, d.l. cit., in virtù del quale - al fine di supportare gli interventi di potenziamento del Servizio sanitario regionale, stante la grave situazione economico-finanziaria e sanitaria presente nella Regione Calabria - è stata accantonata per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023, a favore della Regione, la somma di 60 mln di euro a valere sulle risorse per gli obiettivi di piano, previa Intesa Stato-Regioni.

I commi 2 e 3 dell'art. 6 cit., prevedono che l'erogazione della predetta somma sia condizionata alla presentazione e approvazione del programma operativo di prosecuzione del Piano di rientro per il periodo 2022-2023 e alla sottoscrizione di uno specifico Accordo Stato-Regioni contenente le modalità di erogazione delle risorse di cui al co. 1, demandando la verifica di tali adempimenti al Comitato permanente per l'erogazione dei LEA congiuntamente con il Tavolo di verifica degli adempimenti.

La struttura commissariale della Regione Calabria ha trasmesso la bozza di Programma Operativo (PO) 2022-2023 sulla quale i Tavoli tecnici hanno evidenziato quanto segue, anche chiedendo modifiche ed integrazioni:

- in materia di gestione del personale, l'integrazione del PO con un prospetto aggiornato dello stato di avanzamento delle assunzioni di personale effettuate, in coerenza con i Piani di fabbisogno aziendali adottati, nonché l'aggiornamento delle scadenze, ricordando, altresì, le autorizzazioni alle assunzioni da anni intervenute da parte dei Tavoli tecnici di verifica, sulla base del fabbisogno di professionalità mediche e sanitarie oltre che per il potenziamento degli organici amministrativi, le cui assunzioni non risulterebbero effettuate o risulterebbero in grande ritardo attuativo. *“Inoltre, poiché il PO si configura quale cornice programmatica del prossimo biennio, è necessario che tale documento - anche tenuto conto dell'articolo 1, comma 4-ter, del decreto legge n. 150/2020 che ha previsto per la regione un contributo di 12 mln di euro per l'assunzione di personale sanitario - contenga un prospetto riepilogativo del fabbisogno di personale necessario al potenziamento delle diverse linee di attività previste dallo stesso PO (offerta territoriale, incremento degli screening oncologici, implementazione della rete ospedaliera, etc.), anche distinto per profilo professionale e in coerenza con le risorse stanziate.”;*

- con riguardo alla gestione del contenzioso e vista la predisposizione dell'accordo di programma finalizzato (ex art. 79, co. 1-sexies, lett. c) d.l. n. 112/2008) per lo sviluppo e l'implementazione dell'attività per la ricostruzione del contenzioso ai fini anche delle regolarizzazioni contabili - per il quale il d.l. n. 150/2020 ha autorizzato la spesa di 15 milioni di euro - è stata sottolineata la mancata indicazione dei tempi di realizzazione di tale obiettivo. Inoltre, con riguardo alla rappresentata necessità di una norma che consenta di costituire per gli organi del SSR una gestione stralcio riferita all'accertamento ed alla liquidazione della situazione debitoria e delle sopravvenienze attive e passive fino al 31 dicembre 2020, i Tavoli hanno chiesto di espungere tale previsione, ricordando come eventuali modifiche normative potranno essere valutate solo una volta definita la quantificazione del debito pregresso;
- in materia di liste di attesa è stato chiesto di integrare il PO - che nulla menziona in merito al Piano di recupero delle liste di attesa di cui all'art. 29, d.l. n. 104/2020 come aggiornato dalle previsioni della legge n. 234/2021 - prevedendo le specifiche azioni, con le tempistiche e le risorse economiche correlate;
- sulla mancanza di riferimenti in merito a come si intende utilizzare e investire il contributo di solidarietà di 60 mln di euro stanziato dal d.l. n. 150/2020 al fine di supportare gli interventi di potenziamento del Servizio sanitario regionale, stante la grave situazione economico-finanziaria e sanitaria presente nella Regione Calabria. Si è ricordato, altresì, che la legge dispone che l'accesso a tale contributo è subordinato ad apposito Accordo Stato-Regioni³¹⁸, nonché che la Regione ha ancora a disposizione quote inutilizzate dell'anno 2020 ad essa assegnate con i decreti emergenziali emanati per fronteggiare la pandemia da Covid-19, e ulteriori assegnazioni a valere sull'anno 2021 per le medesime finalità, a fronte delle quali non risulta alcuna previsione di spesa;
- in merito alla situazione debitoria pregressa. Il PO in esame non ne tratta, mentre più volte i Tavoli tecnici hanno fatto richieste in merito alla regolarizzazione delle poste contabili e alla conseguente quantificazione del debito pregresso, rappresentando la necessità che la questione del debito pregresso sia dettagliatamente trattata nel Programma Operativo 2022-2023 con l'inserimento delle azioni, delle procedure e dei potenziamenti organizzativi volti alla relativa risoluzione, richiamando a tal fine anche quanto disposto dall'art. 16-septies del d.l. n. 146/2021. *"I decreti legge n. 35/2019, n. 150/2020 e n. 146/2021 hanno messo a disposizione le risorse sia umane che finanziarie per affrontare le criticità insite nel SSR calabrese, ivi ricomprendendo la più volte richiamata problematica del debito pregresso, la tematica della circolarizzazione dei fornitori, quella dei*

³¹⁸ L'art. 1, co. 4-ter, del d.l. 150/2020 come sopra ricordato, ha autorizzato una maggiore spesa di 12 mln di euro per l'assunzione di personale sanitario: per l'anno 2021, il relativo contributo è da rinvenirsi nel 20% del contributo di cui ai 60 mln di euro di cui all'art. 6, co. 1, d.l. cit., mentre, a decorrere dal 2022, è corrispondentemente incrementato il livello del fondo sanitario nazionale, da destinare alla Regione Calabria.

pignoramenti nonché del presidio delle procedure di approvvigionamento, liquidazione e pagamento delle fatture oltre che del presidio del contenzioso”.

I Tavoli hanno, altresì, richiamato il fatto che il PO 2022-2023 deve necessariamente recepire quanto disposto per il Servizio sanitario regionale della Regione Calabria dall’art. 16-septies, d.l. n. 146/2021, “Misure di rafforzamento dell’Agenas e del servizio sanitario della Regione Calabria”, convertito, con modificazioni, dalla l. 17 dicembre 2021, n. 215.

Passando all’esame del risultato di gestione della Regione Calabria, CE consuntivo 2020, come rideterminato dai Tavoli secondo la metodologia di verifica del rispetto delle previsioni di cui al d.lgs. n. 118/2011³¹⁹, questo risulta pari a -123,339 mln di euro, al netto delle risorse a carico del bilancio regionale destinate alla copertura dei maggiori costi per l'erogazione dei LEA (voce AA0080).

Tenendo anche conto del disavanzo non coperto 2018 e 2019, portato a nuovo sul 2020 e pari a 111,811 mln di euro, i Tavoli, nel corso della riunione, hanno stabilito che in considerazione della perdita complessivamente accertata, per la Regione Calabria si siano verificate le condizioni per l’applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l’ulteriore incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all’IRPEF per l’anno d’imposta 2021 rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30, oltre che le altre sanzioni previste. È stato, altresì, rappresentato che nel corso delle riunioni dell’8 e 9 ottobre 2020 è stato rideterminato anche il consuntivo dell’esercizio 2018 della Regione Calabria (in -197,87 mln di euro).

Relativamente allo Stato Patrimoniale 2020, alla data della riunione, lo stesso non era ancora presente nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), consentendo ai Tavoli di sottolineare ancora una volta il ritardo con cui la Regione Calabria produce le informazioni contabili e patrimoniali relative al proprio Servizio sanitario e di sollecitare il Commissario ad acta a trasmettere alle scadenze previste le informazioni contabili necessarie al monitoraggio dei Tavoli tecnici, richiamandolo al corretto presidio delle informazioni economico patrimoniali degli enti del SSR.

Con riguardo agli accantonamenti, sul 2020 sono risultati accantonamenti di risorse Covid 2020 per circa 80 mln di euro (69% del relativo finanziamento Covid 2020) che devono essere utilizzate per erogare prestazioni assistenziali e per le quali non sono presenti iscrizioni contabili sul II trimestre 2021. Al Commissario è stato raccomandato il corretto e completo utilizzo dei finanziamenti ricevuti per l'erogazione dell’assistenza sanitaria.

Nel corso della riunione in esame, la Regione Calabria è stata valutata adempiente relativamente al rispetto del limite previsto dall’art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013, come modificato dall’art. 117, co. 3, d.l. n. 34/2020, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2020, il 100% delle risorse incassate nel medesimo anno. Alla stessa data del 31/12/2020, in GSA erano presenti circa

³¹⁹ V. *supra*, nota 306.

196 mln di euro non trasferiti alle aziende né utilizzati per il pagamento dei fornitori della GSA, per i quali i Tavoli sono ancora in attesa degli aggiornamenti richiesti in merito al relativo utilizzo, per adempimenti della GSA ovvero per trasferimenti alle aziende sanitarie.

Sono state nuovamente rilevate le fortissime criticità sui tempi di pagamento da parte degli enti del SSR della Regione Calabria: rispetto all'anno 2019 (69%), nell'anno 2020 la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal d.P.C.M. 22/09/2014 appare pressoché stazionaria (67%). A partire dai dati aziendali, i Tavoli hanno rilevato che tutte le aziende del SSR calabrese, eccetto l'Azienda Ospedaliera di Cosenza, nel 2020 non hanno rispettato la direttiva europea sui tempi di pagamento.

Il Commissario *ad acta* è stato, altresì, invitato a compiere le attività necessarie a intensificare l'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) da parte delle aziende, in special modo per gli enti che presentano percentuali molto basse. Dal verbale risulta che nel 2020 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 104 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a 39 giorni; nei primi nove mesi dell'anno 2021 il "Tempo medio di pagamento ponderato" risulta pari a 53 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" a -7 giorni.

Da ultimo, nuovamente in merito alle assunzioni di personale, i Tavoli hanno rilevato la gravità della circostanza che durante l'anno 2020, pur essendo state preordinate risorse aggiuntive straordinarie per la pandemia³²⁰ nonché l'espressa richiesta dei Tavoli di potenziare gli organici amministrativi, vi sia stata una diminuzione del costo del personale nonché rilevanti ritardi nelle procedure assunzionali.

In materia di edilizia sanitaria, si segnala l'approvazione del Piano degli interventi di adeguamento/miglioramento sismico costituito da 15 interventi, di cui 8 finanziati a valere sulle risorse del PNRR e 7 a valere sulle risorse del Fondo nazionale complementare al PNRR³²¹.

Con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro:

- nel richiamare le disposizioni in materia di liste di attesa, previste all'art. 26, cc. 1 e 2, d.l. n. 73/2021, è stato chiesto al Commissario *ad acta* di definire il fabbisogno di prestazioni da recuperare correlato alle modalità con cui si intende perseguire tale obiettivo;
- con riferimento alla Sanità veterinaria e sicurezza alimentare, è stata raccomandata una maggiore accuratezza nella elaborazione dei documenti tecnici regionali di indirizzo e coordinamento delle ASP, al fine di ridurre il rischio di errori di coordinamento e assicurare una prospettiva di rientro dai *deficit* sanitari nell'area in argomento;
- con riguardo alla rete laboratoristica, è stato registrato un rilevante ritardo nello stato di avanzamento del processo di aggregazione delle strutture laboratoristiche private e, in considerazione delle previsioni di cui all'art. 29, co. 3, d.l. n. 73/2021 volto a favorire il

³²⁰ Cfr. il ricordato art. 1, co. 4-ter, d.l. 10 novembre 2020, n. 150 che ha previsto per la Regione Calabria un contributo di 12 mln di euro per l'assunzione di personale sanitario.

³²¹ Cfr. DCA n. 102 del 9/08/2021 - prot. 171.

completamento dei processi di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, è stato sollecitato il cronoprogramma di interventi previsto dal d.l. n. 73/2021 cit.;

- con riferimento alla rete territoriale, visti anche gli obiettivi di potenziamento dell'offerta territoriale previsti dal PNRR, sono stati chiesti aggiornamenti nonché raccomandato che le attività non concluse siano riprogrammate nel redigendo PO 2022-2023 di prosecuzione del piano di rientro come previsto dall'art. 6, co. 2, d.l. n. 150/2020;
- molte criticità sono state sollevate relativamente a singoli provvedimenti di accreditamento, venendo, altresì, rilevato un ingente arretrato nell'evasione delle pratiche di autorizzazione ed accreditamento;
- con riferimento all'assistenza farmaceutica, nel rilevare la continua crescita della spesa, sia convenzionata che per acquisti diretti o spesa per ossigeno, è stata sollecitata l'implementazione di un sistema di controllo interno dei flussi regionali, quale primo passo per un corretto governo;
- è stato infine raccomandato il costante rispetto delle tempistiche previste per la trasmissione dei flussi informativi, nonché la necessità di pervenire ad un miglioramento della *governance* di tali flussi informativi al fine di superare le criticità su completezza e qualità dei dati trasmessi dalle aziende che non permettono di effettuare un costante e adeguato monitoraggio dell'assistenza erogata.

Nel documento del Ministero dell'Economia e delle Finanze "Il Monitoraggio" cit, Rapporto n. 9", è stato evidenziato come il parziale utilizzo del maggior finanziamento assegnato alla Regione Calabria di cui ai dd.ll. nn. 35/2019, 150/2020 e 146/2020 (art. 16-septies), sia indicativo di una non tempestiva gestione delle risorse assegnate dallo Stato.

8.9 Regione Campania

La riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza per la Regione Campania si è tenuta il 15 dicembre 2021. I dati di consuntivo 2020 sono stati trasmessi dalla Regione al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) il 16 novembre 2021.

Si dà evidenza di alcuni passaggi più significativi del verbale da cui risulta che la Regione Campania a conto consuntivo 2020 presenta un avanzo di 25,419 mln di euro e che gli accantonamenti effettuati sul Conto economico 2020 sono pari a 216,345 mln di euro, a fronte di un finanziamento Covid di 334,084

mln di euro, ivi compreso il finanziamento di cui all'Intesa Stato-Regioni n. 45/2021 (65% del finanziamento Covid).

Con riguardo alle previsioni di cui all'art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013, come modificato dall'art. 117, co. 3, d.l. n. 34/2020, nel verbale si è dato atto alla Regione Campania di aver rispettato il limite del 100% ivi previsto in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31 dicembre 2020 il 100% delle risorse incassate nell'anno 2020 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale.

Si segnala, altresì, che, con riguardo alle risorse Covid, nel verbale della riunione in esame, è stato dato atto di accertamenti ed incassi al 31 dicembre 2020 pari a 330,358 mln di euro mentre i trasferimenti ai sensi del citato d.l. n. 35/2013 sarebbero stati 328,813 mln di euro.

Si segnala, altresì che, nel Giudizio di parificazione della Regione Campania – es. 2020, del. n. 249/2021/PARI del 16 dicembre 2021, la Sezione Regionale di controllo ha evidenziato uno scostamento di 1.002,7 mln di euro tra quanto ricevuto e quanto trasferito dalla Regione agli enti sanitari (al lordo dei trasferimenti verso GSA). Secondo la Regione, questo scostamento non vi sarebbe in quanto i dati utilizzati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze per verificare il rispetto dell'adempimento relativo al trasferimento, non potrebbero che includere anche le somme trasferite alla SO.RE.SA.³²² per le funzioni istituzionali a servizio del SSR. A seguito delle esposte argomentazioni, la Sezione ha verificato *“la presenza nello stato patrimoniale, e nella nota integrativa, di un credito della Regione Campania verso SO.RE.SA. pari a euro 1.617.202.555,01; ossia, di un valore capiente rispetto al mentovato disallineamento”*.

Le risorse risultanti in GSA al 31 dicembre 2020 risultavano pari a 921,584 mln di euro in merito ai quali i Tavoli tecnici hanno chiesto aggiornamenti. Anche sul punto si richiama il citato giudizio di parifica secondo cui il formale adempimento all'obbligo ai sensi del d.l. n. 35/2013, pur certificato dai Tavoli di verifica, non appare coerente con la finalità di una norma volta ad assicurare la disponibilità di risorse liquide agli enti del Servizio sanitario.

I tempi di pagamento risultano superiori ai tempi indicati dalla legge. Nel corso della riunione in esame, alla Regione è stato raccomandato di attivarsi affinché vi sia il conseguimento del rispetto della normativa europea sui tempi di pagamento, richiamando le sanzioni previste dalla normativa vigente ed in particolare le previsioni di cui all'art. 1, co. 865, legge di bilancio per l'anno 2019 in merito agli obiettivi dei Direttori generali con riferimento ai tempi di pagamento laddove si dispone di subordinare almeno il 30% dell'indennità di risultato al rispetto dei tempi di pagamento.

³²² So.Re.Sa. S.p.A., società partecipata in qualità di Centrale Acquisti e Centrale Pagamenti del Sistema Sanitario Regionale.

La Regione è stata altresì richiamata a intraprendere tutte le misure necessarie per garantire la corretta e completa alimentazione della Piattaforma dei crediti commerciali (PCC) da parte delle proprie aziende. Il valore di riferimento del debito scaduto, infatti, ai fini degli adempimenti di legge è quello desumibile a partire dalle fatture presenti sulla PCC.

Con riguardo allo Stato patrimoniale 2020, i Tavoli si sono detti in attesa delle analisi sulle note di credito da ricevere e sul fondo rischi, ricordando che la partita delle note di credito non ricevute costituisce elemento di rischio nelle contabilizzazioni e buona pratica contabile la relativa sistemazione. Con riferimento allo stato di attuazione del Programma Operativo 2019-2021, si segnala in particolare che, relativamente alla Terra dei fuochi, è stata sollecitata la trasmissione delle rendicontazioni complete da sottoporre alla valutazione del Comitato LEA e un cronoprogramma che definisca i tempi certi per la conclusione delle attività.

Da ultimo, si segnala la volontà della Regione di ridefinire l'intera rete territoriale alla luce delle indicazioni fornite dal PNRR benché i Tavoli abbiano rinnovato la richiesta di conoscere l'attuale stato di implementazione dell'offerta territoriale programmata (DCA n. 83/2019) sollecitando, altresì, l'adozione dei Piani attuativi territoriali delle aziende che il citato DCA n. 83/2019 prevedeva ad aprile 2020.

9 ANALISI DEI BILANCI DEGLI ENTI DEL SSN DA BDAP

9.1 Premessa: l'acquisizione dei dati economico-patrimoniali

Tramite i modelli di rilevazione del Conto Economico (CE) e dello Stato Patrimoniale (SP), gli enti sanitari, le Regioni e le Province autonome inviano i dati economico-patrimoniali sia di preventivo sia di consuntivo al Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute (NSIS)³²³.

I dati così raccolti sono riversati nella Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP)³²⁴.

Nel presente capitolo, sono esposti i dati relativi al Conto Economico e allo Stato Patrimoniale rilevati a consuntivo nell'ambito del c.d. "consolidato regionale"³²⁵; i dati sono tutti espressi in euro.

È opportuno ricordare che, in generale, il Conto Economico è volto a rappresentare il processo di formazione del risultato economico dell'esercizio, mediante una sintesi delle componenti positive e negative di reddito che hanno contribuito a determinare tale risultato, mentre lo Stato Patrimoniale rappresenta, in maniera statica, la situazione patrimoniale a una certa data.

Si deve precisare che le informazioni sulle quali si basa il presente capitolo sono state ricavate da BDAP in data 28 giugno 2022. Tale precisazione è necessaria in quanto l'aggiornamento dei dati è dinamico e, dunque, la loro estrazione in periodi di tempo differenti potrebbe portare a risultati differenti.

Per quanto riguarda i dati di SP occorre anche precisare che, alla medesima data del 28 giugno 2022, la Regione Calabria non risultava aver ancora presentato il modello di rilevazione SP consolidato al 31 dicembre 2020. Come rappresentato dall'*advisor* e dal Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del servizio sanitario calabrese, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria non ha predisposto lo Stato Patrimoniale e pertanto non è stato possibile, a livello regionale, procedere al consolidamento dei dati³²⁶.

³²³ I modelli di rilevazione del Conto Economico e dello Stato Patrimoniale costituiscono gli allegati 1 e 2 del d.m. 24 maggio 2019, che disciplina il procedimento di trasmissione alle Regioni e alle Province autonome e al Ministero della Salute rispettivamente dei dati economici degli enti sanitari e di quelli consolidati regionali, sia nel caso di gestione sanitaria accentrata presso la Regione sia nel caso di gestione integrale del finanziamento del Servizio sanitario regionale presso gli enti sanitari. Il d.m. 24 maggio 2019 ha anche aggiornato le linee guida, che accompagnano i singoli modelli di rilevazione economica illustrando le modalità di compilazione dei modelli.

³²⁴ Attualmente tali modelli sono liberamente accessibili tramite la sezione OpenBDAP dedicata al Servizio sanitario raggiungibile all'indirizzo <https://openbdap.rgs.mef.gov.it/it/SSN>.

³²⁵ Il bilancio consolidato del Servizio sanitario regionale è disciplinato dall'art. 32 del d.lgs. n. 118/2011. In particolare, il comma 3 di tale art. 32 definisce l'area di consolidamento, escludendo i soggetti partecipati dagli enti sanitari; il successivo comma 7 prevede che la giunta regionale approva il bilancio consolidato nel termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento.

Per gli anni 2019, 2020, 2021, tuttavia, il legislatore è intervenuto più volte prevedendo il differimento di questo termine. Nel dettaglio:

- l'art. 107, co. 3, lett. b), d.l. n. 18/2020, ha stabilito che il bilancio consolidato per l'anno 2019 è approvato entro il 30 novembre 2020;
- l'art. 11-*quater*, co. 6, lett. b), d.l. n. 52/2021, ha stabilito che il bilancio consolidato per l'anno 2020 è approvato entro il 30 settembre 2021; successivamente tale termine è stato ulteriormente differito dall'art. 26, co. 5, lett. b), d.l. n. 73/2021, che lo ha spostato al 15 ottobre 2021;
- l'art. 11-*ter*, co. 1, lett. b), n. 2), d.l. n. 4/2022, ha previsto che il bilancio consolidato per l'anno 2021 è approvato dalla giunta regionale entro il 15 settembre 2022.

³²⁶ La mancata predisposizione da parte dell'ASP di Reggio Calabria dello Stato Patrimoniale al 31 dicembre 2020 è stata accertata nel corso della riunione congiunta del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza del 13 dicembre 2021 alla presenza del Commissario *ad acta* della Regione Calabria, dell'*advisor* contabile e dell'AIFA (p. 37 del relativo verbale).

9.2 I risultati di esercizio dei Servizi sanitari regionali: modello CE

L'analisi delle macro-voci di conto economico consolidato evidenzia un miglioramento del risultato della gestione (inteso come saldo tra valore della produzione e costi della produzione) nel periodo 2018-2020 (cfr. Grafico 11): tale miglioramento è ascrivibile quasi completamente all'incremento delle risorse avvenuto nell'anno 2020 a seguito dell'emergenza sanitaria da Covid-19. Infatti, l'incremento del valore della produzione nel 2020 è costituito quasi totalmente dai contributi in conto esercizio (oltre il 91,98% del valore totale della produzione)³²⁷.

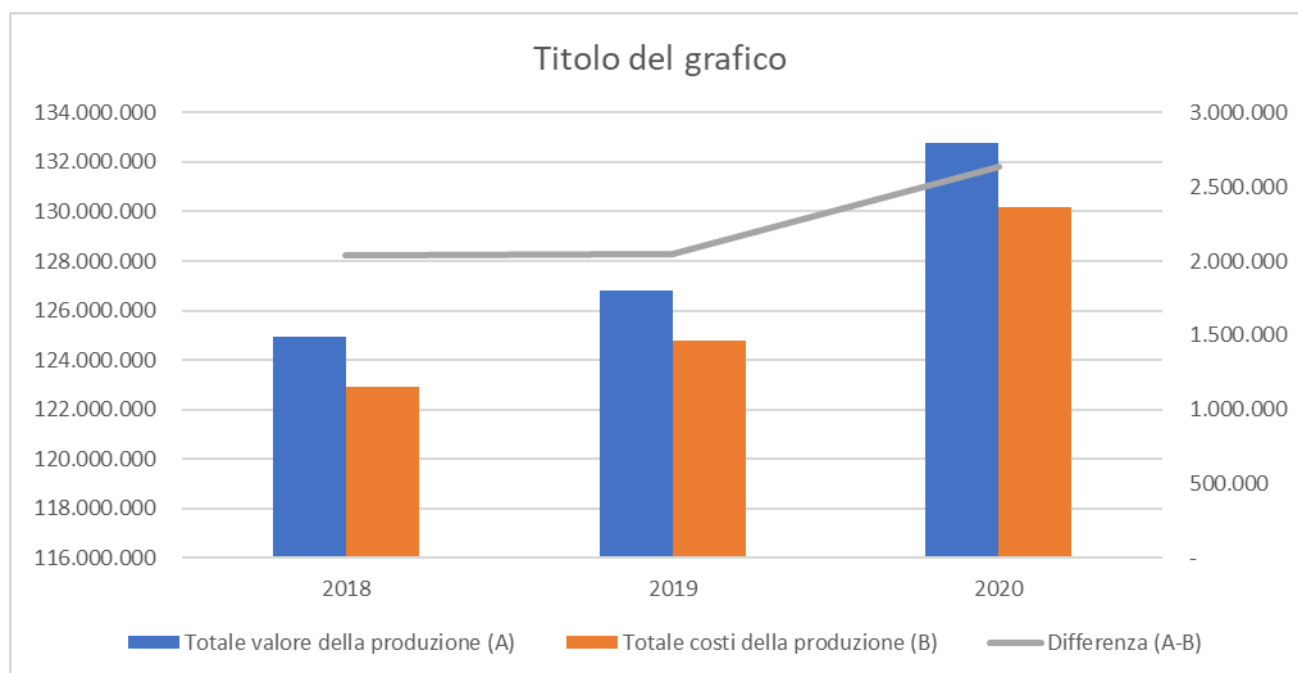
Depurando la componente positiva della gestione (valore della produzione) dai contributi *extra* fondo (risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA – identificati con codice di voce contabile A.1.B.1.2)³²⁸, si determina un risultato d'esercizio negativo anche se in miglioramento nel 2020 rispetto a quello registrato nel 2018 e nel 2019 pari a -341,89 milioni di euro (vedi Tabella 69).

La macro classe "Valore della produzione" – sotto il profilo strettamente economico-aziendale – non rappresenta del tutto la valorizzazione dei ricavi di competenza per le prestazioni sanitarie erogate in quanto ricomprende anche i proventi di competenza economica che gli enti del Servizio sanitario percepiscono a fronte di operazioni diverse dalle prestazioni sanitarie (e in particolare i proventi da contributi che, non a caso, per la loro significatività, sono anteposti ai Ricavi nello schema di CE).

Nel corso del triennio 2018-2020 la macro-voce "Valore della produzione" evidenzia un andamento crescente: dai 124.934,66 mln del 2018 ai 132.788,86 mln del 2020, con una variazione percentuale positiva 2020 su 2018 pari al 6,29% (cfr. Tabella 69). Nel periodo considerato si riscontra tuttavia anche l'aumento del valore dei Costi della produzione, che passano da 122.894,77 mln del 2018 a 130.151,89 mln di euro del 2020, con un aumento percentuale del 2020 su 2018 corrispondente al 5,91%; l'andamento delle due macro voci, che raggruppano le principali componenti economiche positive e negative (rispettivamente "Valore della produzione" e "Costi della produzione"), si traduce in un incremento del saldo della gestione caratteristica corrispondente al 29,27% (riferito sempre alla variazione dei valori 2020 rispetto a quelli 2018: cfr. Tabella 69 per gli aspetti di dettaglio).

³²⁷ Cfr. capitolo 7 "Finanziamento settore sanitario" par. 7.2.3.

³²⁸ L'ente può conferire risorse aggiuntive rispetto a quelle risultanti dall'intesa Stato-Regioni movimentando in bilancio la voce "A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (Extra-fondo) – Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA". In questo modo viene data evidenza contabile dell'ulteriore quota di contributi a carico del bilancio regionale non finanziati direttamente dal riparto delle disponibilità finanziarie per il SSN, finalizzata alla copertura dei maggiori costi per l'erogazione delle prestazioni nell'ambito dei LEA.

Grafico 11 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Anni 2018-2020

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

La gestione prettamente finanziaria (che comprende proventi e oneri finanziari, quali interessi attivi e passivi, proventi e perdite da partecipazioni, ecc.) evidenzia un saldo negativo tendenzialmente decrescente nel periodo 2018-2020 con una diminuzione del valore 2020 rispetto a quello 2018 pari al 38,05% (*cfr.* Tabella 69). La gestione straordinaria contribuisce, in ciascuno degli anni considerati, al miglioramento del risultato economico d'esercizio, anche se con un andamento decrescente nel triennio³²⁹. Infatti, a partire dal 2018 il saldo tra i proventi e gli oneri straordinari decresce fino a raggiungere il livello più basso nel 2020 con un valore pari a 370,70 mln (-53,85% rispetto al 2018). L'andamento della gestione straordinaria è principalmente influenzato dalle voci che riguardano gli oneri straordinari e in particolare le sopravvenienze passive (incrementi a titolo definitivo del valore di passività).

³²⁹ In controtendenza rispetto ai risultati emersi nella deliberazione n. 13/SEZAUT/2019/FRG, pag. 120, tab. 37.

Tabella 69 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Macro voci di Conto Economico consolidato degli enti del SSN anni 2018-2020

Descrizione	2018	2019	2020	Var. % 2020- 2018	Var. % 2020- 2019	Var. % 2019- 2018
Totale valore della produzione (A)	124.934.669	126.803.295	132.788.864	6,29	4,72	1,50
di cui: A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Province autonome (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	501.961	497.256	433.102	-13,72	-12,90	-0,94
Valore della produzione al netto delle risorse aggiuntive a titolo di copertura LEA	124.432.708	126.306.039	132.355.762	6,37	4,79	1,51
Totale costi della produzione (B)	122.894.772	124.760.283	130.151.895	5,91	4,32	1,52
Differenza (A-B)	2.039.897	2.043.012	2.636.969	29,27	29,07	0,15
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-422.541	-387.361	-261.763	-38,05	-32,42	-8,33
Totale proventi e oneri straordinari (E)	803.229	775.402	370.707	-53,85	-52,19	-3,46
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	221	2.327	-828	-474,71	-135,59	952,88
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	2.420.806	2.433.380	2.745.085	13,40	12,81	0,52
Totale imposte e tasse	2.526.109	2.550.882	2.653.875	5,06	4,04	0,98
Risultato di esercizio	-105.303	-117.502	91.210	-186,62	-177,62	11,58
Risultato d'esercizio al netto delle coperture	-607.264	-614.757	-341.891	-43,70	-44,39	1,23

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

L'analisi per singola Regione e Provincia autonoma dei risultati d'esercizio evidenzia un valore positivo in molte Regioni equamente distribuito sul territorio nazionale. Nel dettaglio 16 Regioni e Province autonome registrano un valore positivo del risultato d'esercizio nell'anno 2020³³⁰; le restanti 5 Regioni registrano un valore negativo del risultato d'esercizio nel 2020.

³³⁰ Nella Regione Valle d'Aosta, nella Provincia autonoma di Trento, nella Regione siciliana e nella Regione Sardegna i risultati di esercizio sono condizionati dagli andamenti dei contributi per "Risorse aggiuntive da Bilancio regionale a titolo di copertura LEA (AA0080)", che nel triennio evidenziano un andamento decrescente.

A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	2018	2019	2020
Molise	13.635	17.816	18.094
Calabria	100.355	99.880	100.528
Valle d'Aosta	18.223	22.405	22.718
Provincia autonoma di Trento	172.703	178.449	180.152
Sicilia		21	21
Sardegna	197.045	178.685	111.588
Totale AA0080	501.961	497.256	433.102

Tabella 70 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Risultato d’esercizio* – Anni 2018-2020

Regione/Provincia autonoma	2018	2019	2020	Scostamento 2020-2018	Scostamento 2020-2019	Scostamento 2019-2018
Piemonte	517	1.686	48.083	47.566	46.397	1.169
Lombardia	6.035	6.332	11.253	5.218	4.921	297
Veneto	21.977	29.433	5.683	-16.294	-23.749	7.456
Liguria	-51.559	-53.694	70	51.629	53.765	-2.135
Emilia-Romagna	565	575	967	402	392	10
Toscana	-17.552	-12.592	-91.550	-73.998	-78.958	4.960
Umbria	4.043	233	271	-3.772	39	-3.810
Marche	673	538	291	-382	-246	-135
Lazio	6.384	108.384	84.380	77.995	-24.005	102.000
Abruzzo	176	-12.053	-15.374	-15.550	-3.321	-12.229
Molise	-15.966	-117.113	-23.154	-7.188	93.959	-101.147
Campania	36.203	37.132	27.314	-8.889	-9.818	929
Puglia	-45.816	-38.180	-24.040	21.776	14.140	7.636
Basilicata	1.953	803	4.301	2.348	3.498	-1.150
Calabria	-97.254	-121.689	-20.324	76.930	101.365	-24.435
RSO Totale	-149.621	-170.207	8.171	157.792	178.377	-20.586
Valle d’Aosta	-1.998	4.238	3.935	5.933	-304	6.236
Provincia autonoma di Bolzano	17.621	27.632	27.114	9.493	-518	10.011
Provincia autonoma di Trento	63	18	17	-46	-1	-45
Friuli-Venezia Giulia	3.775	7.478	22.363	-1.228	-222	-1.007
Sicilia	3.090	2.084	1.862	5.982	16.494	-10.512
Sardegna	21.766	11.254	27.749	38.722	30.334	8.388
RSS Totale	44.318	52.705	83.040	38.722	30.334	8.388
Risultato esercizio	-105.303	-117.502	91.210	196.513	208.712	-12.198
<i>Risultato d’esercizio al netto delle coperture</i>	<i>-607.264</i>	<i>-614.757</i>	<i>-341.891</i>	<i>-265.373</i>	<i>-272.866</i>	<i>-7.493</i>

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

* I risultati sono al lordo della voce AA0080 (A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA. Si rappresenta che nel corso delle riunioni con i Tavoli tecnici il risultato d’esercizio viene rideterminato secondo una precisa metodologia sulla quale si rinvia al capitolo 8.

Analizzando la composizione della macrovoce “Valore della produzione” emerge che la voce principale per valore è rappresentata dai contributi in conto esercizio, che rappresentano il 91,98% del valore complessivo della macro-voce e il cui importo è aumentato nel corso del triennio (*cfr.* Tabella 73). In particolare, i contributi in conto esercizio – che includono le risorse *extra*-fondo a titolo copertura LEA - registrano nel periodo considerato un incremento di 8.938,73 mln (+7,90% 2020 su 2018, ma solo +1,07% 2019 su 2018).

I contributi in conto esercizio da privati crescono nel triennio da 69,03 mln nel 2018 circa a 294,70 mln nel 2020³³¹. Appare interessante ai fini dell’analisi dedicare attenzione all’andamento dei contributi

³³¹ “A.1.D) Contributi c/ esercizio da privati”: tale voce comprende eventuali contributi in conto esercizio ricevuti da privati sia a destinazione vincolata sia indistinta, ad eccezione dei contributi per ricerca.

*extra-fondo*³³² (vedi tabella sotto riportata con il dettaglio della voce contributi *extra-fondo*) che sono più che raddoppiati nel triennio: nel 2018 il loro valore era di 1.744,49 mln, mentre nel 2020 registrano un valore superiore ai 3.514,55 mln.

Tabella 71 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Macro voci di Conto Economico consolidato – Totale Contributi degli enti del SSN – Anni 2018-2020

Descrizione	2018	2019	2020	Var. % 2020-2018	Var. % 2020-2019	Var. % 2019-2018
A.1) Contributi in c/esercizio	113.204.550	114.419.658	122.143.284	7,90	6,75	1,07
A.1.A) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	111.192.329	112.293.630	118.079.609	6,19	5,15	0,99
A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)	1.744.492	1.841.939	3.514.555	101,47	90,81	5,59
A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca	198.695	216.251	254.418	28,04	17,65	8,84
A.1.D) Contributi c/esercizio da privati	69.033	67.838	294.703	326,90	334,42	-1,73
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-647.596	-615.301	-980.895	51,47	59,42	-4,99
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	754.350	678.151	610.341	-19,09	-10,00	-10,10
Totali contributi	113.311.303	114.482.508	121.772.731	7,47	6,37	1,03

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

³³² La voce "A.1.B) Contributi in c/esercizio (extra-fondo)" contiene in generale gli importi dei contributi non rientranti nel riparto delle disponibilità finanziarie per il SSN assegnati dalla Regione/Provincia autonoma, dal Ministero della Salute e da altri soggetti pubblici, inclusi i contributi dell'Unione Europea e le risorse derivanti dal gettito di fiscalità regionale. Non include i contributi per ricerca, che sono contabilizzati in una voce specifica.

Tabella 72 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Totale Contributi c/esercizio (Extra-fondo) – Anni 2018-2020

Codice voce contabile	Descrizione	2018	2019	2020	Var. % 2020-2018	Var. % 2020-2019	Var. % 2019-2018
AA0060	A.1.B.1) da Regione o Prov. Aut. (extra fondo)	1.334.630	1.392.329	1.439.065	7,82	3,36	4,32
AA0070	A.1.B.1.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati	556.780	464.933	661.882	18,88	42,36	-16,50
AA0080	A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	501.961	497.256	433.102	-13,72	-12,90	-0,94
AA0090	A.1.B.1.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura <i>extra</i> LEA	54.498	170.454	165.261	203,24	-3,05	212,77
AA0100	A.1.B.1.4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Altro	221.391	259.687	178.820	-19,23	-31,14	17,30
AA0110	A.1.B.2) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo)	-	35	6	-	-82,85	-
AA0130	A.1.B.2.2) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) altro	-	35	6	-	-82,85	-
AA0140	A.1.B.3) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo)	409.862	449.575	2.075.484	406,39	361,65	9,69
AA0141	A.1.B.3.1) Contributi da Ministero della Salute (extra fondo)	-	21.918	80.937	-	269,26	-
AA0150	A.1.B.3.1) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati	176.810	203.905	1.183.485	569,35	480,41	15,32
AA0160	A.1.B.3.2) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) l. n. 210/92	136.251	108.906	107.574	-21,05	-1,22	-20,07
AA0170	A.1.B.3.3) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) altro	96.801	107.335	702.271	625,48	554,28	10,88
AA0171	A.1.B.3.5) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) - in attuazione dell'art. 79, comma 1-sexies lettera c), del d.l. n. 112/2008, convertito con l. n. 133/2008 e della legge 23 dicembre 2009 n. 191	-	7.510	1.216	-	-83,81	-
AA0050	A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)	1.744.492	1.841.939	3.514.555	101,47	90,81	5,59

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

Nell'analisi di dettaglio delle voci di entrata quella relativa alla "compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (*Ticket*)" risulta in forte diminuzione nel triennio analizzato. In particolare, la riduzione del 39,58% rispetto al 2018 e del 39,32% rispetto al 2019 determina, nel 2020, un ammontare di risorse pari a 823,58 mln rispetto agli oltre 1.363,19 mln raggiunti nel 2018 e ai 1.357,30 mln raggiunti nel 2019. Anche questo dato evidenzia come lo stato di emergenza pandemica ha influito sulla quantità delle prestazioni sanitarie eseguite nel corso del 2020. La riduzione delle sotto voci di entrata riferibili al *Ticket* è generalizzata e riguarda non solo l'ambito della specialistica ambulatoriale ma anche le prestazioni di pronto soccorso (-46,33% 2018-2020 e -41,47% 2019-2020) e la voce generica e residuale

delle “altre prestazioni” nella quale confluiscono per lo più entrate straordinarie rispetto all’intero importo *ticket*, quali ad esempio quelle derivanti da controllo esenzioni o recuperi (-55,23% 2018-2020 e - 22,77% 2019-2020); per tali considerazioni di dettaglio (vedi Tabella 74).

Nel 2020, il 95,65% delle compartecipazioni ha riguardato il *ticket* per la specialistica ambulatoriale e solo il 3,21% le prestazioni di pronto soccorso. Tale differenziazione riguarda comunque ciascuno degli anni presi in considerazione, e cioè anche il 2018 e il 2019. Dal 2018 al 2019 la compartecipazione in generale è diminuita dello 0,43%, cioè si è passati da 1,363 mld di euro del 2018 a 1,357 mld di euro del 2019.

Tabella 73 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Macro voci di Conto Economico consolidato “Valore della Produzione” degli enti del SSN – Anni 2018-2020

Descrizione	2018	2019	2020	Var. % 2020-2018	Var. % 2020-2019	Var. % 2019-2018
A.1) Contributi in c/esercizio	113.204.550	114.419.658	122.143.284	7,90	6,75	1,07
di cui: A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) – Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	501.961	497.256	433.102	-13,72	-12,90	-0,94
Contributi in c/esercizio al netto delle risorse a titolo di copertura LEA	112.702.589	113.922.402	121.710.183	7,99	6,84	1,08
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-647.596	-615.301	-980.895	51,47	59,42	-4,99
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	754.350	678.151	610.341	-19,09	-10,00	-10,10
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	6.321.187	6.388.199	5.627.103	-10,98	-11,91	1,06
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	1.581.362	2.094.089	2.054.168	29,90	-1,91	32,42
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (<i>Ticket</i>)	1.363.193	1.357.304	823.581	-39,58	-39,32	-0,43
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all’esercizio	1.975.274	2.038.450	2.148.589	8,77	5,40	3,20
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	254	194	107	-57,89	-44,91	-23,57
A.9) Altri ricavi e proventi	382.095	442.551	362.587	-5,11	-18,07	15,82
Totale valore della produzione (A)	124.934.669	126.803.295	132.788.864	6,29	4,72	1,50
Valore della produzione al netto delle risorse aggiuntive a titolo di copertura LEA	124.432.708	126.306.039	132.355.762	6,37	4,79	1,51

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

Tabella 74 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)

Descrizione	2018	2019	2020	Var. % 2020- 2018	Var. % 2020- 2019	Var. % 2019- 2018	Inc. % 2018	Inc. % 2019	Inc. % 2020
A.6.A) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie – Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	1.292.946	1.299.953	787.744	-39,07	-39,40	0,54	94,85	95,77	95,65
A.6.B) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie – Ticket sul pronto soccorso	49.297	45.205	26.458	-46,33	-41,47	-8,30	3,62	3,33	3,21
A.6.C) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) – Altro	20.951	12.146	9.380	-55,23	-22,77	-42,03	1,54	0,89	1,14
Totale compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.363.193	1.357.304	823.581	-39,58	-39,32	-0,43	100	100	100

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

Nelle Regioni a statuto ordinario, si registra, nel 2020, una generalizzata diminuzione della compartecipazione, mentre per le Regioni a statuto speciale e le Province autonome il decremento, in termini percentuali, è minore rispetto a quello delle Regioni a statuto ordinario (la riduzione del 2020 rispetto al 2018 è infatti pari al 35,58%, mentre per le RSO è pari al 40,13%, v. Tabella 75).

Osservando la macro-voce “Costi della produzione” (v. tabella 76) si assiste nel periodo 2018-2020 a un incremento complessivo del 5,91%, arrivando, nel 2020, ad un valore superiore ai 130.151,89 mln di euro. Il peso maggiore, rispetto a tutte le voci che compongono il costo della produzione, è rappresentato dall’acquisto di servizi (Voce B.2 di CE, pari al 46,84% nel 2018 e al 46,64% nel 2019 mentre nel 2020 il peso di tale voce scende al 44,73%) con un ammontare pari a 58.222,68 mln nel 2020 in costante crescita in valore assoluto. Gli acquisti di beni passano da 19.688,88 mln del 2018 a 22.391,39 mln del 2020, segnando un aumento del 13,73%; tale voce aumenta la sua incidenza percentuale sui valori complessivi dei costi della produzione da circa il 16% nel 2018 a più del 17% nel 2020. La voce “variazione delle rimanenze” nel 2020 diminuisce rispetto al valore rappresentato nel 2018 (-148,84 mln) generando un valore negativo pari a 742,99 mln, segno di un utilizzo più intenso, nell’anno della pandemia, delle giacenze di magazzino.

Tabella 75 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (*Ticket*) a livello regionale

Regione/Provincia autonoma	2018	2019	2020	Variazioni % 2020-2018	Variazioni % 2020-2019	Variazioni % 2019-2018	Incidenza % 2018	Incidenza % 2019	Incidenza % 2020
Piemonte	116.668	120.300	67.914	-41,79	-43,55	3,11	8,56	8,86	8,25
Lombardia	211.613	206.750	114.792	-45,75	-44,48	-2,30	15,52	15,23	13,94
Veneto	175.028	177.039	119.023	-32,00	-32,77	1,15	12,84	13,04	14,45
Liguria	43.519	44.609	23.373	-46,29	-47,60	2,50	3,19	3,29	2,84
Emilia-Romagna	166.332	154.139	101.538	-38,95	-34,13	-7,33	12,20	11,36	12,33
Toscana	134.453	128.812	81.228	-39,59	-36,94	-4,20	9,86	9,49	9,86
Umbria	29.050	29.191	19.181	-33,97	-34,29	0,48	2,13	2,15	2,33
Marche	41.497	43.310	26.313	-36,59	-39,24	4,37	3,04	3,19	3,19
Lazio	101.865	99.789	56.575	-44,46	-43,31	-2,04	7,47	7,35	6,87
Abruzzo	34.576	36.190	21.734	-37,14	-39,94	4,67	2,54	2,67	2,64
Molise	4.639	4.722	3.470	-25,19	-26,51	1,79	0,34	0,35	0,42
Campania	54.685	61.037	32.022	-41,44	-47,54	11,62	4,01	4,50	3,89
Puglia	50.550	49.702	30.382	-39,90	-38,87	-1,68	3,71	3,66	3,69
Basilicata	11.119	11.684	7.243	-34,86	-38,01	5,08	0,82	0,86	0,88
Calabria	23.159	23.422	12.859	-44,47	-45,10	1,14	1,70	1,73	1,56
RSO Totale	1.198.752	1.190.698	717.650	-40,13	-39,73	-0,67	87,94	87,73	87,14
Valle d' Aosta	8.025	8.179	5.523	-31,18	-32,47	1,91	0,59	0,60	0,67
Provincia autonoma di Bolzano	20.554	20.959	15.099	-26,54	-27,96	1,97	1,51	1,54	1,83
Provincia autonoma di Trento	21.673	22.165	14.823	-31,61	-33,13	2,27	1,59	1,63	1,80
Friuli-Venezia Giulia	46.018	46.966	32.224	-29,97	-31,39	2,06	3,38	3,46	3,91
Sicilia	42.558	42.765	23.905	-43,83	-44,10	0,49	3,12	3,15	2,90
Sardegna	25.614	25.573	14.356	-43,95	-43,86	-0,16	1,88	1,88	1,74
RSS Totale	164.441	166.606	105.930	-35,58	-36,42	1,32	12,06	12,27	12,86
Totale Ticket	1.363.193	1.357.304	823.581	-39,58	-39,32	-0,43	100,00	100,00	100,00

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

Tabella 76 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Composizione Costo della produzione – Anni 2018-2020

Descrizione	2018	2019	2020	Variazioni % 2020-2018	Variazioni % 2020-2019	Variazioni % 2019-2018	Inc. % 2018	Inc. % 2019	Inc. % 2020
B.1) Acquisti di beni	19.688.885	20.378.227	22.391.391	13,73	9,88	3,50	16,02	16,33	17,20
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	19.317.705	20.016.732	21.796.691	12,83	8,89	3,62	15,72	16,04	16,75
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	371.180	361.495	594.700	60,22	64,51	-2,61	0,30	0,29	0,46
B.2) Acquisti di servizi	57.559.827	58.188.289	58.222.683	1,15	0,06	1,09	46,84	46,64	44,73
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	49.930.112	50.367.766	50.152.085	0,44	-0,43	0,88	40,63	40,37	38,53
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	7.629.715	7.820.523	8.070.598	5,78	3,20	2,50	6,21	6,27	6,20
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	2.134.341	2.204.873	2.311.294	8,29	4,83	3,30	1,74	1,77	1,78
B.4) Godimento di beni di terzi	1.129.359	1.180.734	1.255.849	11,20	6,36	4,55	0,92	0,95	0,96
B.5) Personale del ruolo sanitario	27.836.483	28.345.351	29.386.636	5,57	3,67	1,83	22,65	22,72	22,58
B.6) Personale del ruolo professionale	125.361	129.870	139.293	11,11	7,26	3,60	0,10	0,10	0,11
B.7) Personale del ruolo tecnico	3.896.414	3.963.656	4.195.958	7,69	5,86	1,73	3,17	3,18	3,22
B.8) Personale del ruolo amministrativo	2.524.321	2.527.870	2.516.624	-0,30	-0,44	0,14	2,05	2,03	1,93
B.9) Oneri diversi di gestione	653.275	674.350	664.492	1,72	-1,46	3,23	0,53	0,54	0,51
B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	117.638	121.724	126.438	7,48	3,87	3,47	0,10	0,10	0,10
B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	2.274.616	2.287.845	2.377.806	4,54	3,93	0,58	1,85	1,83	1,83
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	78.157	116.239	115.297	47,52	-0,81	48,73	0,06	0,09	0,09
B.13) Variazione delle rimanenze	-148.841	-88.683	-742.989	399,18	737,80	-40,42	-0,12	-0,07	-0,57
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	5.024.935	4.729.936	7.191.122	43,11	52,03	-5,87	4,09	3,79	5,53
Totale costi della produzione (B)	122.894.772	124.760.283	130.151.895	5,91	4,32	1,52	100,00	100,00	100,00

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

Anche nel triennio considerato l'analisi di dettaglio delle voci di costo conferma l'affermazione, costantemente ripetuta nelle precedenti edizioni del referto, che l'erogazione dei servizi sanitari è *labour-intensive* o comunque non può prescindere dall'impiego del fattore produttivo "lavoro": l'aggregato delle voci relative al "costo del personale" nel 2020 raggiunge l'importo complessivo di 36.238,51 mln e rappresenta il 27,8% dell'ammontare complessivo della macro voce in esame relativa ai costi della produzione (per un'analisi di dettaglio del costo del personale v. *infra* il paragrafo seguente).

Tabella 77 - Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP - Costi della produzione per Regione - Anni 2018-2020

Regione/Provincia autonoma	2018	2019	2020	Variazioni % 2020-2018	Variazioni % 2020-2019	Variazioni % 2019-2018
Piemonte	8.973.540	9.073.203	9.338.780	4,07	2,93	1,11
Lombardia	20.753.424	21.015.369	21.958.884	5,81	4,49	1,26
Veneto	9.868.580	10.046.034	10.771.969	9,15	7,23	1,80
Liguria	3.501.613	3.568.944	3.635.142	3,81	1,85	1,92
Emilia-Romagna	9.743.364	9.948.692	10.585.162	8,64	6,40	2,11
Toscana	7.832.646	7.910.870	8.389.811	7,11	6,05	1,00
Umbria	1.910.995	1.910.106	1.965.797	2,87	2,92	-0,05
Marche	3.176.970	3.197.348	3.303.170	3,97	3,31	0,64
Lazio	11.585.320	11.633.119	12.216.185	5,45	5,01	0,41
Abruzzo	2.712.116	2.754.853	2.812.605	3,71	2,10	1,58
Molise	736.218	803.506	761.477	3,43	-5,23	9,14
Campania	10.804.643	11.117.260	11.577.302	7,15	4,14	2,89
Puglia	7.842.731	7.994.579	8.228.274	4,92	2,92	1,94
Basilicata	1.182.108	1.201.187	1.231.467	4,18	2,52	1,61
Calabria	3.822.677	3.876.860	3.902.389	2,09	0,66	1,42
RSO Totale	104.446.945	106.051.929	110.678.414	5,97	4,36	1,54
Valle d'Aosta	287.487	285.137	311.100	8,21	9,11	-0,82
Provincia autonoma Bolzano	1.307.622	1.328.674	1.479.368	13,13	11,34	1,61
Provincia autonoma Trento	1.308.652	1.335.149	1.389.890	6,21	4,10	2,02
Friuli-Venezia Giulia	2.632.358	2.738.326	2.830.478	7,53	3,37	4,03
Sicilia	9.502.153	9.571.176	9.936.609	4,57	3,82	0,73
Sardegna	3.409.556	3.449.891	3.526.035	3,42	2,21	1,18
RSS Totale	18.447.828	18.708.353	19.473.480	5,56	4,09	1,41
Totale costi della produzione	122.894.772	124.760.283	130.151.895	5,91	4,32	1,52

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

Osservando l'andamento della macro-voce "Costi della produzione" su base regionale, si riscontra come in tutte le Regioni e Province autonome si evidenzia, nel triennio 2018-2020, un incremento, che si rivela più accentuato nella Provincia autonoma di Bolzano (13,13% 2020 su 2018), nonché nel Veneto, in Emilia-Romagna e nella Valle d'Aosta (tutte con un incremento percentuale 2020 su 2018 vicino al 10%; per il dettaglio v. Tabella 77).

9.2.1 Costo del personale

Il costo del personale ha la funzione di remunerare il personale dipendente che eroga i servizi sanitari. Nella corrispondente voce del Conto Economico il personale dipendente è classificato in quattro ruoli (sanitario, professionale, amministrativo e tecnico) che comprendono sia il personale dirigente sia quello di livello non dirigenziale.

Il costo del personale, nel 2020, subisce un aumento, rispetto al 2018, del 5,40%, raggiungendo un importo di 36.238,51 mln. Su tale evoluzione sembra aver inciso la situazione pandemica e, in particolare, le misure adottate per potenziare il personale del ruolo sanitario.

Dall'esame delle voci che compongono l'aggregato emerge come la gran parte della spesa riguardi il "personale del ruolo sanitario" pari a 29.386,63 mln nel 2020 (v. tabella 78); tale importo rappresenta l'81,09% del totale costo del personale. Le ulteriori sotto-voci "costo del personale dirigente" e "costo del personale comparto" mostrano valori sostanzialmente equivalenti tra loro.

L'incremento di costo maggiore in termini percentuali si è però verificato nell'ambito del costo del personale del ruolo professionale (+11,11%) sia dirigente (10,92%) sia non dirigente (13,11%); tale voce di costo, tuttavia, non ha un peso significativo sul totale del costo del personale.

Scomponendo il costo del personale nella componente dirigente e non dirigente indipendentemente dalla distinzione in ruoli, emerge come l'incremento complessivo di 1.855,93 mln è dovuto quasi interamente alla spesa per il personale "non dirigente" (v. tabella 79). Il costo del personale non dirigente aumenta infatti di 1.335,46 mln mentre quello del personale dirigente di 520,46 mln nel 2020. La spesa sostenuta per il personale dirigente ammonta complessivamente per il 2020 a 14.532,18 mln, in aumento rispetto al 2018 del 3,71%, mentre, rispetto al 2019, l'incremento è più contenuto (1,87%). Il costo sostenuto per il personale non dirigente risulta essere pari a 21.706,33 mln, con un incremento rispetto al 2018 (+6,56%). La spesa per il personale dirigente rappresenta per il triennio esaminato, circa il 40% del totale costo del personale, mentre quella per il personale non dirigente risulta oscillare tra il 59,25% e il 59,90%.

Tabella 78 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Composizione Costo del personale – Anni 2018-2020

Descrizione	2018	2019	2020	Variazioni % 2020-2018	Variazioni % 2020-2019	Variazioni % 2019-2018	Incidenza % 2018	Incidenza % 2019	Incidenza % 2020
B.5) Personale del ruolo sanitario	27.836.483	28.345.351	29.386.636	5,57	3,67	1,83	80,96	81,06	81,09
B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario	13.582.247	13.826.176	14.077.546	3,65	1,82	1,80	39,50	39,54	38,85
B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario	14.254.236	14.519.176	15.309.090	7,40	5,44	1,86	41,46	41,52	42,25
B.6) Personale del ruolo professionale	125.361	129.870	139.293	11,11	7,26	3,60	0,36	0,37	0,38
B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale	114.290	118.625	126.770	10,92	6,87	3,79	0,33	0,34	0,35
B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale	11.072	11.245	12.523	13,11	11,37	1,57	0,03	0,03	0,03
B.7) Personale del ruolo tecnico	3.896.414	3.963.656	4.195.958	7,69	5,86	1,73	11,33	11,34	11,58
B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico	76.304	75.177	74.220	-2,73	-1,27	-1,48	0,22	0,21	0,20
B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico	3.820.110	3.888.478	4.121.738	7,90	6,00	1,79	11,11	11,12	11,37
B.8) Personale del ruolo amministrativo	2.524.321	2.527.870	2.516.624	-0,30	-0,44	0,14	7,34	7,23	6,94
B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	238.873	245.542	253.644	6,18	3,30	2,79	0,69	0,70	0,70
B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo	2.285.448	2.282.329	2.262.980	-0,98	-0,85	-0,14	6,65	6,53	6,24
Totale costo del personale	34.382.579	34.966.747	36.238.511	5,40	3,64	1,70	100	100	100

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

Tabella 79 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per tipologia di qualifica – Anni 2018-2020

Descrizione	2018	2019	2020	Variazioni % 2020-2018	Variazioni % 2020-2019	Variazioni % 2019-2018	Incidenza % 2018	Incidenza % 2019	Incidenza % 2020
Costo del personale dirigente	14.011.713	14.265.520	14.532.180	3,71	1,87	1,81	40,75	40,80	40,10
Costo del personale non dirigente	20.370.866	20.701.227	21.706.331	6,56	4,86	1,62	59,25	59,20	59,90
Totale costo del personale	34.382.579	34.966.747	36.238.511	5,40	3,64	1,70	100	100	100

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

Osservando il costo del personale sotto altro profilo – quello della tipologia di rapporto di lavoro (tempo indeterminato, tempo determinato e altro³³³) – emerge come la quota più consistente sia rappresentata dal personale con contratto di lavoro a tempo indeterminato: tale categoria, che infatti, nel 2020, costituisce il 94,40% della spesa complessiva di personale, registra nel triennio un aumento del 5,06% rispetto al dato del 2018 (v. tabella 80). Un aspetto interessante è rappresentato dal fatto che la tipologia di rapporto di lavoro a tempo indeterminato aumenta costantemente nella serie storica analizzata mentre si registra per la tipologia di contratti di lavoro a tempo determinato un decremento tra il 2018 ed il 2019 del 9,06% e un successivo incremento nel 2020 (22,78% rispetto al 2019 e 11,66% rispetto al 2018) sia in valore assoluto (+366,16 mln nel 2019 e 206,00) sia come incidenza sul totale dei costi del personale.

Negli anni esaminati in quasi tutte le Regioni e Province autonome si assiste ad una costante crescita della componente di costo del personale (v. tabella 81).

³³³ La sottovoce “Altro” rappresenta una categoria residuale rispetto alle precedenti. Accoglie il costo del personale assunto con contratti di formazione e lavoro o eventuali oneri connessi alle prestazioni degli LSU.

Tabella 80 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per tipologia di rapporto di lavoro – Anni 2018-2020

Descrizione	2018	2019	2020	Variazioni % 2020-2018	Variazioni % 2020-2019	Variazioni % 2019-2018	Incidenza % 2018	Incidenza % 2019	Incidenza % 2020
Costo del personale - tempo indeterminato	32.560.115	33.303.215	34.208.474	5,06	2,72	2,28	94,70	95,24	94,40
Costo del personale - tempo determinato	1.767.377	1.607.215	1.973.377	11,66	22,78	-9,06	5,14	4,60	5,45
Costo del personale - altro	55.088	56.318	56.660	2,85	0,61	2,23	0,16	0,16	0,16
Totale costo del personale	34.382.579	34.966.747	36.238.511	5,40	3,64	1,70	100	100	100

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

Tabella 81 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per Regione – Anni 2018-2020

Regione/Provincia autonoma	2018	2019	2020	Variazioni % 2020-2018	Variazioni % 2020-2019	Variazioni % 2019-2018	Incidenza % 2018	Incidenza % 2019	Incidenza % 2020
Piemonte	2.785.145	2.834.467	2.934.508	5,36	3,53	1,77	8,10	8,11	8,10
Lombardia	5.005.630	5.109.573	5.277.920	5,44	3,29	2,08	14,56	14,61	14,56
Veneto	2.740.299	2.789.904	2.907.024	6,08	4,20	1,81	7,97	7,98	8,02
Liguria	1.075.491	1.087.409	1.105.039	2,75	1,62	1,11	3,13	3,11	3,05
Emilia-Romagna	3.006.442	3.092.560	3.244.778	7,93	4,92	2,86	8,74	8,84	8,95
Toscana	2.531.116	2.581.809	2.721.055	7,50	5,39	2,00	7,36	7,38	7,51
Umbria	619.973	627.100	633.884	2,24	1,08	1,15	1,80	1,79	1,75
Marche	1.019.336	1.026.117	1.048.543	2,87	2,19	0,67	2,96	2,93	2,89
Lazio	2.572.990	2.615.850	2.782.833	8,16	6,38	1,67	7,48	7,48	7,68
Abruzzo	757.567	766.441	780.071	2,97	1,78	1,17	2,20	2,19	2,15
Molise	173.930	169.008	168.339	-3,21	-0,40	-2,83	0,51	0,48	0,46
Campania	2.545.357	2.590.137	2.721.955	6,94	5,09	1,76	7,40	7,41	7,51
Puglia	2.017.725	2.067.983	2.145.536	6,33	3,75	2,49	5,87	5,91	5,92
Basilicata	370.278	373.500	372.456	0,59	-0,28	0,87	1,08	1,07	1,03
Calabria	1.118.266	1.120.661	1.112.631	-0,50	-0,72	0,21	3,25	3,20	3,07
RSO Totale	28.339.545	28.852.519	29.956.571	5,71	3,83	1,81	82,42	82,51	82,67
Valle d'Aosta	113.444	115.793	125.495	10,62	8,38	2,07	0,33	0,33	0,35
Provincia autonoma Bolzano	627.751	629.743	675.169	7,55	7,21	0,32	1,83	1,80	1,86
Provincia autonoma Trento	443.034	445.284	469.464	5,97	5,43	0,51	1,29	1,27	1,30
Friuli-Venezia Giulia	948.579	967.842	981.337	3,45	1,39	2,03	2,76	2,77	2,71
Sicilia	2.727.988	2.769.272	2.822.744	3,47	1,93	1,51	7,93	7,92	7,79
Sardegna	1.182.238	1.186.296	1.207.731	2,16	1,81	0,34	3,44	3,39	3,33
RSS Totale	6.043.034	6.114.229	6.281.940	3,95	2,74	1,18	17,58	17,49	17,33
Totale costo del personale	34.382.579	34.966.747	36.238.511	5,40	3,64	1,70	100	100	100

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

Più in dettaglio osservando il costo del personale sotto il profilo del *pro capite* (e cioè dividendolo per il numero di abitanti di ciascuna Regione o Provincia autonoma) emergono importanti distinzioni a livello regionale. L'82,67% del costo totale (corrispondente a un importo di quasi 30 mld di euro) è sostenuto dalle Regioni a statuto ordinario (RSO); la media del costo *pro capite* nell'ambito delle RSO è pari a 590 euro, mentre la media a livello nazionale è pari a 607,61 euro.

Nelle Regioni a statuto speciale e nelle Province autonome (RSS) emerge il dato della Sicilia che nel 2020, pur sostenendo i maggiori costi di personale in valore assoluto tra le RSS, ha un costo *pro capite* (578,99 euro), che seppure di poco inferiore alla media nazionale 607,61, è invece molto inferiore alla media delle RSS, che è pari a 862,36 euro.

Il costo *pro capite* delle altre RSS registra, invece, un valore sempre superiore alla media nazionale.

Tabella 82 - Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP - Costo del personale *pro capite* per Regione - Anni 2018-2020

Regione/Provincia autonoma	Pro capite 2018	Pro capite 2019	Pro capite 2020	Variazioni 2020-2018	Variazioni 2020-2019	Variazioni 2019-2018
Piemonte	636,48	654,83	680,67	6,94	3,95	2,88
Lombardia	498,75	510,40	526,34	5,53	3,12	2,34
Veneto	558,82	571,16	595,81	6,62	4,31	2,21
Liguria	690,75	709,34	724,70	4,91	2,16	2,69
Emilia-Romagna	675,21	693,48	726,86	7,65	4,81	2,71
Toscana	677,32	697,53	736,90	8,80	5,64	2,98
Umbria	700,82	717,72	728,46	3,94	1,50	2,41
Marche	665,47	674,93	693,17	4,16	2,70	1,42
Lazio	436,34	453,11	483,49	10,81	6,70	3,84
Abruzzo	576,01	589,28	602,86	4,66	2,31	2,30
Molise	563,81	556,33	560,17	-0,65	0,69	-1,33
Campania	436,83	451,22	476,52	9,09	5,61	3,29
Puglia	498,42	520,18	542,72	8,89	4,33	4,37
Basilicata	652,91	668,65	673,21	3,11	0,68	2,41
Calabria	571,51	586,11	587,42	2,78	0,22	2,56
RSO Totale	551,37	567,12	590,33	7,07	4,09	2,86
Valle d'Aosta	898,91	921,53	1.003,69	11,66	8,92	2,52
Provincia autonoma Bolzano	1.189,49	1.187,49	1.267,58	6,57	6,74	-0,17
Provincia autonoma Trento	820,59	818,96	860,73	4,89	5,10	-0,20
Friuli-Venezia Giulia	779,53	799,60	813,57	4,37	1,75	2,57
Sicilia	542,67	564,17	578,99	6,69	2,63	3,96
Sardegna	717,30	731,26	749,39	4,47	2,48	1,95
RSS Totale	812,49	835,43	862,36	6,14	3,22	2,82
Totale costo del personale	568,46	584,57	607,61	6,89	3,94	2,83

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

9.2.1.1 Costo del personale per tipologie di rapporto di lavoro

Tabella 83 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Costo del personale per tipologia di rapporto di lavoro – Anni 2018-2020

Descrizione	2018	2019	2020	Variazioni % 2020- 2018	Variazioni % 2020- 2019	Variazioni % 2019- 2018
PERSONALE						
B.5) Personale del ruolo sanitario	27.836.483	28.345.351	29.386.636	5,57	3,67	1,83
B.6) Personale del ruolo professionale	125.361	129.870	139.293	11,11	7,26	3,60
B.7) Personale del ruolo tecnico	3.896.414	3.963.656	4.195.958	7,69	5,86	1,73
B.8) Personale del ruolo amministrativo	2.524.321	2.527.870	2.516.624	-0,30	-0,44	0,14
Totale costo del personale	34.382.579	34.966.747	36.238.511	5,40	3,64	1,70
CONSULENZE						
B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	1.118.945	1.158.860	1.547.719	38,32	33,56	3,57
Totale costo del personale di ruolo e consulenze	35.501.525	36.125.608	37.786.230	6,44	4,60	1,76

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

Tabella 84 – Modello di rilevazione CE a livello regionale da BDAP – Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie – Anni 2018-2020

Descrizione	2018	2019	2020	Variazioni % 2020- 2018	Variazioni % 2020- 2019	Variazioni % 2019- 2018
B.2.A.15.2) Consulenze sanitarie e sociosanitarie da terzi - Altri soggetti pubblici	11.817	10.108	8.775	-25,74	-13,18	-14,46
B.2.A.15.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie da privato	1.095.838	1.138.125	1.530.633	39,68	34,49	3,86
B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000	230.227	257.920	411.482	78,73	59,54	12,03
B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	72.703	85.236	147.590	103	73,15	17,24
B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e sociosanitarie da privato	107.016	100.141	190.867	78,35	90,6	-6,42
B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	176.447	176.322	206.678	17,13	17,22	-0,07
B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	133.164	149.351	208.148	56,31	39,37	12,16
B.2.A.15.4) Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando	11.290	10.628	8.311	-26,39	-21,8	-5,86
B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	1.118.945	1.158.860	1.547.719	38,32	33,56	3,57

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

Tabella 85 – Modello di rilevazione di CE a livello regionale da BDAP – Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie a livello regionale – Anni 2018-2020

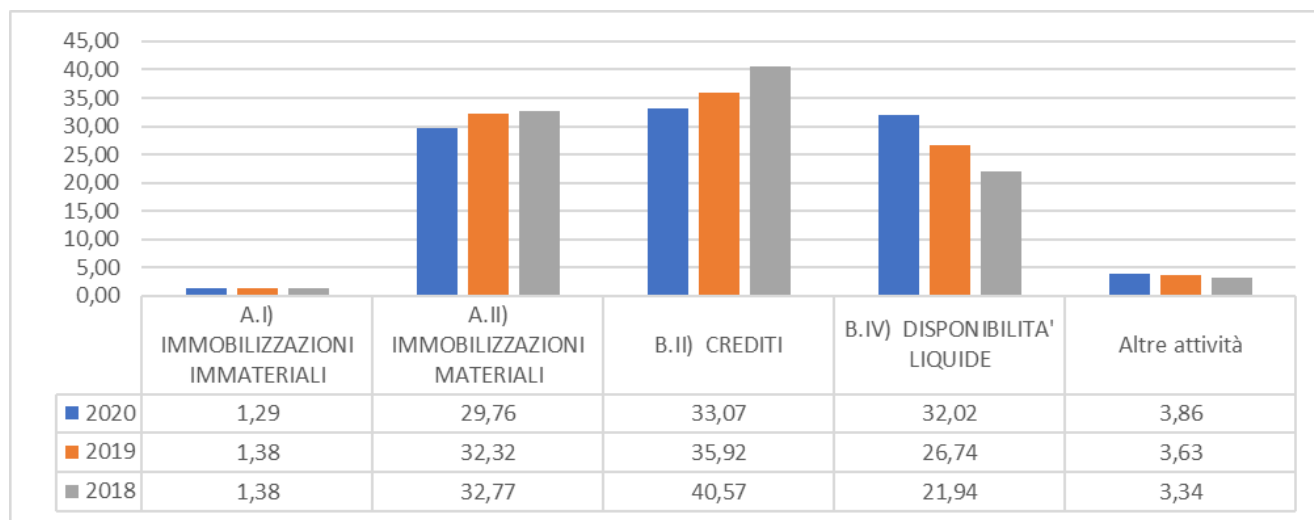
Regione/Provincia autonoma	2018	2019	2020	Variazioni % 2020-2018	Variazioni % 2020-2019	Variazioni % 2019-2018	Incidenza % 2018	Incidenza % 2019	Incidenza % 2020
Piemonte	71.684	76.349	110.096	53,59	44,20	6,51	6,41	6,59	7,11
Lombardia	171.667	169.177	239.619	39,58	41,64	-1,45	15,34	14,60	15,48
Veneto	63.513	70.006	122.239	92,46	74,61	10,22	5,68	6,04	7,90
Liguria	29.841	31.196	50.166	68,11	60,81	4,54	2,67	2,69	3,24
Emilia-Romagna	113.019	108.667	186.922	65,39	72,01	-3,85	10,10	9,38	12,08
Toscana	66.147	76.527	92.230	39,43	20,52	15,69	5,91	6,60	5,96
Umbria	14.951	15.819	19.148	28,07	21,04	5,81	1,34	1,37	1,24
Marche	24.163	24.230	37.189	53,91	53,48	0,28	2,16	2,09	2,40
Lazio	128.781	130.750	144.235	12,00	10,31	1,53	11,51	11,28	9,32
Abruzzo	32.686	37.566	52.726	61,31	40,36	14,93	2,92	3,24	3,41
Molise	6.544	7.587	9.988	52,63	31,65	15,94	0,58	0,65	0,65
Campania	193.816	189.940	197.398	1,85	3,93	-2,00	17,32	16,39	12,75
Puglia	37.534	40.530	56.151	49,60	38,54	7,98	3,35	3,50	3,63
Basilicata	8.937	10.002	9.469	5,95	-5,33	11,92	0,80	0,86	0,61
Calabria	8.091	7.164	9.047	11,82	26,28	-11,46	0,72	0,62	0,58
RSO Totale	971.373	995.509	1.336.625	37,60	34,27	2,48	86,81	85,90	86,36
Valle d' Aosta	4.815	5.355	6.112	26,94	14,14	11,21	0,43	0,46	0,39
Provincia autonoma Bolzano	2.752	2.554	3.659	32,96	43,27	-7,19	0,25	0,22	0,24
Provincia autonoma Trento	5.825	9.484	11.290	93,82	19,04	62,82	0,52	0,82	0,73
Friuli-Venezia Giulia	22.697	24.543	32.490	43,15	32,38	8,13	2,03	2,12	2,10
Sicilia	80.300	83.183	104.617	30,28	25,77	3,59	7,18	7,18	6,76
Sardegna	31.183	38.232	52.926	69,73	38,43	22,61	2,79	3,30	3,42
RSS Totale	147.572	163.351	211.094	43,04	29,23	10,69	13,19	14,10	13,64
B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	1.118.945	1.158.860	1.547.719	38,32	33,56	3,57	100,00	100,00	100,00

Fonte: Modello di rilevazione CE a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

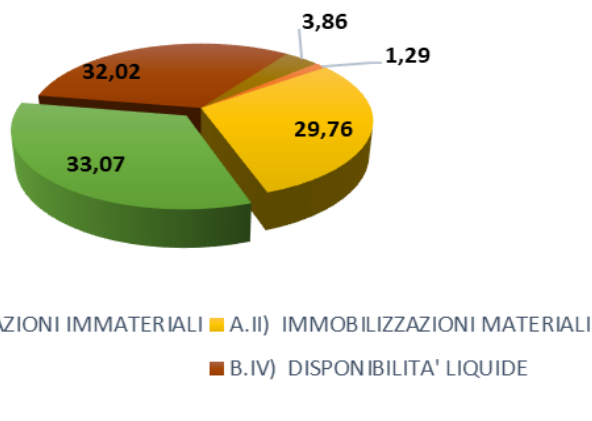
9.3 I risultati delle gestioni sanitarie da BDAP: modello SP

9.3.1 La voce complessiva "attività"

Grafico 12 – Modello di rilevazione SP – Incidenza principali voci dell'attivo sul totale delle attività*



Totale attività 2020



Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022

* I dati del grafico, per un'uniformità di analisi, sono esposti al netto della Regione Calabria che nel 2020 non ha presentato lo schema di SP.

9.3.2 La voce *Immobilizzazioni* nei modelli di SP

Nell'analisi delle macro-voci dell'attivo le immobilizzazioni nel loro valore complessivo presentano nel triennio una diminuzione.

Tabella 86 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP per gli anni 2018-2020 – Immobilizzazioni

Descrizione voce SP	2018 *	2019 *	2020 *	Variazioni % 2020-2018	Variazioni % 2020-2019	Variazioni % 2019-2018	Scostamenti 2020-2018	Scostamenti 2020-2019	Scostamenti 2019-2018
A.I) IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	1.291.969	1.288.511	1.309.753	1,38	1,65	-0,27	17.784	21.242	-3.458
A.I.1) Costi di impianto e di ampliamento	569	647	623	9,47	-3,74	13,72	54	-24	78
A.I.2) Costi di ricerca e sviluppo	480	171	111	-76,83	-34,86	-64,44	-369	-60	-309
A.I.3) Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno	58.228	52.114	58.892	1,14	13,01	-10,50	664	6.778	-6.114
A.I.4) Immobilizzazioni immateriali in corso e acconti	241.792	245.773	261.962	8,34	6,59	1,65	20.170	16.189	3.981
A.I.5) Altre immobilizzazioni immateriali	990.900	989.806	988.165	-0,28	-0,17	-0,11	-2.735	-1.641	-1.094
A.II) IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	30.665.417	30.075.860	30.143.476	-1,70	0,22	-1,92	-521.941	67.616	-589.557
A.II.1) Terreni	842.184	843.476	852.764	1,26	1,10	0,15	10.580	9.288	1.292
A.II.2) Fabbricati	23.684.988	22.915.246	22.537.943	-4,84	-1,65	-3,25	-1.147.045	-377.303	-769.742
A.II.3) Impianti e macchinari	962.085	965.746	1.015.241	5,53	5,13	0,38	53.156	49.495	3.661
A.II.4) Attrezzature sanitarie e scientifiche	1.406.604	1.460.094	1.879.933	33,65	28,75	3,80	473.329	419.840	53.490
A.II.5) Mobili e arredi	212.237	201.814	213.761	0,72	5,92	-4,91	1.524	11.948	-10.423
A.II.6) Automezzi	38.745	44.569	45.696	17,94	2,53	15,03	6.951	1.128	5.824
A.II.7) Oggetti d'arte	123.772	125.906	127.871	3,31	1,56	1,72	4.099	1.966	2.134
A.II.8) Altre immobilizzazioni materiali	162.351	164.987	196.617	21,11	19,17	1,62	34.266	31.631	2.636
A.II.9) Immobilizzazioni materiali in corso e acconti	3.238.881	3.360.454	3.280.076	1,27	-2,39	3,75	41.195	-80.378	121.573
A.III) IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE	581.810	687.487	526.202	-9,56	-23,46	18,16	-55.608	-161.285	105.677
A.III.1) Crediti finanziari	322.663	444.878	292.383	-9,38	-34,28	37,88	-30.280	-152.496	122.215
A.III.2) Titoli	259.147	242.609	233.819	-9,77	-3,62	-6,38	-25.328	-8.790	-16.538
A) IMMOBILIZZAZIONI	32.539.196	32.051.858	31.979.431	-1,72	-0,23	-1,50	-559.765	-72.427	-487.338

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

* I dati della tabella, per un'uniformità di analisi, sono esposti al netto della Regione Calabria che nel 2020 non ha presentato lo schema di SP.

9.3.3 Attivo Circolante

Nell'ambito dell'Attivo circolante, la voce "Disponibilità liquide" comprende i conti correnti di tesoreria e le disponibilità esistenti nella contabilità speciale di tesoreria unica presso la Banca d'Italia, altri depositi bancari e postali, denaro e altri valori in cassa.

Tabella 87 - Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - Disponibilità liquide - Anni 2018-2020

Descrizione voce SP	2018 *	2019 *	2020 *	Var. % 2020-2018	Var. % 2020-2019	Var. % 2019-2018	Inc. % 2018	Inc. % 2019	Inc. % 2020
B.IV.1) Cassa	24.414	102.452	86.348	253,68	-15,72	319,64	0,12	0,41	0,27
B.IV.2) Istituto Tesoriere	16.950.436	13.878.106	19.285.108	13,77	38,96	-18,13	82,56	55,76	59,45
B.IV.3) Tesoreria Unica	3.357.274	10.697.876	12.868.978	283,32	20,29	218,65	16,35	42,98	39,67
B.IV.4) Conto corrente postale	199.261	209.958	198.557	-0,35	-5,43	5,37	0,97	0,84	0,61
B.IV) DISPONIBILITÀ LIQUIDE	20.531.385	24.888.391	32.438.991	58,00	30,34	21,22	100,00	100,00	100,00

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

* I dati della tabella, per un'uniformità di analisi, sono esposti al netto della Regione Calabria che nel 2020 non ha presentato lo schema di SP.

Dalla tabella 87 si evince che il dato relativo alla cassa ha un andamento ondivago: crescente tra il 2018 ed il 2019 (319,64%), decrescente tra il 2019 ed il 2020, mantenendosi comunque sia nel 2019 sia nel 2020 molto al di sopra del 2018 (253,68%, nel 2020 rispetto al 2018). La voce "Tesoreria Unica" è compilata esclusivamente dalla Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) e riguarda le disponibilità giacenti nella contabilità speciale di tesoreria unica presso la Banca d'Italia, destinato al finanziamento della sanità: nel triennio considerato, il suo valore cresce del 283,32% nel 2020 sul 2018, passando dai 3.357,27 mln delle giacenze 2018 ai 12.868,97 mln del 2020. La tabella 88 sotto riportata evidenzia l'andamento nel triennio di tale voce nelle sole Regioni in cui risulta valorizzata.

Tabella 88 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Tesoreria unica – Anni 2018-2020

Regione/Provincia autonoma	2018 *	2019 *	2020 *	Variazioni % 2020-2018	Variazioni % 2020-2019	Variazioni % 2019-2018
Piemonte	79.514	79.296	75.267	-5,34	-5,08	-0,27
Lombardia	682.821	6.719.907	8.008.392	1.072,84	19,17	884,14
Veneto	407.034	392.418	166.402	-59,12	-57,60	-3,59
Liguria	82.181	75.478	44.488	-45,87	-41,06	-8,16
Emilia-Romagna	284.731	464.861	637.311	123,83	37,10	63,26
Toscana	99.849	110.402	61.642	-38,26	-44,17	10,57
Umbria	167.827	185.655	296.660	76,77	59,79	10,62
Marche	307.080	367.290	375.861	22,40	2,33	19,61
Lazio	708.234	1.191.005	1.997.488	182,04	67,71	68,17
Molise	32.563	39.737	47.538	45,99	19,63	22,03
Campania	131.640	170.854	235.717	79,06	37,96	29,79
Puglia	328.604	851.427	871.433	165,19	2,35	159,10
Valle d'Aosta	44.949	49.545	50.777	12,97	2,49	10,23
Friuli-Venezia Giulia	247	0	0	-	-	-
Tesoreria Unica	3.357.274	10.697.876	12.868.978	283,32	20,29	218,65

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

* I dati della tabella, per un'uniformità di analisi, sono esposti al netto della Regione Calabria che nel 2020 non ha presentato lo schema di SP.

Tabella 89 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Disponibilità liquide per Regione – Anni 2018-2020

Regione/Provincia autonoma	2018	2019	2020	Variazioni % 2020-2018	Variazioni % 2020-2019	Variazioni % 2019-2018	Incidenza % 2018	Incidenza % 2019	Incidenza % 2020
Piemonte	447.046	590.721	1.108.615	147,99	87,67	32,14	2,18	2,37	3,42
Lombardia	5.289.607	6.995.563	8.952.663	69,25	27,98	32,25	25,76	28,11	27,60
Veneto	2.880.062	3.176.728	3.567.639	23,87	12,31	10,30	14,03	12,76	11,00
Liguria	490.576	560.195	669.345	36,44	19,48	14,19	2,39	2,25	2,06
Emilia-Romagna	1.084.067	1.287.839	1.392.140	28,42	8,10	18,80	5,28	5,17	4,29
Toscana	352.481	561.107	437.961	24,25	-21,95	59,19	1,72	2,25	1,35
Umbria	475.692	421.103	571.586	20,16	35,74	-11,48	2,32	1,69	1,76
Marche	684.140	691.463	792.822	15,89	14,66	1,07	3,33	2,78	2,44
Lazio	1.260.107	1.829.774	2.951.330	134,21	61,29	45,21	6,14	7,35	9,10
Abruzzo	560.659	582.042	683.668	21,94	17,46	3,81	2,73	2,34	2,11
Molise	35.217	40.355	48.354	37,30	19,82	14,59	0,17	0,16	0,15
Campania	1.435.524	1.376.766	2.509.320	74,80	82,26	-4,09	6,99	5,53	7,74
Puglia	1.010.965	1.317.281	1.575.182	55,81	19,58	30,30	4,92	5,29	4,86
Basilicata	299.011	248.630	316.681	5,91	27,37	-16,85	1,46	1,00	0,98
Calabria *	419.632	430.298	n.d.	-	-	-	-	-	-
RSO Totale *	16.305.154	19.679.568	25.577.307	56,87	29,97	20,70	79,42	79,07	78,85
Valle d'Aosta	45.002	127.981	119.677	165,94	-6,49	184,39	0,22	0,51	0,37
Provincia autonoma Bolzano	165.557	187.477	120.829	-27,02	-35,55	13,24	0,81	0,75	0,37
Provincia autonoma Trento	88.249	78.927	118.872	34,70	50,61	-10,56	0,43	0,32	0,37
Friuli-Venezia Giulia	458.538	517.748	741.050	61,61	43,13	12,91	2,23	2,08	2,28
Sicilia	2.490.423	3.112.489	4.481.970	79,97	44,00	24,98	12,13	12,51	13,82
Sardegna	978.462	1.184.201	1.279.286	30,74	8,03	21,03	4,77	4,76	3,94
RSS Totale	4.226.231	5.208.823	6.861.684	345,95	103,73	245,99	20,58	20,93	21,15
Totale disponibilità liquide *	20.531.385	24.888.391	32.438.991	402,81	133,70	266,68	100,00	100,00	100,00

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

* I dati della tabella, per un'uniformità di analisi, sono esposti al netto della Regione Calabria che nel 2020 non ha presentato lo schema di SP. A tal proposito anche i dati del totale delle RSO e del totale generale non comprendono per gli anni 2018 e 2019 i dati della Regione Calabria.

9.3.4 Il Patrimonio netto

Dall'analisi della voce Patrimonio netto si evidenziano con la tabella seguente le principali voci:

Tabella 90 - Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - Patrimonio netto - Anni 2018-2020

Descrizione voce SP	2018 *	2019 *	2020 *	Variazioni % 2020-2018	Variazioni % 2020-2019	Variazioni % 2019-2018
A.I) FONDO DI DOTAZIONE	1.719.242	1.857.564	2.022.386	17,63	8,87	8,05
A.II) FINANZIAMENTI PER INVESTIMENTI	28.415.244	28.902.073	30.252.305	6,47	4,67	1,71
A.II.2) Finanziamenti da Stato per investimenti	4.146.992	4.440.985	5.375.844	29,63	21,05	7,09
A.II.3) Finanziamenti da Regione per investimenti	16.335.988	16.513.377	16.816.340	2,94	1,83	1,09
A.II.4) Finanziamenti da altri soggetti pubblici per investimenti	540.913	504.706	489.617	-9,48	-2,99	-6,69
A.II.5) Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio	2.603.038	2.992.557	3.491.242	34,12	16,66	14,96
A.III) RISERVE DA DONAZIONI E LASCITI VINCOLATI AD INVESTIMENTI	1.261.312	1.263.931	1.507.503	19,52	19,27	0,21
A.IV) ALTRE RISERVE	696.178	742.124	822.048	18,08	10,77	6,60
A.V) CONTRIBUTI PER RIPIANO PERDITE	2.790.150	2.074.144	570.885	-79,54	-72,48	-25,66
A.V.2) Contributi per ricostituzione risorse da investimenti esercizi precedenti	13.609	7.850	7.851	-42,31	0,02	-42,32
A.VI) UTILI (PERDITE) PORTATI A NUOVO	-3.179.351	-2.055.581	-761.775	-76,04	-62,94	-35,35
A.VII) UTILE (PERDITA) D'ESERCIZIO	-8.053	4.406	111.642	-1.486,34	2.433,95	-154,71
A) PATRIMONIO NETTO	31.694.722	32.788.661	34.524.993	8,93	5,30	3,45

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

* I dati della tabella, per un'uniformità di analisi, sono esposti al netto della Regione Calabria che nel 2020 non ha presentato lo schema di SP.

9.3.5 La situazione debitoria

Dall'analisi della voce di stato patrimoniale "D) Debiti" risulta come tale voce sia andata riducendosi dal 2018 al 2019 passando dai 42.932,43 mln del 2018 ai 39.808,87 mln del 2019, con un decremento di 3.123,56 mln (-7,28%). Si osserva un nuovo aumento del valore della voce nel 2020 (pari a 42.570,24 mln) fino a ritornare quasi ai livelli del 2018.

Tabella 91 - Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP - D) Debiti - Anni 2018-2020

Descrizione voce SP	2018 *	2019 *	2020 *	Variazioni % 2020-2018	Variazioni % 2020-2019	Variazioni % 2019-2018
D.I) Debiti Per Mutui Passivi	1.513.654	1.427.202	1.284.778	-15,12	-9,98	-5,71
D.II) Debiti V/Stato	12.075.153	9.164.935	9.769.838	-19,09	6,60	-24,10
D.III) Debiti V/Regione o Provincia autonoma	1.161.687	1.553.921	2.359.477	103,11	51,84	33,76
D.IV) Debiti V/Comuni	253.833	248.295	262.424	3,38	5,69	-2,18
D.V) Debiti V/Aziende Sanitarie Pubbliche	291.837	104.588	116.747	-60,00	11,63	-64,16
D.V.1) Debiti V/Aziende Sanitarie Pubbliche Della Regione	217.526	41.291	50.287	-76,88	21,79	-81,02
D.V.2) Debiti V/Aziende Sanitarie Pubbliche Extraregione	74.311	63.297	66.460	-10,57	5,00	-14,82
D.VI) Debiti V/ Società Partecipate e/o enti dipendenti della Regione	1.091.575	1.030.830	1.441.510	32,06	39,84	-5,56
D.VII) Debiti V/Fornitori	17.373.495	16.287.260	17.064.451	-1,78	4,77	-6,25
D.VIII) Debiti V/Istituto Tesoriere	150.173	232.798	171.752	14,37	-26,22	55,02
D.IX) Debiti Tributari	1.955.435	1.964.441	2.041.272	4,39	3,91	0,46
D.X) Debiti V/Istituti Previdenziali, Assistenziali e Sicurezza Sociale	1.948.669	2.031.931	2.198.050	12,80	8,18	4,27
D.XI) Debiti V/Altri	5.116.926	5.762.673	5.859.947	14,52	1,69	12,62
D) Debiti	42.932.437	39.808.874	42.570.246	-0,84	6,94	-7,28

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

* I dati della tabella, per un'uniformità di analisi, sono esposti al netto della Regione Calabria che nel 2020 non ha presentato lo schema di SP.

9.3.6 La situazione debitoria: in particolare i debiti verso fornitori

Osservando la composizione delle singole voci che compongono la macrovoce "Debiti", la voce "Debiti verso fornitori" è quella di maggior valore, con 17.064,45 mln nel 2020 ed un peso sul totale pari al 40%. Anche per i Debiti verso i fornitori si registra un *trend* in diminuzione fino al 2019, con una riduzione complessiva, nel biennio 2018-2019, pari 6,25%, che, tuttavia, si interrompe nel 2020 quando la voce cresce del 4,77% rispetto al 2019.

La riduzione 2018-2019 si rileva in quasi tutte le Regioni.

Tabella 92 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Debiti verso fornitori – Anni 2018-2020

Regione/Provincia autonoma	2018	2019	2020	Variazioni % 2020-2018	Variazioni % 2020-2019	Variazioni % 2019-2018
Piemonte	1.364.147	1.229.630	1.294.301	-5,12	5,26	-9,86
Lombardia	2.312.404	2.089.047	1.916.988	-17,10	-8,24	-9,66
Veneto	1.194.121	1.030.988	1.211.114	1,42	17,47	-13,66
Liguria	427.551	362.383	385.594	-9,81	6,41	-15,24
Emilia-Romagna	1.326.023	1.265.495	1.559.968	17,64	23,27	-4,56
Toscana	1.037.423	967.908	1.035.365	-0,20	6,97	-6,70
Umbria	157.514	133.545	160.259	1,74	20,00	-15,22
Marche	507.481	516.627	528.527	4,15	2,30	1,80
Lazio	2.587.068	2.582.294	2.681.561	3,65	3,84	-0,18
Abruzzo	511.921	553.652	573.473	12,02	3,58	8,15
Molise	139.759	170.607	188.202	34,66	10,31	22,07
Campania	1.846.052	1.677.957	1.656.590	-10,26	-1,27	-9,11
Puglia	1.111.634	1.067.207	1.122.706	1,00	5,20	-4,00
Basilicata	178.674	150.440	154.583	-13,48	2,75	-15,80
Calabria *	1.096.501	1.050.921	n.d.	-	-	-
RSO Totale*	14.701.772	13.797.780	14.469.230	-1,58	4,87	-6,15
Valle d'Aosta	18.682	17.665	19.639	5,12	11,18	-5,44
Provincia autonoma Bolzano	74.021	65.270	112.337	51,76	72,11	-11,82
Provincia autonoma Trento	123.016	129.886	133.813	8,78	3,02	5,58
Friuli-Venezia Giulia	192.954	217.169	278.222	44,19	28,11	12,55
Sicilia	1.660.393	1.468.463	1.539.999	-7,25	4,87	-11,56
Sardegna	602.657	591.026	511.209	-15,17	-13,50	-1,93
RSS Totale	2.671.723	2.489.480	2.595.221	-2,86	4,25	-6,82
D.VII) debiti v/fornitori*	17.373.495	16.287.260	17.064.451	-1,78	4,77	-6,25

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

* I dati della tabella, per un'uniformità di analisi, sono esposti al netto della Regione Calabria che nel 2020 non ha presentato lo schema di SP. A tal proposito anche i dati del totale delle RSO e del totale generale non comprendono per gli anni 2018 e 2019 i dati della Regione Calabria.

Tabella 93 – Modello di rilevazione SP a livello regionale da BDAP – Debiti verso fornitori *pro capite* – Anni 2018-2020

Regione/Provincia autonoma	2018	2019	2020	Variazioni % 2020-2018	Variazioni % 2020-2019	Variazioni % 2019-2018
Piemonte	311,74	284,07	300,22	-3,70	5,68	-8,88
Lombardia	230,40	208,68	191,17	-17,03	-8,39	-9,43
Veneto	243,51	211,07	248,22	1,93	17,60	-13,32
Liguria	274,60	236,39	252,88	-7,91	6,97	-13,92
Emilia-Romagna	297,81	283,78	349,45	17,34	23,14	-4,71
Toscana	277,61	261,50	280,39	1,00	7,22	-5,80
Umbria	178,05	152,84	184,17	3,43	20,50	-14,16
Marche	331,31	339,81	349,40	5,46	2,82	2,57
Lazio	438,73	447,30	465,90	6,19	4,16	1,95
Abruzzo	389,24	425,67	443,20	13,86	4,12	9,36
Molise	453,04	561,60	626,26	38,24	11,51	23,96
Campania	316,82	292,31	290,01	-8,46	-0,79	-7,73
Puglia	274,60	268,44	283,99	3,42	5,79	-2,24
Basilicata	315,06	269,32	279,41	-11,32	3,74	-14,52
Calabria *	560,39	549,64	n.d.	-	-	-
RSO Totale*	286,04	271,21	285,13	-0,32	5,14	-5,19
Valle d'Aosta	148,03	140,59	157,07	6,11	11,73	-5,03
Provincia autonoma Bolzano	140,26	123,08	210,91	50,37	71,36	-12,25
Provincia autonoma Trento	227,85	238,88	245,34	7,68	2,70	4,84
Friuli-Venezia Giulia	158,57	179,42	230,66	45,46	28,56	13,15
Sicilia	330,30	299,16	315,88	-4,36	5,59	-9,43
Sardegna	365,65	364,32	317,20	-13,25	-12,93	-0,36
RSS Totale	294,05	278,44	291,72	-0,79	4,77	-5,31
D.VII) debiti v/fornitori*	287,24	272,29	286,12	-0,39	5,08	-5,21

Fonte: Modello di rilevazione SP a livello regionale degli enti sanitari 2018, 2019, 2020 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche al 28 giugno 2022; importi in migliaia di euro

* I dati della tabella, per un'uniformità di analisi, sono esposti al netto della Regione Calabria che nel 2020 non ha presentato lo schema di SP. A tal proposito anche i dati del totale delle RSO e del totale generale non comprendono per gli anni 2018 e 2019 i dati della Regione Calabria.

10 MONITORAGGIO SPESA FARMACEUTICA

10.1 La spesa farmaceutica: le tendenze di medio-lungo periodo

La spesa farmaceutica a carico del Sistema sanitario nazionale è stata, a partire almeno dal 2011, l'aggregato che ha offerto un importante contributo al contenimento della spesa complessiva. Ciò è avvenuto a causa di un insieme di disposizioni che, pur mutando nel tempo, hanno avuto l'obiettivo comune di evitare fenomeni di eccesso di prescrizioni non necessarie. Da menzionare a tal proposito il meccanismo stabilito sul rimborso basato sul farmaco "generico" non coperto da brevetto stabilito fin dall'art. 7, co. 1 del d.l. n. 347/2001 e rimodulato con l'art. 17, co. 1 del d.l. n. 98/2011.

I tetti di spesa, posti in termini percentuali sul FSN, sono previsti dall'art. 5, co. 5 del d.l. n. 159/2007, dall'art. 15, co. 4 del d.l. n. 95/2012, ridefinito con i cc. 398 e 399 dell'art. 1 della l. n. 232/2016, ulteriormente modificati dal co. 574 dell'art. 1 della l. n. 145/2018, dal co. 475 dell'art. 1 della l. n. 178/2020 (legge di bilancio 2021). Nel tempo si sono anche affinati gli strumenti di monitoraggio e gestione soprattutto con l'art. 21 del d.l. n. 113/2016 con l'estensione del sistema di pagamento e prescrizione rappresentato dal Sistema Tessera Sanitaria istituito dall'art. 3 del d.lgs. n. 175/2014. Esso ha trovato ulteriore spinta nell'obbligo di pagamento elettronico, al fine della detrazione fiscale sul reddito personale a seguito dell'art. 1, co. 679 della l. n. 160/2019 (legge di bilancio 2020). Un passo verso la dematerializzazione di tutto il sistema è stato compiuto con l'art. 11 del d.l. n. 34/2020 che ha previsto l'eliminazione del consenso dell'assistito per l'apertura del fascicolo sanitario elettronico.

A partire dal 2015, la spesa per i farmaci in convenzione è risultata essere costantemente al di sotto dei tetti di spesa programmati, mentre quella per la farmaceutica ospedaliera, anche in conseguenza della introduzione di nuove classi di farmaci il cui costo unitario è relativamente molto più elevato, ha visto superare i limiti di spesa in maniera crescente; a tal riguardo, sul piano nazionale, mentre, nel periodo 2014-2021, la spesa per la farmaceutica convenzionata si è ridotta da 8,8 a 7,9 miliardi (si tratta di una riduzione del 17,8% tra il 2012 e il 2020, con un picco nel 2020, quando si è registrata una diminuzione del 3,6% come effetto delle restrizioni agli spostamenti a causa della pandemia), quella per acquisti diretti è incrementata da 7,4 a 12,3 miliardi, determinando un aumento complessivo della spesa (al netto dei *pay back*) da 16,2 (nel 2014) a 20,2 miliardi (nel 2021). Se la spesa da farmaceutica convenzionata rappresentava l'8,1% della spesa sanitaria, era scesa al 5,9% nel 2020. Nel 2020 si sono registrati picchi di riduzioni di questa componente in Calabria (-6,5%) e nelle Marche (-11,3%).

A decorrere dal 1° gennaio 2017, nello stato di previsione del Ministero della Salute sono stati istituiti due fondi, ciascuno pari a 500 milioni di euro, per il concorso al rimborso alle Regioni della spesa per i farmaci innovativi, oncologici e non, che entro tale limite, è esclusa dalla base di calcolo per la verifica

del tetto di spesa. Nel 2021 gli acquisti diretti per farmaci innovativi non oncologici sono stati pari a 214 milioni, quelli per gli oncologici pari a 500 milioni, nei limiti, quindi, dei fondi ministeriali.

Per l'anno 2021, infine, la l. n. 178/2020 ha ridefinito i tetti per la spesa farmaceutica, mantenendo però invariate le risorse complessive ad essa destinate, pari al 14,85% del Fondo sanitario nazionale; di conseguenza, la rimodulazione ha ridotto il tetto per la farmaceutica convenzionata dal 7,96% al 7% del FSN, incrementando di un analogo valore quello per gli acquisti diretti, dal 6,89% al 7,85% del FSN, di cui lo 0,20% destinato alla spesa per gas medicinali. Tale rimodulazione ha comportato, per il 2021, una riduzione dello sfondamento della spesa per acquisti diretti pari a 1 miliardo, ed una simultanea riduzione dell'avanzo registrato per la spesa convenzionata, comunque risultato superiore a 500 milioni di euro.

Di seguito, una sintetica esposizione della spesa farmaceutica regionale nel 2021, sulla base dei risultati del monitoraggio condotto da Aifa.

10.2 Il monitoraggio della spesa farmaceutica per l'anno 2021

10.2.1 La spesa farmaceutica convenzionata

Anche nel 2021, come dal 2015, la spesa farmaceutica convenzionata³³⁴ ha rispettato il tetto del 7% sul piano nazionale, essendo risultata pari al 6,54% del FSN di quell'anno, pari, in valore assoluto, a 7,9 miliardi e inferiore di 561 milioni al tetto predeterminato (8,5 miliardi). Sul piano regionale, invece, sono sette gli enti territoriali che non rispettano il limite di spesa, di cui sei localizzati nelle Regioni meridionali e nelle Isole, che in ordine decrescente di incidenza sul FSR, sono: Campania (7,45%), Puglia (7,31%), Basilicata (7,28%), Lombardia (7,27%), Abruzzo (7,25%), Calabria (7,21%), Sardegna (7,04%). Appartengono, invece, al Centro-nord e al Nord gli enti nei quali si è rilevata l'incidenza di spesa più bassa. Tra le Regioni in piano di rientro, quattro si collocano nella fascia di spesa eccedente il tetto (Campania, Puglia, Abruzzo, Calabria), mentre il Lazio (6,96% del FSR) e il Molise (6,41% del FSR) risultano averlo rispettato. L'incidenza sul FSR più bassa si riscontra in Veneto (5,32%), in Emilia-Romagna (5,14%) e nella Provincia autonoma di Bolzano (4,43%).

³³⁴ Spesa convenzionata al netto dei *pay back* e del *ticket* fisso per ricetta pagato dagli assistiti.

Tabella 94 – Spesa farmaceutica convenzionata anno 2021

Regione	FSN* Gen-Dic 2021	Tetto 7%	Spesa Convenzionata	Scostamento assoluto	Incidenza % su FSR
Campania	11.308.423.371	791.589.636	842.456.789	50.867.153	7,45
Puglia	7.937.147.831	555.600.348	580.543.762	24.943.414	7,31
Basilicata	1.139.392.863	79.757.500	82.907.253	3.149.752	7,28
Lombardia	20.247.854.004	1.417.349.780	1.471.831.142	54.481.362	7,27
Abruzzo	2.630.295.825	184.120.708	190.758.854	6.638.146	7,25
Calabria	3.874.912.314	271.243.862	279.387.841	8.143.979	7,21
Sardegna	3.230.220.020	226.115.401	227.303.925	1.188.523	7,04
Lazio	11.603.740.350	812.261.824	807.101.673	-5.160.152	6,96
Sicilia	9.690.399.946	678.327.996	656.905.821	-21.422.175	6,78
Umbria	1.809.670.699	126.676.949	119.285.510	-7.391.439	6,59
Molise	623.176.484	43.622.354	39.974.641	-3.647.712	6,41
Marche	3.103.547.014	217.248.291	196.360.018	-20.888.273	6,33
Friuli-Venezia Giulia	2.445.708.978	171.199.628	151.117.330	-20.082.299	6,18
Liguria	3.314.468.119	232.012.768	197.609.736	-34.403.033	5,96
Piemonte	8.906.750.326	623.472.523	511.241.122	-112.231.401	5,74
Provincia autonoma Trento	1.077.134.087	75.399.386	60.766.266	-14.633.120	5,64
Toscana	7.632.157.970	534.251.058	430.393.700	-103.857.358	5,64
Valle d'Aosta	252.676.940	17.687.386	13.781.834	-3.905.551	5,45
Veneto	9.938.850.750	695.719.552	529.149.019	-166.570.533	5,32
Emilia-Romagna	9.119.797.094	638.385.797	468.818.493	-169.567.303	5,14
Provincia autonoma Bolzano	1.038.119.154	72.668.341	46.036.311	-26.632.030	4,43
Italia	120.924.444.139	8.464.711.090	7.903.731.039	-560.980.051	6,54

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Aifa, Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale, gennaio-dicembre 2021 (consuntivo), edizione 14/7/2022; importi in euro

10.2.2 Spesa farmaceutica per acquisti diretti (netto gas medicinali)

La spesa per acquisti diretti (al netto dei gas medicinali) è stata pari al 9,36% del FSN, superiore quindi di 1,71 punti percentuali al tetto del 7,65% che, tutte le Regioni, con le sole eccezioni di Lombardia (7,50%) e Valle d'Aosta (7,38%), contribuiscono a superare; se a tale spesa si aggiunge quella per i gas medicinali (0,20% del FSN), solo la Lombardia risulta osservarne il valore programmatico complessivo, pari al 7,85% del FSN. Tra le Regioni che non rispettano il tetto di spesa, l'incidenza di spesa percentualmente più alta rispetto al valore *standard*, superiore all'11% del FSR, si registra in Sardegna (11,34%) e in Umbria (11,28%), quella minima in Veneto (8,73%) e nella Provincia autonoma di Trento (8,34%). La spesa farmaceutica diretta nel 2020 aveva registrato un generale superamento del più rigido tetto vigente, pari al 6,69% del FSN, con una media nazionale dell'8,95% e con uno sfioramento globale di 2,7 miliardi. Ben 5 Regioni superavano il 10%: Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Marche, Abruzzo e Sardegna.

Tabella 95 – Spesa farmaceutica per acquisti diretti (netto gas medicinali) anno 2021

Regione	FSN* Gen-Dic 2021	Tetto 7,65%	Spesa Acquisti diretti (§)	Scostamento assoluto (§)	Incidenza %
Sardegna #	3.230.220.020	247.111.832	366.271.897	119.160.066	11,34
Umbria	1.809.670.699	138.439.808	204.185.426	65.745.617	11,28
Friuli-Venezia Giulia #	2.445.708.978	187.096.737	261.368.018	74.271.281	10,69
Abruzzo	2.630.295.825	201.217.631	280.878.267	79.660.636	10,68
Puglia	7.937.147.831	607.191.809	832.001.382	224.809.573	10,48
Marche	3.103.547.014	237.421.347	325.169.145	87.747.798	10,48
Campania	11.308.423.371	865.094.388	1.164.416.007	299.321.619	10,30
Emilia-Romagna	9.119.797.094	697.664.478	929.255.243	231.590.765	10,19
Calabria	3.874.912.314	296.430.792	390.351.275	93.920.483	10,07
Toscana	7.632.157.970	583.860.085	759.935.019	176.074.934	9,96
Liguria	3.314.468.119	253.556.811	327.064.884	73.508.073	9,87
Basilicata	1.139.392.863	87.163.554	110.651.529	23.487.975	9,71
Molise	623.176.484	47.673.001	60.376.637	12.703.636	9,69
Lazio	11.603.740.350	887.686.137	1.088.933.672	201.247.535	9,38
Piemonte	8.906.750.326	681.366.400	814.503.933	133.137.533	9,14
Sicilia #	9.690.399.946	741.315.596	883.260.409	141.944.813	9,11
Provincia autonoma Bolzano #	1.038.119.154	79.416.115	93.541.640	14.125.525	9,01
Veneto	9.938.850.750	760.322.082	868.066.831	107.744.749	8,73
Provincia autonoma Trento #	1.077.134.087	82.400.758	89.872.602	7.471.844	8,34
Lombardia	20.247.854.004	1.548.960.831	1.518.904.982	-30.055.850	7,50
Valle d'Aosta #	252.676.940	19.329.786	18.655.610	-674.176	7,38
Italia	120.924.444.139	9.250.719.977	11.318.001.078	2.067.281.101	9,36

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Aifa, Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale, gennaio-dicembre 2021 (consuntivo), edizione 14/7/2022; importi in euro

10.2.3 Spesa farmaceutica complessiva, convenzionata e per acquisti diretti, e verifica del rispetto delle risorse complessive del 14,85% del FSN

La spesa farmaceutica complessiva è risultata essere pari a 19,5 miliardi, con un'incidenza sul FSN pari al 16,10%, superiore di 1,5 miliardi al tetto programmato di spesa (18 miliardi). Tutte le Regioni concorrono al superamento di tale tetto, con le sole eccezioni del Veneto (14,15%), delle Province autonome di Trento (14,04%) e di Bolzano (13,54%) e della Valle d'Aosta (13,13%). Gli scostamenti più alti, superiori di 2,5% al valore programmato, si rilevano, oltre che in Umbria (3,13%), nelle Regioni in piano di rientro: Sardegna (3,82%), Abruzzo (3,33%), Puglia (3,23%) Campania (3,11%) e Calabria (2,76%). Le altre Regioni in piano di rientro (Lazio, Molise e Sicilia), invece, registrano scostamenti positivi percentuali meno elevati, tra l'1,67% e l'1,43% dei rispettivi Fondi sanitari regionali.

Tabella 96 – Spesa farmaceutica convenzionata e per acquisti diretti, Gennaio-Dicembre 2021, e verifica del rispetto delle risorse complessive del 14,85%, per Regione in ordine decrescente di incidenza sul FSN

Regione	A	B	C	D	E=C+D	F=E-B	G=E/A %	H=F/A %
	FSN* Gen-Dic 2021	Soglia 14,85%	Spesa Convenzionata ^f	Spesa per Acquisti diretti ^w (°°)	Spesa complessiva (°°)	Scostamento assoluto (°°)	Incidenza %	Incidenza % Scostamento
Sardegna [#]	3.230.220.020	479.687.673	227.303.925	375.802.646	603.106.570	123.418.897	18,67	3,82
Abruzzo	2.630.295.825	390.598.930	190.758.854	287.367.688	478.126.542	87.527.612	18,18	3,33
Puglia	7.937.147.831	1.178.666.453	580.543.762	854.148.299	1.434.692.061	256.025.608	18,08	3,23
Umbria	1.809.670.699	268.736.099	119.285.510	206.164.339	325.449.848	56.713.749	17,98	3,13
Campania	11.308.423.371	1.679.300.871	842.456.789	1.188.152.706	2.030.609.495	351.308.625	17,96	3,11
Calabria	3.874.912.314	575.424.479	279.387.841	402.829.924	682.217.765	106.793.286	17,61	2,76
Basilicata	1.139.392.863	169.199.840	82.907.253	113.843.049	196.750.302	27.550.461	17,27	2,42
Friuli-Venezia Giulia [#]	2.445.708.978	363.187.783	151.117.330	264.350.074	415.467.404	52.279.620	16,99	2,14
Marche	3.103.547.014	460.876.732	196.360.018	330.624.070	526.984.088	66.107.356	16,98	2,13
Lazio	11.603.740.350	1.723.155.442	807.101.673	1.109.874.463	1.916.976.136	193.820.694	16,52	1,67
Molise	623.176.484	92.541.708	39.974.642	62.590.021	102.564.663	10.022.955	16,46	1,61
Sicilia [#]	9.690.399.946	1.439.024.392	656.905.821	920.477.976	1.577.383.798	138.359.406	16,28	1,43
Liguria	3.314.468.119	492.198.516	197.609.736	330.780.875	528.390.611	36.192.095	15,94	1,09
Toscana	7.632.157.970	1.133.375.459	430.393.700	768.950.059	1.199.343.758	65.968.300	15,71	0,86
Emilia-Romagna	9.119.797.094	1.354.289.868	468.818.493	946.190.745	1.415.009.238	60.719.370	15,52	0,67
Piemonte	8.906.750.326	1.322.652.424	511.241.122	835.588.780	1.346.829.902	24.177.479	15,12	0,27
Lombardia	20.247.854.004	3.006.806.320	1.471.831.142	1.552.311.086	3.024.142.228	17.335.908	14,94	0,09
Veneto	9.938.850.750	1.475.919.336	529.149.019	877.205.247	1.406.354.266	-69.565.070	14,15	-0,70
Provincia autonoma Trento [#]	1.077.134.087	159.954.412	60.766.266	90.424.304	151.190.570	-8.763.842	14,04	-0,81
Provincia autonoma Bolzano [#]	1.038.119.154	154.160.694	46.036.311	94.567.265	140.603.576	-13.557.119	13,54	-1,31
Valle d'Aosta [#]	252.676.940	37.522.526	13.781.834	19.390.310	33.172.144	-4.350.381	13,13	-1,72
Italia	120.924.444.139	17.957.279.955	7.903.731.039	11.561.970.596	19.465.701.635	1.508.421.680	16,10	1,25

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Aifa, Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale, gennaio-dicembre 2021 (consuntivo), edizione 14/7/2022; importi in euro

10.2.4 Le compartecipazioni alla spesa farmaceutica pagate dai cittadini

Le Sezioni riunite in sede di controllo della Corte dei conti già nel RCFP 2021³³⁵ avevano segnalato come il 2020 sia stato caratterizzato da un vero e proprio crollo delle compartecipazioni alla spesa sanitaria. Si è trattato di una riduzione complessiva del 21% a circa 2,1 miliardi; le entrate da *pay back* ridotte dell'11,4%; i pagamenti per superamento dei tetti di spesa farmaceutica ridotti del 24%; i *ticket* da specialistica ambulatoriale ridotti del 38,5% da 1357 milioni del 2019 agli 835 del 2020. Il fenomeno non stupisce, viste le misure emergenziali che hanno drasticamente ridotto la stessa possibilità di recarsi negli ambulatori e perfino in farmacia. Tale fenomeno non può essere attribuito interamente alla pandemia. Infatti, esistono elementi precedenti che hanno contribuito a ridimensionare le compartecipazioni, sia a livello nazionale, con l'abolizione del cosiddetto "*superticket*" dal primo gennaio 2020 a seguito del co. 446 dell'art. 1 della l. n. 160/2019, sia a livello territoriale a seguito di iniziative legislative regionali come in Piemonte nel marzo 2019, in materia di eliminazione della quota fissa di compartecipazione alla spesa farmaceutica; Provincia autonoma di Trento, sul *ticket* per la specialistica; ma anche iniziative assunte dalla Regione Umbria a Basilicata.

Le compartecipazioni complessive versate dagli assistiti, pari alla somma dei pagamenti del *ticket* fisso per ricetta, sommate alla quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento, ammontano nel 2021, a 1.481 milioni di euro, in riduzione dello 0,43% rispetto al dato del 2020 (1.487 milioni); i dati Aifa evidenziano che gran parte di questa spesa privata, pari al 73,1% del totale (1.083 milioni in valore assoluto), è stata versata quale contributo per l'acquisto di farmaci di marca a brevetto scaduto rispetto al prezzo di riferimento dell'equivalente disponibile in commercio, mentre il *ticket* fisso per ricetta rappresenta solo il 26,9% dei versamenti complessivi (in valore assoluto, 398 milioni). L'esame dei valori *pro capite* mensili, segnala che le Regioni che spendono di più per l'acquisto di farmaci a brevetto scaduto sono, oltre al Lazio (2,1 euro), soprattutto quelle meridionali e, in particolare, la Campania (2,1 euro), la Calabria (2,1 euro), la Sicilia (2 euro) e la Basilicata (1,9 euro), mentre i valori più bassi si registrano nelle Regioni centro-settentrionali e settentrionali, come la Toscana (1,1 euro), le Province autonome di Trento (1,1 euro) e di Bolzano (1 euro), la Lombardia, il Veneto e l'Emilia-Romagna (1,1 euro).

³³⁵ RCFP 2021, pag. 265 e ss.

Tabella 97 – Riepilogo spesa per compartecipazioni a carico del cittadino, gennaio dicembre 2021, e confronto con il 2020

Regione	A	B	C=B-A	D=100*C/A	E	F	G=B-E
	Totale compartecipazione Gen-Dic 20	Totale compartecipazione Gen-Dic 21	Variazione assoluta	Variazione %	Quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento 2021	Var % rispetto al 2020	Ticket fisso per ricetta 2021
Piemonte	63.085.716	62.473.015	-612.701	-0,97	62.117.958	-1,1	355.057
Valle d'Aosta	3.055.533	3.014.207	-41.326	-1,35	1.638.273	-1,7	1.375.934
Lombardia	255.324.398	256.233.238	908.841	0,36	137.316.782	0,0	118.916.457
Provincia autonoma Bolzano	9.986.820	10.172.013	185.193	1,85	5.881.630	0,5	4.290.383
Provincia autonoma Trento	6.820.147	6.892.784	72.637	1,07	6.805.786	1,0	86.998
Veneto	122.216.915	124.202.803	1.985.888	1,62	68.526.364	0,9	55.676.439
Friuli-Venezia Giulia	18.697.392	18.362.105	-335.287	-1,79	18.362.105	-1,8	
Liguria	42.527.469	42.669.598	142.130	0,33	24.732.830	-1,5	17.936.768
Emilia-Romagna	65.962.983	65.866.797	-96.186	-0,15	65.567.690	2,7	299.106
Toscana	63.708.878	53.087.848	-10.621.030	-16,67	52.828.814	2,2	259.035
Umbria	18.411.529	18.024.945	-386.584	-2,10	17.985.769	-0,3	39.176
Marche	29.218.107	29.316.308	98.201	0,34	29.316.308	0,3	
Lazio	160.236.193	162.090.387	1.854.194	1,16	141.638.131	1,2	20.651.816
Abruzzo	34.035.072	34.094.109	59.036	0,17	27.242.741	0,3	6.851.367
Molise	9.142.564	9.070.555	-72.010	-0,79	6.505.198	-2,3	2.565.357
Campania	202.192.185	203.762.009	1.569.825	0,78	131.681.879	0,5	72.080.131
Puglia	127.116.271	128.676.783	1.560.512	1,23	85.004.727	0,8	43.672.055
Basilicata	15.947.633	12.968.661	-2.978.972	-18,68	12.866.927	3,2	101.733
Calabria	54.945.022	55.350.632	405.610	0,74	46.093.650	0,8	9.256.983
Sicilia	155.774.092	155.763.218	-10.874	-0,01	111.770.162	-1,1	43.993.056
Sardegna	28.905.394	28.788.255	-117.139	-0,41	28.788.255	-0,4	
Italia	1.487.310.312	1.480.880.269	-6.430.043	-0,43	1.082.671.977	0,4	398.407.852

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Aifa, Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale, gennaio-dicembre 2021 (consuntivo), edizione 14/7/2022; importi in euro

11 IL SETTORE SANITARIO NELLE PARIFICHE REGIONALI

11.1 Premessa generale

Nel presente e conclusivo capitolo si intendono segnalare al Parlamento pochi aspetti di rilievo generale tratti dalle relazioni allegate al giudizio di parifica³³⁶ dei rendiconti regionali del 2020 e del 2021, almeno quelle disponibili. Introdotti dal d.l. n. 174/2012, i giudizi di parificazione dei rendiconti di Regioni e Province autonome, da parte della SRC della Corte dei conti, rappresentano un momento di enorme accrescimento nella conoscenza della finanza regionale che si è sviluppato negli anni. Tuttavia, essi sono trasmessi doverosamente ai Consigli regionali e agli organi di governo regionale. La Sezione delle autonomie intende dar conto al Parlamento della Repubblica di alcuni risultati di tali indagini senza con ciò sostituire la lettura di documenti analitici anche di notevole complessità e dettaglio.

Si è scelto in questa sede di limitarsi a tre aree di interesse esaminate nel giudizio di parificazione da parte delle Sezioni territorialmente competenti alla data del 30 novembre 2022³³⁷.

La prima si impone da sé ed è il controllo dell'applicazione delle disposizioni introdotte dal d.lgs. n. 118/2011 agli artt. 20-32, 33 e 35 che hanno istituito l'obbligo della "perimetrazione" sanitaria in funzione di un principio generale di trasparenza dei bilanci, ma soprattutto di assicurare che il finanziamento dei LEA sia in ogni caso garantito. La giurisprudenza costituzionale ha, da ultimo nella sentenza n. 62/2020, evidenziato il principio della previa programmazione del fabbisogno finanziario

³³⁶ La natura sul procedimento di parifica è rinvenibile nelle disposizioni previste dal testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, (artt. 39, 40 e 41 r.d. n. 1214/1934). In particolare, l'art. 40 dispone che «la Corte delibera sul rendiconto generale dello Stato a Sezioni riunite e con le formalità della sua giurisdizione contenziosa» e l'art. 41 prevede che alla deliberazione è allegata una relazione nella quale la Corte espone le sue osservazioni sulle modalità adottate dalle amministrazioni per conformarsi alle norme, nonché segnala le opportune variazioni.

Per la parifica del rendiconto la norma statutaria della Regione ad autonomia differenziata fa riferimento agli artt. 40 e 41 del testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, analogamente per le Regioni a statuto ordinario l'art.1, co. 5, del d.l. n. 174/2012, prevede che «Il rendiconto generale della regione è parificato dalla Sezione regionale di controllo della Corte dei conti ai sensi degli artt. 39, 40 e 41 del testo unico di cui al r.d. n. 1214/1934».

In sostanza il modello che la norma del 1934 riservava alla parifica del rendiconto dello Stato è stato riproposto pedissequamente per le Regioni. In tale modello non sussiste una contrapposizione di interessi e la lite è solo virtuale, collegata alla previsione del controllo da parte di un giudice con la presenza del pubblico ministero cui spetta il compito di veicolare interessi non presidiati, collegati alla gestione di un bilancio pubblico. Infatti, l'art. 40 evoca le forme contenziose, prevedendo la partecipazione del pubblico ministero, senza tuttavia assegnare una natura sostanziale di attività contenziosa.

La parificazione del rendiconto regionale è da sempre considerata un'attività di controllo che interviene a chiusura del ciclo di bilancio, in funzione ausiliaria verso il Consiglio regionale e per consentire il controllo politico da parte del potere legislativo. Il giudizio è reso prima dell'approvazione del rendiconto (art. 18, d.lgs. n. 118/2011) e nella fase conclusiva il procedimento viene espletato con le formalità della giurisdizione contenziosa, ex art. 40, r.d. n. 1214/1934. Questa locuzione (formalità) dovrebbe fare chiaramente intendere che manca la sostanza del giudizio e ne viene assunta solo la forma. Manca una "controversia" in senso tecnico, in quanto le strutture del controllo sono, allo stesso tempo, titolari dell'istruttoria e della funzione decisoria; ciò conduce a escludere la piena applicazione dell'art. 111 Cost. Non a caso il Codice di giustizia contabile non contempla norme sul "giudizio di parifica" e le regole processuali che il giudice deve seguire non dovrebbero essere di creazione pretoria, frutto di libera interpretazione.

Secondo la giurisprudenza costituzionale (ex multis, sent. n. 233/2022), l'oggetto principale del giudizio di parificazione del rendiconto regionale è il saldo del risultato di amministrazione, che deve esprimere gli equilibri economici e finanziari dell'ente all'esito del processo di corretta rappresentazione delle poste contabili. Con riguardo all'attività di parifica e al controllo di legittimità-regolarità sui bilanci degli enti locali, essa ha come elemento fondamentale il riscontro del processo logico-matematico che porta ad accertare i saldi di bilancio conformemente agli artt. 81, 97 e 119 Cost.

³³⁷ Parifiche pubblicate nella banca dati della Corte dei conti.

e dell'obbligo di monitoraggio continuo per verificare la sufficienza delle risorse e la resa delle prestazioni secondo gli *standard* previsti dalla normativa sui LEA³³⁸.

La seconda area di interesse è necessitata dagli eventi del Covid-19 ed è rappresentata dall'esame di come sono state impiegate le risorse rese disponibili dalla legislazione emergenziale e che il legislatore ha reso trasparenti con la costituzione di apposita e separata rendicontazione.

La terza area d'interesse è rappresentata da tutti gli spunti tratti dalle parifiche delle SRC in materia di investimenti sanitari, in quanto l'analisi delle criticità e delle lentezze riscontrate oggi diventano tanto più importanti in quanto rilevanti per la valutazione del nuovo programma di investimenti incluso nel PNRR, da cui si attende una spinta verso un nuovo assetto e organizzazione del Servizio sanitario, soprattutto territoriale.

11.2 La gestione regionale nelle relazioni di parifica

L'articolato sistema che prevede due livelli di governo (quello Statale e quello regionale), impone che *“il legislatore regionale non ha il potere di interferire nella determinazione dei LEA, la cui articolata disciplina entra automaticamente nell'ordinamento regionale afferente alla cura della salute, né tantomeno di differirne in blocco l'efficacia. Infatti, i costi, i tempi e le caratteristiche qualitative delle prestazioni indicate nel decreto e nelle altre disposizioni statali che si occupano di prescrizioni indefettibili in materia sanitaria comportano nei diversi ambiti regionali – attraverso una dialettica sinergia tra Stato e Regione (sentenza n. 169 del 2017) – un coerente sviluppo in termini finanziari e di programmazione degli interventi costituzionalmente necessari (sentenza n. 72 del 2020)”*³³⁹.

Alla luce dell'attuale quadro ordinamentale e giurisprudenziale³⁴⁰, la legislazione regionale è sottoposta ad un duplice limite: da un lato, l'impossibilità di prevedere accertamenti di entrata *ex lege* senza che vi sia, alla base, un credito effettivo ed esigibile³⁴¹, dall'altro, l'inattuabilità di destinare risorse finalizzate alla spesa sanitaria (e, nello specifico, al finanziamento dei LEA) ad impieghi diversi, pena il contrasto con gli artt. 81, 117 e 3 della Costituzione.

La spesa sanitaria costituisce il maggior onere gestionale per le Regioni e Province autonome sia in termini finanziari che organizzativi al fine di garantire ai cittadini adeguate prestazioni per la salvaguardia del “bene salute”.

Assume quindi notevole rilevanza l'attività delle Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti nell'ambito delle verifiche svolte sulla gestione finanziaria delle Regioni (come anche quella degli enti sanitari), in special modo quelle relative ai giudizi di parificazione dei rendiconti generali.

³³⁸ Per un ulteriore approfondimento si rinvia al cap. 6.

³³⁹ Cfr. Corte costituzionale, sentenza n. 132/2021.

³⁴⁰ Riferimento è alla giurisprudenza costituzionale.

³⁴¹ In virtù dell'applicazione del principio della competenza finanziaria potenziata introdotto dal d.lgs. n. 118/2011.

Le risultanze di tali controlli concorrono a completare ed arricchire la visione dei plurimi profili inerenti alla sanità oggetto della presente relazione³⁴².

11.2.1 Perimetrazione (art. 20 del d.lgs. n. 118/2011) e livelli delle prestazioni

L'art. 20³⁴³ del d.lgs. n. 118/2011³⁴⁴, al co. 1, prevede che *“Nell'ambito del bilancio regionale le regioni garantiscono un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale, al fine di consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento, nonché un'agevole verifica delle ulteriori risorse rese disponibili dalle regioni per il finanziamento del medesimo servizio sanitario regionale per l'esercizio in corso”*.

Le regole del c.d. “perimetro sanitario”, la cui disciplina è riservata alla competenza legislativa esclusiva dello Stato³⁴⁵, si pongono la prioritaria finalità³⁴⁶ di individuare l'area del bilancio regionale costituita dalle entrate destinate al finanziamento delle spese riconducibili al vincolo dell'art. 117, co. 2, lett. m), della Costituzione³⁴⁷.

Secondo l'orientamento della giurisprudenza costituzionale, l'art. 20 del decreto citato costituisce espressione (diretta) dell'art. 117, co. 2, lett. m), Cost. nella misura in cui la competenza esclusiva consiste *“non solo «[nel]la determinazione dei livelli quantitativi e qualitativi delle singole prestazioni sanitarie, [ma] anche [nel]le procedure strumentali indispensabili ad assicurare che gli enti del servizio sanitario siano in condizione di garantire l'erogazione delle stesse» (sent. n. 231/2017), comprese quelle contabili per le quali, infatti, la legge statale è competente in via esclusiva per la determinazione dei saldi (art. 81, c. 6, Cost.) e per le modalità della loro omogenea determinazione (art. 117, c. 2, lett. e) Cost.)”*³⁴⁸.

Come chiarito dalla Corte costituzionale, l'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011 costituisce *“«parametro interposto di costituzionalità» – con riferimento alla competenza statale esclusiva sull'armonizzazione dei bilanci pubblici – diretto a garantire sia la «trasparenza sulle quantità e modalità di impiego di risorse destinate ai LEA»,*

³⁴² L'intento della presente relazione non è quello di riportare analiticamente la sintesi dell'attività svolta dalla Sezione regionale di controllo della Corte dei conti nell'ambito della parifica regionale, ma quello di evidenziare le principali questioni emerse per specifiche tematiche.

³⁴³ Le disposizioni dell'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011 introducono una disciplina in deroga ai meccanismi di accertamento e impegno previsti dal decreto citato per la parte ordinaria del bilancio regionale. Come rilevato dalla SRC Sardegna, nella del. n. 53/2022/PARI, *“l'inserimento nel perimetro sanitario determina, a prescindere dalla stretta inerenza ai LEA, un trattamento contabile derogatorio per tutte le spese ivi comprese. Infatti, l'art. 1, comma 5, d.lgs. n. 118/2011 stabilisce che gli enti coinvolti nella gestione sanitaria sono soggetti alla disciplina dedicata del Titolo II del d.lgs. n. 118/2011, che si differenzia dalla disciplina contabile generale, presidiata dalla c.d. competenza finanziaria potenziata. Per tale ragione, i crediti e i debiti afferenti al perimetro sanitario sono stati sottratti al riaccertamento straordinario per il passaggio alla nuova contabilità, né vengono normalmente «riaccertati» (art. 3, comma 4, d.lgs. n. 118/2011). Inoltre, l'art. 20 dispone che l'accertamento e l'impegno di spese non avviene in base alla esigibilità giuridica del debito o del credito (competenza finanziaria potenziata), ma attraverso automatismi che non presuppongono una previa rigorosa verifica della copertura. L'accertamento delle entrate, infatti, avviene automaticamente per effetto dell'impegno della spesa, senza una verifica preliminare del titolo dell'entrata. In secondo luogo, le risorse confluite nel perimetro non vengono svalutate”*.

³⁴⁴ Il Titolo II del d.lgs. n. 118/2011 ha introdotto principi contabili generali e applicati per il settore sanitario.

³⁴⁵ Ai sensi dell'art. 117, co. 2, lett. e).

³⁴⁶ La ratio dell'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011 è contenuta nella stessa legge delega (art. 8, co. 1, lett. a), l. n. 42/2009).

³⁴⁷ Tale finalità è corrispondente al pregresso vincolo già previsto dall'art. 8, d.lgs. n. 56/2000.

³⁴⁸ SS.RR. in sede giurisdizionale, ordinanza n. 1/2022/DELC.

sia la loro erogazione nel tempo, «assicurando il necessario delicato bilanciamento tra tutela della salute (art. 32 Cost.) ed equilibrio finanziario (art. 81 e 119 Cost.)»³⁴⁹.

La norma del perimetro sanitario, di cui all'art. 20, si configura, pertanto, quale norma interposta collegata ai precetti costituzionali degli artt. 81, 97 e 119 Cost, in quanto detta disposizione è finalizzata a garantire alle Regioni l'adeguato finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza (che, secondo l'orientamento giurisprudenziale costituzionale, costituiscono spesa sanitaria "incomprimibile")³⁵⁰ e ad esprimere «in modo trasparente i risultati della gestione sanitaria, senza confusione con quella ordinaria. Da ciò consegue una redazione e una gestione del bilancio in grado di garantire l'esatta perimetrazione delle spese riconducibili al vincolo dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione».

Sotto il profilo strettamente contabile, il d.lgs. n. 118/2011, all'art. 20, co.1³⁵¹, impone alle Regioni un'articolazione in capitoli tale da garantire la separata evidenza di specifiche grandezze che riguardano: a) le risorse e le spese destinate ai LEA; b) le risorse e la spesa destinata a copertura del disavanzo sanitario che la Regione deve coprire; c) le risorse e l'ammontare delle spese destinate ai livelli di assistenza sanitaria superiori ai LEA (c.d. "livelli aggiuntivi"); d) le risorse e le spese destinate agli investimenti in ambito sanitario, ai sensi dell'art. 20 della l. n. 67/1988.

La disciplina inerente alla perimetrazione sanitaria, oltre a garantire la trasparenza dei conti pubblici³⁵², con riflessi sul "principio della veridicità, attendibilità, correttezza e comprensibilità" (di cui all'allegato

³⁴⁹ Corte costituzionale, sentenza n. 233/2021.

³⁵⁰ La sentenza della Corte costituzionale n. 62/2020, che si pone in espressa continuità con altre recenti pronunce (sent. nn. 275/2016, 69/2017 e 6/2019), ha ribadito l'indefettibilità costituzionale della spesa destinata ai LEA, vincolando il legislatore del bilancio al prioritario finanziamento della stessa. In altre parole, i LEA rappresentando quel presidio di un nucleo di garanzie costituzionali minime, devono essere sottratte a qualsiasi ponderazione di sostenibilità economica.

Il Giudice delle leggi colloca la spesa sanitaria nell'ambito delle spese costituzionalmente necessarie, le quali sono in grado di ridurre la discrezionalità del legislatore, in quanto "una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...]. È la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione" (Corte cost. sent. n. 275/2016). Corollario di tale principio è che "mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei LEA, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa." (Corte cost. sent. n. 62/2020, cit).

³⁵¹ Il co. 1 del richiamato art. 20 prevede, al secondo periodo, che: "A tal fine le regioni adottano un'articolazione in capitoli tale da garantire, sia nella sezione dell'entrata che nella sezione della spesa, ivi compresa l'eventuale movimentazione di partite di giro, separata evidenza delle seguenti grandezze:

A) Entrate:

- a) finanziamento sanitario ordinario corrente quale derivante dalle fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle relative fonti di finanziamento intercettate dall'ente regionale, ivi compresa la mobilità attiva programmata per l'esercizio;
- b) finanziamento sanitario aggiuntivo corrente, quale derivante dagli eventuali atti regionali di incremento di aliquote fiscali per il finanziamento della sanità regionale, dagli automatismi fiscali intervenuti ai sensi della vigente legislazione in materia di copertura dei disavanzi sanitari, da altri atti di finanziamento regionale aggiuntivo, ivi compresi quelli di erogazione dei livelli di assistenza superiori rispetto ai LEA, da pay back e da iscrizione volontaria al Servizio sanitario nazionale;
- c) finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso;
- d) finanziamento per investimenti in ambito sanitario, con separata evidenza degli interventi per l'edilizia sanitaria finanziati ai sensi dell'articolo 20, della legge n. 67 del 1988.

B) Spesa:

- a) spesa sanitaria corrente per il finanziamento dei LEA, ivi compresa la mobilità passiva programmata per l'esercizio e il pay back;
- b) spesa sanitaria aggiuntiva per il finanziamento di livelli di assistenza sanitaria superiori ai LEA;
- c) spesa sanitaria per il finanziamento di disavanzo sanitario pregresso;
- d) spesa per investimenti in ambito sanitario, con separata evidenza degli interventi per l'edilizia sanitaria finanziati ai sensi dell'articolo 20, della legge n. 67 del 1988".

³⁵² Della perimetrazione deve essere data adeguata evidenza nei bilanci degli enti: infatti, ai sensi dell'art. 39, co. 1, d.lgs. n. 118/2011, il prospetto contenente le previsioni di entrata e spesa, di competenza e di cassa, del perimetro sanitario (di cui all'art. 20, co. 1, d.lgs. n.

1 al d.lgs. n. 118/2011), si pone anche la finalità di perseguire l'interesse costituzionalmente previsto della tutela della salute. Infatti, la separazione e l'evidenziazione dei costi correlati ai LEA (che, rappresenta la c.d. spesa sanitaria "incomprimibile") devono essere attuati non soltanto nel bilancio dello Stato, ma anche nei bilanci regionali e in quelli delle aziende sanitarie, secondo le disposizioni contenute nell'art. 8, co. 1, l. n. 42/2009³⁵³. Secondo la Corte costituzionale *"la determinazione, il finanziamento e l'erogazione dei LEA compongono un sistema articolato il cui equilibrio deve essere assicurato dalla sinergica coerenza dei comportamenti di tutti i soggetti coinvolti nella sua attuazione"*³⁵⁴. In tale prospettiva, occorre *"garantire l'effettiva programmabilità e la reale copertura finanziaria dei servizi, la quale – data la natura delle situazioni da tutelare – deve riguardare non solo la quantità ma anche la qualità e la tempistica delle prestazioni costituzionalmente necessarie"*³⁵⁵.

Come precisato dalla Corte costituzionale nella sent. n. 132/2021, nonché ribadito nella sent. n. 233/2022, *"la separazione tra le prestazioni sanitarie per i LEA e le altre prestazioni sanitarie è funzionale a scongiurare il rischio di destinare «risorse correnti, specificamente allocate in bilancio per il finanziamento dei LEA, a spese, pur sempre di natura sanitaria, ma diverse da quelle quantificate per la copertura di questi ultimi»"*. Attraverso l'articolazione contabile prevista dall'art. 20 si tende, infatti, a garantire una costante identificazione e separazione tra le prestazioni sanitarie ricomprese nei LEA e le altre prestazioni sanitarie, in modo da evitare la destinazione di *"risorse correnti, specificamente allocate in bilancio per il finanziamento dei LEA, a spese, pur sempre di natura sanitaria, ma diverse da quelle quantificate per la copertura di questi ultimi"*³⁵⁶. In questa prospettiva, la separazione contabile disposta dall'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011 consente di garantire condizioni indefettibili nell'individuazione e allocazione delle risorse inerenti ai Livelli essenziali di assistenza³⁵⁷, con *"l'impossibilità di destinare risorse correnti, specificamente allocate in bilancio per il finanziamento dei LEA, a spese, pur sempre di natura sanitaria, ma diverse da quelle quantificate per la copertura di questi ultimi"*³⁵⁸.

Secondo l'orientamento del Giudice delle leggi (da ultimo, sent. n. 233 del 2022), l'unica eccezione, prevista dall'art. 30, co. 1, terzo periodo, del d.lgs. n. 118/2011, riguarda *"le regioni che, gestendo «in*

118/2011) deve essere allegato al bilancio di previsione articolato in capitoli con relativa classificazione di bilancio. Inoltre, l'art. 63, co. 4, del decreto citato prevede che al rendiconto della gestione è allegato il prospetto relativo alla gestione del perimetro sanitario.

³⁵³ La separazione contabile tra prestazioni sanitarie per i LEA e le altre prestazioni sanitarie, secondo la Corte costituzionale, deve essere garantita simmetricamente dai bilanci dello Stato, delle Regioni e delle correlate aziende sanitarie (sentenza n. 169/2017 e n. 62/2020).

³⁵⁴ Corte costituzionale sentenze nn. 62/2020, 72/2020 e n. 132/2021.

³⁵⁵ Cfr. Corte costituzionale, sentenza n. 169/2017.

³⁵⁶ Cfr. Corte costituzionale, sentenze n. 132/2021 e 233/2022.

³⁵⁷ V. Corte costituzionale, sentenze nn. 197/2019, 132/2021 e 133/2022.

V. SSRR in sede giurisdizionale, ordinanza n. 1/2022/DELC, secondo cui: *"[...] l'art. 20 e la sua corretta interpretazione sono uno snodo che connette, da un lato, regole contabili e diritti fondamentali (dimensione individuale) e dall'altro, le stesse regole e l'autonomia (dimensione comunitaria). Tale disposizione, infatti, non presidia solo interessi singolari, ma è strumento di tutela delle autonomie, perché garantisce una adeguata connessione tra risorse e funzioni (art. 119, c. 4, Cost.), in particolare garantisce che le regioni siano concretamente poste in grado di assicurare i livelli essenziali delle prestazioni su tutto il territorio nazionale (art. 117, c. 2, lett. m) Cost.) e, allo stesso tempo, che esse rispondano in modo trasparente dei risultati della gestione sanitaria, senza confusione con quelle ordinaria, attraverso il saldo del perimetro sanitario (che sia affianca a quello generale reso attraverso il risultato di amministrazione). Per questa ragione l'allegato che certifica i risultati del "perimetro sanitario" costituisce un elemento essenziale del "rendiconto generale" che, ai sensi dell'art. 63 del d.lgs. n. 118/2011 e dell'art. 1, c. 5, del d.l. n. 174/2012, costituisce il mezzo documentale su cui si svolge il giudizio di purificazione"*.

³⁵⁸ Cfr. Corte costituzionale, sentenza n. 132/2021, cit.

maniera virtuosa ed efficiente le risorse correnti destinate alla garanzia dei LEA», nonché «conseguendo sia la qualità delle prestazioni erogate, sia i risparmi nel bilancio», «poss[on]o legittimamente mantenere i risparmi ottenuti e destinarli a finalità sanitarie più ampie» (sentenza n. 132 del 2021)».

In sostanza, la separazione contabile prevista dall'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011, costituisce *“il presidio contabile al punto di equilibrio raggiunto sulla definizione e finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni, che in ragione del principio di priorità della spesa costituzionalmente necessaria, deve essere assicurata con prevalenza rispetto alla spesa e gestione ordinaria (sent. n. 6/2019 e n. 169/2017)”*³⁵⁹.

Nell'ambito del giudizio di parificazione dei rendiconti generali le Sezioni regionali di controllo hanno monitorato il corretto adempimento, da parte delle Regioni, della disciplina emanata dal legislatore nazionale in materia di perimetrazione sanitaria ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011.

La SRC Lombardia³⁶⁰ ha richiesto di rendere di immediata evidenza i criteri di determinazione e perimetrazione delle somme destinate ai LEA.

Risulta essere particolarmente complesso il quadro esposto dalla SRC Toscana³⁶¹ che ha rilevato che le previsioni di entrata e di spesa del perimetro sanitario non risultano essere correttamente classificate secondo i criteri previsti dall'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011 e che, pertanto, all'interno del perimetro non è possibile distinguere le entrate e le spese destinate alla prestazione dei LEA con l'impiego delle risorse del FSN, da ulteriori entrate e spese sempre di natura sanitaria ma destinate ad altre finalità e che, di

³⁵⁹ Corte costituzionale, sentenza n. 233/2022, cit. Inoltre, v. SS.RR. in sede giurisdizionale, ordinanza n. 1/2022/DELC.

³⁶⁰ La SRC Lombardia, con del. n. 114/2022/PARI, ha posto *“all’attenzione dell’Amministrazione le valutazioni espresse dal giudice costituzionale nella già citata sentenza n. 62/2020 circa la centralità delle operazioni, nella costruzione del bilancio sanitario regionale, dell’esatta perimetrazione di cui all’art. 20 del d.lgs. n. 118/2011, con analitica indicazione delle partite di entrata e di spesa e dei relativi stanziamenti inerenti ai diversi finanziamenti e alle diverse spese, secondo la classificazione del predetto art. 20, al fine di rendere di immediata evidenza i criteri di determinazione e perimetrazione delle somme destinate ai LEA e di dimostrare, tramite l’indicazione dei flussi di bilancio, come tali criteri si siano invariati nei rispettivi bilanci in modo simmetricamente riscontrabile per ciascuna finalità costituzionalmente vincolata”*.

³⁶¹ La SRC Toscana, con del. n. 131/2022/PARI, ha rilevato quanto segue: *“Si deve rilevare, in primo luogo, che il prospetto allegato al rendiconto presenta un elenco di singoli capitoli di entrata e di spesa compresi nel perimetro sanitario del bilancio regionale senza fornire la classificazione prevista dall’art. 20 del d.lgs. n. 118/2011. Il che non consente di distinguere all’interno dello stesso perimetro le entrate e le spese destinate, in particolare, alla prestazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) con l’impiego delle risorse del Fondo sanitario nazionale (FSN), da ulteriori entrate e spese sempre di natura sanitaria ma destinate ad altre finalità e che non possono, tuttavia, usufruire della stessa fonte di finanziamento. [...] Permane inoltre la difficoltà di ricondurre le voci indicate alla classificazione dell’art. 20 soprattutto con riferimento al c.d. “extrafondo” dove sono raccolte tutte le poste residuali. Non è dato infatti comprendere quali di queste siano comunque riferibili a risorse destinate al SSR concorrendo a comporre la disponibilità finanziaria da trasferire alle aziende e agli altri enti sanitari, distinguendole da risorse differenzialmente impiegabili dalla Regione, qualunque destinate ad interventi di spesa in ambito sanitario o socio-sanitario. L’eccessiva numerosità e frammentazione dei capitoli all’interno del perimetro (spesso conseguenza di variazioni di bilancio), come più volte rilevato da questa Sezione, rende poi particolarmente complicata e di non immediata evidenza la correlazione tra entrate e spese richiesta dalla legge. Si ricorda al riguardo che la perimetrazione costituisce il primo di una serie di successivi adempimenti richiesti alle regioni per garantire che le ingenti risorse pubbliche costituenti il FSN mantengano la propria destinazione una volta affluite nel bilancio regionale, senza essere distolte dalla propria finalità per alimentare spese di altra natura. Se pertanto il perimetro può ammettere l’inclusione di ulteriori capitoli riconducibili più o meno direttamente a spese sanitarie, esso deve dare immediata evidenza alle entrate e alle spese relative al finanziamento del SSR e alla prestazione dei LEA, consentendone l’immediata confrontabilità anche ai fini dei controlli esterni. [...] Si osserva innanzitutto che all’interno del perimetro sanitario alle spese finanziate dal FSN e da altre entrate di competenza si aggiungono spese finanziate dall’avanzo proveniente da entrate sanitarie di precedenti esercizi. In realtà, come più volte evidenziato anche nelle precedenti parti della presente Relazione, la formazione di avanzo “sanitario” dovrebbe essere preclusa dalla disciplina dell’art. 20 del d.lgs. n. 118/2011. Quest’ultimo, che è noto, impone che tutte le entrate e tutte le spese comprese nel perimetro sanitario debbano essere integralmente accertate ed impegnate entro la fine dell’esercizio, anche in assenza di una obbligazione attuale: ciò allo scopo di mantenere la destinazione delle risorse pubbliche al finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza, sottraendole alle vicende della parte ordinaria del bilancio regionale. Si vuole evitare in particolare che, in assenza dei corrispettivi impegni, le entrate destinate al finanziamento della sanità confluiscono nel risultato di amministrazione sottostando ai relativi limiti di utilizzo, soprattutto se questo evidenzia una situazione di disavanzo. La Regione ha assunto da tempo la prassi di procedere ai predetti impegni prima della chiusura dell’esercizio anche in assenza di qualunque programma di spesa, così da assicurare il rispetto meramente formale della disposizione di legge. Nell’esercizio successivo, tuttavia questi stessi impegni divenuti residui “tecnici” sono spesso cancellati dal conto del bilancio, con l’effetto di liberare l’entrata corrispondente che confluisce nel risultato di amministrazione per essere utilizzata per dare copertura a spese sanitarie dell’esercizio ancora successivo. Sebbene la Regione assicuri, mediante l’apposizione di uno specifico vincolo, il mantenimento di destinazione della spesa, il sistema adottato non appare conforme allo schema previsto dalla legge come più volte rilevato da questa Sezione in occasione dei precedenti giudizi di parificazione”* (V. Vol. II, Cap. X, pagg.12 e ss.).

conseguenza, non possono usufruire della stessa fonte di finanziamento. Inoltre, tra le poste residuali confluite nel cd. “extra-fondo” non è possibile distinguere quelle riferibili a risorse destinate al SSR – quindi trasferibili alle aziende e agli altri enti sanitari – da quelle differentemente impiegabili dalla Regione, quantunque destinate ad interventi di spesa in ambito sanitario o sociosanitario. Ulteriore profilo critico, esaminato dalla Sezione regionale di controllo per la Regione Toscana, attiene al trasferimento nel perimetro sanitario delle spese per il servizio del debito (quota capitale e quota interessi) che erano originariamente allocate nel perimetro ordinario relativo alla gestione dell’indebitamento regionale per il finanziamento degli investimenti delle aziende sanitarie³⁶², gravando così sul Fondo sanitario regionale tali oneri.

In sede di giudizio di parificazione la SRC per il Friuli-Venezia Giulia ha evidenziato che la Regione a statuto speciale non ha ancora ottemperato alla previsione di cui all’art. 20 del d.lgs. n. 118/2011, pure avendo “gli uffici regionali provveduto a porre le basi per l’avvio di un percorso di graduale perimetrazione della spesa sanitaria”³⁶³.

³⁶² La SRC Toscana, con del. n. 131/2022/PARI, ha rilevato quanto segue: “La Regione è solita trasferire sul perimetro sanitario parte delle spese per il servizio del debito (quota capitale e quota interessi) che erano originariamente allocate nel perimetro ordinario, gravando quindi il FSR dei relativi oneri. Questa pratica che la Sezione ha più volte censurato nel corso dei precedenti giudizi di parificazione, è stata riproposta anche nell’esercizio 2021 dove 10,78 milioni di oneri sono traslati sul perimetro sanitario che sostiene spese di ammortamento per complessivi 52,67 milioni. La stessa possibilità di imputare costi dell’indebitamento, (quantunque assunto per sostenere spese di investimento di natura sanitaria) al Fondo sanitario regionale è stata di recente esclusa in modo assoluto da una pronuncia delle Sezioni riunite in speciale composizione della Corte dei conti nel sollevare, con l’ordinanza n. 1/2022, una questione di legittimità costituzionale su di una legge della Regione siciliana. La Regione, in sede di controdeduzioni, riferisce al riguardo che il “costo del debito posto a carico del FSR coincide sostanzialmente con le quote capitale ed interessi derivanti dai mutui contratti per il finanziamento degli investimenti sanitari, tant’è che l’importo complessivo delle rate inserite nel perimetro sanitario per le annualità 2023 e 2024 dell’attuale bilancio previsione 2022-2024 si riduce rispetto al 2021 e vale rispettivamente 46,9 mln euro e 46,5 mln euro e ciò in ragione del fatto che alcuni mutui sanitari giungono a scadenza proprio nel corso del triennio considerato dal bilancio di previsione 2022-2024. [...] La Sezione, al riguardo, pur riconoscendo che la Regione ha correttamente imputato gli oneri derivanti dalla restituzione dell’anticipazione di liquidità ricorda tuttavia che proprio dall’esercizio 2014, in corrispondenza con il manifestarsi di questi ultimi sulla gestione ordinaria, ha avuto inizio la traslazione dei costi del servizio del debito sul perimetro sanitario. Nell’attesa che la Consulta si pronunci sull’argomento definendo i termini della questione questa Sezione ribadisce che la traslazione continua da un perimetro all’altro risulta contraria alle disposizioni di legge e ai principi contabili che regolano la perimetrazione la quale, a tutela del vincolo generale di destinazione della spesa sanitaria, deve essere mantenuta tendenzialmente fissa.” (V. Vol. II, Cap. X, p. 60 e ss.).

³⁶³ La SRC Friuli-Venezia Giulia, con del. FVG/47/2022/PARI, ha rilevato quanto segue: “In riferimento all’attuazione della perimetrazione, di cui all’art. 20 comma 1 del d.lgs. 118/2011, la Regione, con nota trasmessa in data 4.5.2021, aveva rappresentato che pur non avendo ancora dato applicazione nell’ambito dell’ordinamento contabile regionale al Titolo II del D.Lgs 118/2011 e s.m.i., nel corso del 2020 gli uffici regionali avevano provveduto a porre le basi per l’avvio di un percorso di graduale perimetrazione della spesa sanitaria, processo rallentato dalle necessità operative imposte dall’emergenza pandemica. In esito alle osservazioni formulate dalla Sezione [...], la Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità, con nota prot. n. 2147 del 27.01.2022, ha comunicato, in materia di perimetrazione, di aver concluso la fase di razionalizzazione delle voci di bilancio consistente nell’analisi dei capitoli di spesa della missione 13 (Tutela della salute) di competenza della Direzione, finalizzata ad assicurare la chiarezza e immediatezza delle Kword, la chiarezza e completezza della denominazione estesa, la correttezza dei riferimenti normativi e dei beneficiari. [...] Inoltre, una definizione così limitata del perimetro sanitario avrebbe come primo effetto quello di determinare l’esclusione dal perimetro, dell’indebitamento regionale destinato a finanziare gli investimenti in ambito sanitario. La Sezione ha anche chiesto di essere aggiornata in merito ad eventuali ulteriori attività compiute dalle Direzioni regionali negli ultimi mesi in funzione dell’attuazione del titolo II del d.lgs. 118/2011.” (V. Cap. 11, par. 11.3.2, pag. 365 e ss.)

La Sezione regionale di controllo per il Piemonte ha riscontrato, con riguardo ai documenti di bilancio (bilancio di previsione 2021-2023³⁶⁴, bilancio gestionale 2021³⁶⁵ e rendiconto 2021³⁶⁶), il corretto adempimento della prescrizione di cui all'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011, oltre che l'esatta corrispondenza tra lo stanziamento di ciascuna categoria di entrata e la previsione della corrispondente categoria di spesa.

Le Sezioni Riunite per la Regione Trentino-Alto Adige/Sudtirolo, in relazione alla Provincia autonoma di Bolzano, evidenziano che la Sezione di controllo ha riscontrato nei precedenti controlli la non completa adozione da parte della PAB di regole per l'omogenea integrazione dei conti del perimetro sanitario di cui al titolo II del d.lgs. n. 118/2011 con il bilancio provinciale generale³⁶⁷. In tale ottica, la Corte costituzionale, con la sentenza n. 62/2020, ha ribadito che le poste di entrata e di spesa devono essere aggregate dalle Regioni in base alla "catalogazione giuridica e finalistica" previste dall'art. 20, d.lgs. n. 118/2011.

³⁶⁴ La SRC Piemonte, con del. n. 101/2022/SRCPIE/PARI, ha rilevato quanto segue: "Nel 2021 gli stanziamenti delle entrate correnti permettono la copertura delle spese correnti, così come quelli delle entrate in conto capitale permettono la copertura delle spese d'investimento. Il perimetro allegato al bilancio di previsione si presenta alquanto snello, dal momento che molti capitoli che erano indicati negli anni precedenti non sono stati più riportati. Tuttavia, i capitoli che sembrerebbero essere stati eliminati dal perimetro sanitario sono, in realtà, ancora presenti nella tabella inviata dalla Regione in sede istruttoria nonché nel bilancio gestionale con stanziamenti pari a zero o con importi solo a residuo. Ciò significa che la Regione non ha provveduto ad eliminare ulteriormente i capitoli con tutti gli importi pari a zero, ma semplicemente non li ha indicati nell'allegato al bilancio, tanto che nella perimetrazione allegata al rendiconto risultano gli stessi capitoli della perimetrazione 2020. Rispetto alla perimetrazione allegata al bilancio gestionale 2020 risultano, al contrario, aggiunti alcuni capitoli, evidenziati nella tabella 2 in grassetto. Alcuni di essi erano stati aggiunti in sede di assestamento e, dunque, già presenti nella perimetrazione approvata nel rendiconto 2020". (Cfr. vol. III, cap. II, p. 6 e ss.)

³⁶⁵ La SRC Piemonte, con del. n. 101/2022/SRCPIE/PARI, ha rilevato quanto segue: "Anche nel bilancio gestionale 2021, come già avvenuto per gli anni precedenti, all'allegato C sono indicati i capitoli sia di entrata che di spesa della gestione sanitaria, individuando il perimetro sanitario a preventivo. Anche per il 2021, nel bilancio gestionale i capitoli del settore sanitario sono stati ricondotti alle grandezze previste dal D.Lgs. n. 118/2011, con le differenze già riscontrate negli anni precedenti" (Cfr. vol. III, cap. II, p. 6 e ss.).

³⁶⁶ La SRC Piemonte, con del. n. 101/2022/SRCPIE/PARI, ha rilevato quanto segue: "Nel rendiconto la perimetrazione del settore sanitario è contenuta nell'allegato 25 al disegno di legge di approvazione dello stesso. Come già rilevato per la perimetrazione allegata al bilancio di previsione, le spese risultano classificate in conformità alle grandezze previste dal D.Lgs. n. 118/2011 mentre alle entrate è stata aggiunta la grandezza denominata "coperture a carico del bilancio regionale". Inoltre, ciascuna grandezza delle entrate è suddivisa in base alla natura delle entrate che la compone e ciascuna grandezza delle spese è ripartita a seconda della natura delle entrate che le finanziano. Dunque, la perimetrazione, così come rappresentata, permette un'analisi sia per grandezze del D.Lgs. n. 118/2011 e sia per fonti di finanziamento. La classificazione delle entrate e delle spese, per fonti di finanziamento, conferma quanto sopra affermato ed individua, per ciascuna spesa sostenuta, le entrate che hanno garantito il finanziamento e vi è corrispondenza tra entrate e spese, per la maggior parte delle categorie. Laddove non vi è corrispondenza, la differenza è stata finanziata con l'applicazione dell'avanzo generatosi nel 2020. I capitoli individuati in sede previsionale e quelli presenti nell'esercizio precedente sono riconfermati a consuntivo, senza modifiche di classificazione. Questo aspetto se, da un lato, sembra confermare la volontà della Regione di recepire quanto prescritto da questa Sezione di controllo in tutte le delibere di parifica adottate negli anni precedenti, delineando un perimetro sanitario quanto più completo possibile ed immutabile nel tempo, dall'altro implica la permanenza di capitoli che potrebbero essere eliminati perché non più utilizzati. Il percorso iniziato nel 2020, che aveva portato all'eliminazione di numerosi capitoli non movimentati da diversi anni, non sembra essere proseguito nel 2021 in quanto continuano a permanere capitoli con importi tutti pari a zero, alcuni dei quali con descrizioni uguali. Per analizzare, infine, l'andamento degli impegni e degli accertamenti delle singole categorie distinti per fonti di finanziamento, si sono confrontati gli importi del rendiconto 2020 con quelli del 2021: Solo le entrate e le correlate spese per investimento, nonché la quota vincolata del FSR e le correlate spese, hanno subito un decremento nel corso del 2021; tutte le altre entrate e le correlate spese sono, invece, aumentate. Confrontando i dati derivanti dalle perimetrazioni (dati forniti dalla Regione) del triennio considerato, si rileva un continuo e progressivo incremento della spesa sanitaria".

³⁶⁷ Le Sezioni Riunite per la Regione Trentino-Alto Adige/Sudtirolo, con la decisione n. 2/2022/PARI, rilevano quanto segue "Nella riunione del 13 ottobre 2020, l'apposito Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali istituito presso il MEF - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato ha fatto presente quanto di seguito riportato: «L'applicazione del Titolo II richiede, in particolare, che sia data separata evidenza nel bilancio provinciale delle risorse conferite al proprio Servizio sanitario a titolo di finanziamento indistinto, vincolato, mobilità extraregionale e delle ulteriori risorse che la Provincia ha eventualmente inteso conferire al proprio Servizio sanitario per finanziare i maggiori costi indotti dai LEA ovvero per finanziare anche prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA. (...)» Il Tavolo segnala, nel corso delle analisi svolte, le modalità inerenti all'esatta applicazione del citato Titolo II al fine di permettere alla Provincia, ove necessario, di adottare le opportune iniziative al fine di ricondurre le contabilizzazioni al rispetto del Titolo II, al fine di armonizzare le rilevazioni contabili del SSN e aveva rilevato, altresì, «la necessità, nel rispetto del decreto legislativo n. 118/2011, di approvare, in ogni caso, il consolidato regionale/provinciale, anche in assenza della GSA». Nel questionario/relazione del Collegio dei revisori dei conti della PAB sul bilancio di previsione 2021-2023, in risposta ad apposito quesito (n. 7.5 della sezione VII) i revisori hanno nuovamente fatto presente, in data 15 ottobre 2021, che il bilancio di previsione della PAB permane non articolato in capitoli tali da garantire nella sezione delle entrate separata evidenza del finanziamento sanitario ordinario corrente, di quello aggiuntivo corrente e di quello per investimenti (come previsto per tutte le regioni), posto che «Il d.lgs. n. 118/2011 che ha introdotto l'armonizzazione dei sistemi contabili non incide sull'autonomia finanziaria della Provincia autonoma di Bolzano, che trova fondamento principalmente nello Statuto speciale di autonomia (DPR 31.8.72, n. 670) e nelle relative norme di attuazione. Pertanto, per le entrate accertate sui capitoli nel bilancio finanziario gestionale non vi è vincolo di destinazione»".

La SRC Lazio, in sede di parifica del rendiconto 2021, rileva che il perimetro sanitario di cui all'art. 20 del decreto citato non risulta in pareggio³⁶⁸. Inoltre, il giudice contabile ha approfondito, tra le altre cose, la perimetrazione con particolare riguardo alla voce disavanzo sanitario pregresso³⁶⁹.

Con riguardo ai Livelli essenziali di assistenza, le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti hanno segnalato, nel corso dei giudizi di parificazione, alcune anomalie.

In particolare, dalla Relazione allegata al giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2020, è emersa l'inadeguatezza delle azioni e degli interventi posti in essere dalla Regione, al fine di garantire l'erogazione dei LEA ed assicurare l'equilibrio del Sistema sanitario regionale³⁷⁰. Nella Relazione allegata al giudizio di parificazione del rendiconto generale per l'esercizio 2021, la SRC Puglia evidenzia il superamento di tale aspetto critico, in virtù della valutazione positiva, da parte del Ministero della Salute, della relazione presentata dalla Regione ed avente ad oggetto le azioni e gli interventi volti a garantire l'erogazione dei LEA³⁷¹.

La Sezione regionale di controllo per il Lazio, nella deliberazione n. 109/2021/PARI, ha approfondito il tema dei LEA, fornendo utili indicazioni sul Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), previsto dal decreto

³⁶⁸ La SRC Lazio, nella relazione di udienza (pubblicata sul sito istituzionale), rileva che "anche al netto di queste poste relative ai mutui, il perimetro sanitario non risulta in pareggio per euro 159 milioni (al netto anche delle partite di giro). Ancorché, la perimetrazione sanitaria sia un atto amministrativo appare significativo che in sede di segregazione delle entrate e spese sanitarie si evidenzia un disequilibrio. Il disequilibrio, tra l'altro, è sottostimato in quanto sussistevano fondi di dotazione negativi da ripianare (vedi oltre) che avrebbero dovuto incidere sulla voce di disavanzo. Emergono, quindi, dubbi sulla perimetrazione sanitaria con riferimento specificamente al disavanzo iscritto che viene stanziato per 136 milioni ma poi accertato per soli 91,091 (e riscosso per una cifra ancora inferiore). Vi dovrebbe quindi essere un residuo di stanziamento di 45 milioni di cui tuttavia non si rileva più la contabilizzazione benché la Regione affermi che è la quota destinata ai fondi di dotazione".

³⁶⁹ La SRC Lazio, nella relazione di udienza (pubblicata sul sito istituzionale), rileva che per le "entrate per il finanziamento per disavanzo sanitario risultano stanziati 136 milioni, l'accertamento di competenza è la già citata quota di 91,091. [...] Dal lato della spesa lo stanziamento ed il correlato impegno è di poco superiore a 91 milioni, il pagamento in competenza è pari alla quota di 91,091 [...]. In sede di controdeduzioni al deferimento, la Regione ha affermato che l'iscrizione nel perimetro sanitario del disavanzo è necessaria ai fini dell'art. 20, comma 2-ter del d.lgs. 118/2011 e che il successivo disimpegno avviene nel momento in cui il Tavolo ministeriale procede allo svincolo. Quanto al disavanzo stimato di 136 milioni, benché la norma richieda l'indicazione del "disavanzo sanitario pregresso", la Regione imputa la quota di accantonamento minimo previsto dal Tavolo ministeriale per disavanzo "possibile" (91,091 milioni) e 45 milioni di provenienza "utile GSA" finalizzati alla ricapitalizzazione dei fondi di dotazione negativi. Da ciò deriva la somma iscritta di 136 milioni. Tuttavia, rileva il magistrato relatore, in questo modo viene iscritto, non il "disavanzo pregresso" (art. 20, comma 1 lett.c), ma il disavanzo stimato corrente (che poi non si realizza). In sede di udienza di preparifica i rappresentanti della Regione hanno affermato che non vi è "disavanzo sanitario pregresso" in quanto la gestione sanitaria ha chiuso in utile negli anni precedenti. Tuttavia, si tiene conto (come anche affermato dalla Regione e iscritto in perimetro) dei fondi di dotazione negativi, ma non per il totale, solo per la quota di cui è già prevista la copertura (45 milioni, si veda oltre). Quanto al fatto che alla voce "pagamenti" risulti la cifra di 91,091 che, invece, come affermato più volte dalla Regione è oggetto di svincolo e destinata a ricapitalizzare i fondi di dotazione, la Regione afferma che tale importo è accertato e impegnato come prevede la legge e che l'effettivo pagamento equivale alla cancellazione dell'impegno. Il magistrato relatore, tuttavia, non concorda sul fatto che il pagamento equivalga alla cancellazione dell'impegno, in quanto contabilmente si tratta di operazioni diverse e con un diverso impatto sul bilancio. In ogni caso, resta il fatto che vengono registrati pagamenti, elemento che appare in contraddizione con il detto svincolo".

³⁷⁰ La SRC Puglia, con del. n. 146/2021/PARI, ha evidenziato quanto segue: "Dal verbale delle riunioni del Tavolo tecnico e Comitato LEA di aprile e luglio scorsi emerge che Tavolo e Comitato, nella riunione dell'1.10.2020, hanno valutato negativamente il documento trasmesso dalla Regione, sollecitandola nuovamente a trasmettere una dettagliata relazione sul biennio 2020-2021, contenente le azioni e gli interventi che la Regione stesse attuando e intendesse attuare al fine di garantire l'erogazione dei LEA assicurando l'equilibrio del Sistema sanitario regionale. In vista della riunione del 18.12.2020 la Regione ha trasmesso una nuova relazione programmatica 2020/2021, valutata anch'essa negativamente dal Tavolo e Comitato che, ancora una volta, hanno avanzato la richiesta di una nuova Relazione programmatica per gli anni 2020-2021 che fosse anche coerente con il programma operativo per la gestione dell'emergenza covid-19. Con riferimento a tale ultimo adempimento, in sede istruttoria è emerso che l'invio di tale documento, sul quale erano in corso le interlocuzioni con gli uffici ministeriali, è stato rinviato a causa dell'emergenza Covid-19, a seguito della quale la programmazione regionale si è focalizzata principalmente sui temi emergenziali, e che il MEF e il Ministero della salute chiedono supplementi di relazioni per dimostrare l'equilibrio del sistema sanitario regionale. Ottenuta tale approvazione, la Regione Puglia avrebbe concluso le procedure di consolidamento" (Cfr. cap. 10, pag. 166).

³⁷¹ La SRC Puglia, con del. n. 140/2022/PARI, ha evidenziato quanto segue: "Dal verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 4.4.2022 risulta che l'apposita relazione trasmessa dalla Regione Puglia è stata valutata positivamente dal Ministero della salute" (Cfr. cap. IX, p. 147).

interministeriale 12 marzo 2019³⁷², e sulla sua applicazione³⁷³. La SRC Calabria ha esaminato l'andamento dei LEA ponendo particolare attenzione all'offerta dei servizi sanitari risultata estremamente precaria³⁷⁴. La SRC Marche, in sede di parifica sul rendiconto 2020, ha verificato l'andamento dei LEA relativi all'assistenza ospedaliera 2015-2020³⁷⁵.

Nell'ambito del giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione Umbria per l'esercizio finanziario 2021, la SRC ha riportato le osservazioni del Tavolo di verifica degli adempimenti in tema di Livelli essenziali di assistenza: è stato rinnovato l'invito alla Regione ad una approfondita riflessione in merito alla gestione strutturale del FSR, anche con riferimento all'offerta ospedaliera, in condizioni

³⁷² Per la SRC Lazio, come indicato nella delib. n. 109/2021/PARI, il decreto interministeriale 12 marzo 2019 "all'articolo 2, stabilisce che all'interno del sistema di garanzia sia individuato un sottoinsieme di indicatori da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA e, all'articolo 3, che le valutazioni del sottoinsieme costituiscano parte integrante del sistema di verifica degli adempimenti cui sono tenute le Regioni per accedere alla quota integrativa prevista dall'art. 2, comma 68, della legge n. 191 del 23 dicembre 2009, ai sensi dell'art. 15, comma 24, del d.l. n. 95/2012 (convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012) di competenza del Comitato LEA. Come chiarito dallo stesso decreto, il sistema ha la finalità prioritaria di mettere in relazione i livelli essenziali di assistenza, effettivamente assicurati dalle amministrazioni nei rispettivi territori, con le dimensioni da monitorare quali: i. efficienza ed appropriatezza organizzativa; ii. efficacia ed appropriatezza clinica; iii. sicurezza delle cure. Nello specifico, nell'allegato 1 del decreto sono stati individuati n. 88 indicatori, le cui specifiche tecniche sono illustrate nella circolare del 27 ottobre 2020, che contiene le schede tecniche degli indicatori secondo le diverse aree (prevenzione, distrettuale, ospedaliera, contesto ed equità): • 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica; • 33 per l'assistenza distrettuale; • 24 per l'assistenza ospedaliera; • 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario; • 1 indicatore di equità sociale; • 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA). Nell'ambito del Comitato LEA è stato istituito un tavolo tecnico con l'obiettivo di sperimentare la metodologia di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza prevista dal decreto sul NSG. Nello specifico, il sottogruppo ha provveduto alla sperimentazione della metodologia di monitoraggio dei LEA prevista dal NSG sul sottoinsieme di indicatori valutativi che sostituirà la Griglia LEA a partire dall'anno di valutazione 2020. Il sottoinsieme su cui si basa la sperimentazione è formato da 22 indicatori e viene definito "CORE" (i restanti 66 indicatori vengono definiti "NO CORE", all'interno dei quali si trovano 10 indicatori dedicati ai PDTA). Il punteggio complessivo dell'area di assistenza è determinato dalla media pesata dei punteggi degli indicatori CORE dell'area stessa, comprensivi di tutti i premi/penalità, ed è espresso in un punteggio compreso tra 0 e 100. Affinché la Regione sia adempiente il punteggio di ciascuna area di assistenza dovrà collocarsi nell'intervallo di 60-100. Un punteggio inferiore a 60, anche in una sola area, darà un esito negativo nella valutazione". (Cfr. vol. II, cap. 1, p. 106 e ss.).

³⁷³ Nella del. n. 109/2021/PARI, la SRC Lazio evidenzia che "la Regione ha comunicato che, in considerazione della situazione di emergenza sanitaria che ha riguardato l'esercizio 2020, la Commissione Salute del 1 giugno 2021, ha condiviso le richieste da formulare al Ministero della Salute in ordine alla valutazione dei LEA 2020 e 2021: - di sostituire la tradizionale verifica degli adempimenti LEA 2020 con una relazione che dia conto delle attività poste in essere a livello regionale al fine di contenere e contrastare la fase pandemica (gestione casistica COVID, riconversione attività, adeguamento flussi informativi, trasmissione dati in maniera tempestiva al Governo nazionale, attività di tracciamento dei contatti, ecc.); - che il calcolo degli indicatori "core" del Nuovo Sistema di Garanzia, come convenuto in sede di sottogruppo del tavolo tecnico NSG (riunione del 22 settembre 2020) avvenga a fini osservazionali/informativi sull'intera annualità 2020 e non ai fini valutativi. [...] Nell'ambito della seduta del 13 luglio 2021, il Tavolo di verifica ha attribuito alla Regione Lazio un punteggio per l'anno 2019 pari a 203 punti. A parere di questa Sezione, il raggiungimento di un determinato livello di prestazioni essenziali di assistenza sanitaria è influenzato non solo dall'ammontare del finanziamento erogato ma anche e, si aggiunge, soprattutto, dalle modalità di gestione dello stesso, essendo palese come un pur equo finanziamento in entrata (ben calibrato in base ai reali costi e fabbisogni standard, modalità ad oggi non ancora attuata continuandosi ad applicare il solo criterio della quota capitaria) potrebbe essere in parte sprecato a causa di inefficienti gestioni. In tal senso si ritiene utile riportare alcuni passi della recente sentenza della Corte costituzionale n. 62/202017 che, riprendendo un filone ormai consolidato, molto opportunamente (pur senza trascurare la necessità di adeguati finanziamenti), affronta il delicato rapporto tra lo Stato e le regioni che, in una doverosa cooperazione e una adeguata programmazione, devono assicurare il miglior servizio alla collettività. La Corte costituzionale, nel sottolineare come l'intreccio tra profili costituzionali e organizzativi comporti che la funzione sanitaria pubblica venga esercitata su due livelli di governo (quello statale, che stabilisce le prestazioni da fornire ai cittadini e quello regionale, cui pertiene il compito di organizzare e garantire le prestazioni sul territorio), statuisce che "E' evidente che se un programma, corretto e aggiornato finanziariamente costituisce condizione necessaria per il rispetto dei citati parametri costituzionali, la piena realizzazione dei doveri di solidarietà e di tutela della dignità umana deve essere assicurata attraverso la qualità e l'indeffettibilità del servizio..."; "...La separazione e l'evidenziazione dei costi dei LEA devono essere simmetricamente attuate, oltre che nel bilancio dello Stato, anche nei bilanci regionali e in quelli delle aziende erogatrici. Ciò al fine di garantire l'effettiva programmabilità e la reale copertura finanziaria dei servizi, la quale...deve riguardare non solo la quantità ma anche la qualità e la tempistica delle prestazioni costituzionalmente necessarie". Viene infine ribadito che "l'effettività del diritto alla salute è assicurata dal finanziamento e dalla corretta ed efficace erogazione della prestazione, di guisa che il finanziamento stesso costituisce condizione necessaria ma non sufficiente del corretto adempimento del precetto costituzionale [...] In sostanza, la determinazione, il finanziamento e l'erogazione dei LEA compone un sistema articolato il cui equilibrio deve essere assicurato dalla sinergica coerenza dei comportamenti di tutti i soggetti coinvolti nella sua attuazione". Questa Corte, in aderenza a quanto stabilito nella suddetta sentenza, ritiene che una puntuale gestione delle risorse assegnate, consentendo di eliminare progressivamente eventuali sprechi e inefficienze, ha un ruolo fondamentale nel garantire adeguati livelli essenziali di assistenza sanitaria, al di là della pur necessaria equa ripartizione dei fondi tra le regioni stesse e di un possibile miglioramento dei sistemi di misurazione dei LEA." (Cfr. Vol. II, cap. 1, p. 106 e ss.).

³⁷⁴ Come riportato nella Sintesi orale del Giudizio di parificazione del Rendiconto generale della Regione Calabria, la SRC Calabria sostiene che: "Nell'ultimo monitoraggio dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) del maggio 2021, la Calabria si è collocata all'ultimo posto in Italia, avendo totalizzato un punteggio pari a 125 su un minimo di 160, in diminuzione rispetto all'anno precedente ove il punteggio ottenuto era stato di 162. Tale dato, peraltro, è in controtendenza rispetto a tutte le altre regioni, comprese quelle in piano di rientro".

³⁷⁵ SRC Marche, delibera 22/10/2021 "Relazione annessa alla decisione di parificazione del rendiconto generale della Regione Marche per l'esercizio 2020" pag. 366.

di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente³⁷⁶.

La perimetrazione sanitaria assume, inoltre, rilevanza non soltanto al funzionale perseguimento del fine pubblico della tutela della salute (come sopra evidenziato), ma riveste importanza anche sotto molteplici profili: per comprendere l'importanza dello strumento contabile della perimetrazione sanitaria occorre, infatti, incardinarlo in un più ampio contesto ordinamentale costituito da meccanismi contabili e normativi. La perimetrazione sanitaria, messa in relazione con altri strumenti contabili e normativi, consente di conseguire obiettivi inerenti ad una migliore gestione economico-finanziaria³⁷⁷ del Servizio sanitario regionale e dei singoli enti sanitari nonché a creare effetti positivi sull'economia nazionale³⁷⁸.

La perimetrazione sanitaria rappresenta un procedimento contabile di trasparenza e di leggibilità del bilancio che, in primo luogo, ha inteso garantire che le Regioni non distraggano risorse necessarie per assolvere i LEA verso altre finalità. Per le Regioni a statuto speciale la perimetrazione ha una differente finalità: quella di vincolo al bilancio autonomo per rendere trasparente la finalizzazione di risorse per raggiungere i livelli di prestazioni sanitarie obbligatori, come ha ben espresso la SRC per il Friuli-Venezia-Giulia nella parifica sul rendiconto 2021³⁷⁹.

Orientata teleologicamente ai Livelli essenziali di assistenza, costituzionalmente sensibili, la perimetrazione dovrebbe generare un miglioramento gestionale di tutto il sistema degli enti sanitari, e ha messo ordine nel rapporto tra finanza regionale ed enti sanitari, ha impresso una spinta potente per l'emersione di debiti pregressi, ha posto le premesse per una riduzione della generazione di nuovo debito commerciale. Si tratta quindi di un dispositivo che a partire dal 2011 fa da spartiacque tra due fasi storiche. Questa nuova fase di miglioramento gestionale e trasparenza contabile viene

³⁷⁶ Come riportato nella decisione del giudizio di parificazione (del. n. 68/2022/PARI), "A tale riguardo, affinché anche nei prossimi esercizi possa essere garantita la salvaguardia dell'equilibrio con le risorse disponibili a legislazione vigente, nel perseguimento della preminente finalità propria di ciascun sistema sanitario di erogazione dei LEA in condizioni di efficienza e appropriatezza, si ritiene del tutto condivisibile quanto osservato e raccomandato dal Tavolo stesso in merito alla necessità di una approfondita riflessione sulla gestione strutturale del SSR, anche in considerazione del rilevante contributo delle partite di natura straordinaria al raggiungimento dell'equilibrio economico, peraltro in parte ancora soggette a valutazione da parte del Tavolo in esito alle attestazioni che dovranno pervenire dai Collegi Sindacali e/o ai chiarimenti chiesti all'Amministrazione. Sul punto, si prende atto di quanto riferito in sede di controdeduzioni circa la richiesta formulata dalla Regione alle Aziende di una relazione dettagliata sulle partite straordinarie che hanno concorso al raggiungimento dell'equilibrio economico; si prende, altresì, atto di quanto riferito in sede di contraddittorio orale in merito alla progressiva riqualificazione del sistema di tutela della salute, alla quale la Regione sta procedendo, con interventi finalizzati a garantire una maggiore appropriatezza del sistema stesso – da effettuare anche nell'ambito del PNRR – che consentiranno, unitamente alle misure individuate in proposito dalla Cabina di regia costituita nel 2021, di contenere la spesa farmaceutica ospedaliera (c.d. per acquisti diretti)." (V. Cap. 6, pag. 417 e ss.).

³⁷⁷ Considerando anche l'equilibrio economico-finanziario.

³⁷⁸ La riduzione delle posizioni debitorie nei confronti dei terzi contraenti con la pubblica amministrazione e il rispetto dei tempi di pagamento previsti a livello normativo rappresentano un fattore di cruciale importanza per il buon funzionamento dell'economia nazionale e rientra nel rispetto delle direttive europee (in materia di pagamenti dei debiti commerciali), su cui la Commissione Europea effettua un puntuale e rigoroso controllo.

³⁷⁹ V. Relazione allegata al giudizio di parificazione del rendiconto 2021 della Regione Friuli-Venezia Giulia, p. 329: "Per le Regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano che provvedono al finanziamento del Servizio sanitario con risorse provenienti interamente dal proprio bilancio, l'attivazione del perimetro sanitario, si pone non tanto come uno strumento di monitoraggio volto ad evitare che i finanziamenti destinati alla sanità vengano dirottati verso altre finalità, ma piuttosto come uno strumento finalizzato a consentire un controllo immediato (in primo luogo da parte della stessa Regione) della dimensione della spesa regionale e a favorire un più efficiente impiego delle risorse per il soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza".

ulteriormente accelerato con l'introduzione della fatturazione elettronica e del censimento digitale dei crediti commerciali che accompagna gli obblighi sempre più stringenti in materia di obblighi di pagamenti delle pubbliche amministrazioni che partono dalla direttiva 2011/7/UE recepita con il d.lgs. n. 192/2012 e poi potenziata dal d.l. n. 35/2013 e culminata nel d.P.C.M. del 12/09/2014 che definisce "l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti".

Le regole dell'armonizzazione contabile³⁸⁰, di cui la perimetrazione sanitaria - congiuntamente al conto di tesoreria dedicato alla gestione sanitaria³⁸¹ e alla gestione sanitaria accentrata (GSA)³⁸² - rappresenta norma fondamentale nell'ambito della sanità, rispondono anche all'esigenza di ridurre i tempi dei pagamenti, in coerenza con la disciplina generale posta dall'art. 4, d.lgs. n. 231/2002, per la riduzione delle posizioni debitorie nei confronti dei terzi contraenti con una pubblica amministrazione³⁸³. A seguito dell'introduzione della fatturazione elettronica³⁸⁴, è previsto l'obbligo della tenuta del registro delle fatture (art. 42, d.l. n. 66/2014)³⁸⁵, nonché la presentazione di un prospetto, allegato alle relazioni ai bilanci consuntivi delle pubbliche amministrazioni, attestante l'importo di pagamenti effettuati dopo la scadenza dei termini previsti dal d.lgs. n. 231/2002, oltre alla pubblicazione dell'indicatore annuale della tempestività dei pagamenti (art. 33, d.lgs. n. 33/2013)³⁸⁶.

Il co. 4 dell'art. 41 del d.l. n. 66/2014 prevede, altresì, che le Regioni, con riferimento agli enti del Servizio sanitario nazionale, trasmettano al Tavolo di verifica di cui all'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, una relazione contenente le informazioni sopra indicate e le iniziative assunte in

³⁸⁰ Regole contabili introdotte con il d.lgs. n. 118/2011.

³⁸¹ L'art. 21, d.lgs. n. 118/2011 prevede l'accensione di conti di tesoreria intestati alla sanità.

³⁸² L'art. 22 del d.lgs. n. 118/2011 al co. 1 dispone che "Le regioni che esercitano la scelta di gestire direttamente presso la regione una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), individuano nella propria struttura organizzativa uno specifico centro di responsabilità, d'ora in poi denominato gestione sanitaria accentrata presso la regione, deputato all'implementazione ed alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti fra la singola regione e lo Stato, le altre regioni, le aziende sanitarie, gli altri enti pubblici ed i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali".

³⁸³ A norma dell'art. 4, d.lgs. n. 231/2002, il termine (di norma 30 gg.), è portato a 60 gg. per gli enti del Servizio sanitario nazionale e per le imprese pubbliche tenute al rispetto delle norme sulla trasparenza.

³⁸⁴ L'introduzione della fatturazione elettronica consente una maggiore attenzione nell'ambito della gestione dei pagamenti e costituisce, al tempo stesso, un utile strumento per perseguire il rispetto delle prescrizioni della legislazione nazionale (art. 4, d.lgs. n. 231/2002) ed europea (Direttiva 2011/7/UE) in tema di tempi di pagamento.

³⁸⁵ L'obbligo della tenuta del registro delle fatture si ricollega all'utilizzo della fatturazione elettronica nei rapporti economici tra pubblica amministrazione e fornitori, il cui termine (fissato dall'art. 6, co. 3, decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze 3 aprile 2013, n. 55 recante "Regolamento in materia di emissione, trasmissione e ricevimento della fattura elettronica da applicarsi alle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 1, commi da 209 a 213, della legge 24 dicembre 2007, n. 244"), è stato anticipato al 31 marzo 2015, a opera dell'art. 25, co. 1, d.l. n. 66/2014.

³⁸⁶ L'art. 33, d.lgs. n. 33/2013, come modificato dall'art. 29, co. 1, d.lgs. 25 maggio 2016, n. 97, recante "Obblighi di pubblicazione concernenti i tempi di pagamento dell'amministrazione" così recita: "Fermo restando quanto previsto dall'articolo 9-bis, le pubbliche amministrazioni pubblicano, con cadenza annuale, un indicatore dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture, denominato «indicatore annuale di tempestività dei pagamenti», nonché l'ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici. A decorrere dall'anno 2015, con cadenza trimestrale, le pubbliche amministrazioni pubblicano un indicatore, avente il medesimo oggetto, denominato «indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti», nonché l'ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici. Gli indicatori di cui al presente comma sono elaborati e pubblicati, anche attraverso il ricorso a un portale unico, secondo uno schema tipo e modalità definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri da adottare sentita la Conferenza unificata". Il decreto attuativo del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 settembre 2014 all'art. 9 definisce l'indicatore di tempestività dei pagamenti "come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento". Sulla base di tale definizione, un indice pari a zero o negativo evidenzia il rispetto dei tempi massimi, in termini di media complessiva parametrata al peso delle transazioni commerciali, posti dal d.lgs. n. 231/2002. Viceversa, un indice superiore a zero evidenzia il mancato rispetto, sempre in termini di media ponderata, dei riferiti tempi massimi.

caso di superamento dei tempi massimi (costituente adempimento ai fini dell'art. 2, co. 68, lett. c), della l. n. 191/2009, condizionante la quota di finanziamento statale subordinata alla verifica positiva di adempimenti regionali)³⁸⁷. Infine, il legislatore nazionale, con la l. n. 145/2018 (ai sensi dell'art. 1, co. 865)³⁸⁸, ha collegato il raggiungimento degli obiettivi in termini di tempi medi di pagamento con l'indennità di risultato dei direttori generali degli enti sanitari³⁸⁹.

Negli ultimi anni la tematica della riduzione delle posizioni debitorie nei confronti dei terzi contraenti con la pubblica amministrazione e del rispetto dei tempi di pagamento ha rivestito un tema centrale nelle diverse riforme intraprese dal legislatore nazionale³⁹⁰. Il perseguimento di tali fini è stato conseguito anche attraverso una serie di misure che hanno consentito di ridurre, se non eliminare del tutto, quegli ostacoli relativi al trasferimento agli enti sanitari delle risorse finanziarie del Fondo sanitario nazionale erogate dallo Stato alle Regioni. Si creavano in passato situazioni non ottimali secondo le quali le Regioni tardavano a trasferire agli enti sanitari i finanziamenti statali ricevuti in sede di bilancio e questi ultimi si trovavano costretti a ricorrere ad anticipazioni e ad accrescere i debiti commerciali verso i fornitori. La necessità di creare un trasferimento il più rapido possibile tra bilancio regionale ed enti sanitari va quindi letta in coordinamento con la necessità di assolvere agli obblighi euro-unitari in materia di tempi di pagamento della pubblica amministrazione.

La norma principe è contenuta nel d.l. n. 35/2013, che al co. 7 dell'art. 3 dispone che le Regioni provvedano, entro la fine dell'anno, all'erogazione di almeno il 95% delle risorse incassate dallo Stato e delle risorse autonome destinate alla sanità; la restante quota deve essere erogata al Servizio sanitario regionale entro il 31 marzo dell'anno successivo³⁹¹. Al fine di fronteggiare la pandemia da Covid-19, il

³⁸⁷ Cfr. Deliberazione SRC della Liguria n. 47/2022/PARI.

³⁸⁸ Su tale disposizione si è pronunciata anche la Corte costituzionale con sentenza n. 78/2020 dichiarando infondata la questione di legittimità costituzionale sollevata dalla Regione Lazio, la Regione siciliana, e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul legame della premialità dei dirigenti al rispetto dei tempi medi di pagamento.

³⁸⁹ L'art. 1, co. 865, l. n. 145/2018 così recita: *«Per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento. La predetta quota dell'indennità di risultato: a) non è riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo; b) è riconosciuta per la metà qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni; c) è riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; d) è riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni»*.

³⁹⁰ L'esigenza di contenere i tempi dei pagamenti è stata sottolineata dalla Corte costituzionale con sentenza 24 aprile 2020, n. 78 che ha confermato la legittimità delle misure di coordinamento della finanza pubblica a carico degli enti del SSN che non rispettano i tempi previsti dalla legge (art. 1, cc. 865 e 866, l. n. 145/2018). Inoltre, la Corte di giustizia (Cfr. Corte di giustizia, grande sezione, 28 gennaio 2020 in causa C-122/18) ha rimarcato la necessità di *«un passaggio deciso verso una cultura dei pagamenti rapidi»* ed è stato dichiarato il venir meno della Repubblica italiana agli obblighi che discendono dall'art. 4 (*«Transazioni fra imprese e pubbliche amministrazioni»*), paragrafi 3 e 4, della direttiva 2011/7/UE, anche se l'inadempimento era derivante dall'azione o dall'inerzia di un'istituzione costituzionalmente autonoma. Ne consegue, quindi, che lo Stato italiano è considerato responsabile anche dei ritardi degli enti territoriali.

³⁹¹ Il co. 7 prevede quanto segue: *«A decorrere dall'anno 2013 costituisce adempimento regionale - ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, prorogato a decorrere dal 2013 dall'articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135- verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, l'erogazione, da parte della regione al proprio Servizio sanitario regionale, entro la fine dell'anno, di almeno il 90% delle somme che la regione incassa nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale. A decorrere dall'anno 2015 la predetta percentuale è rideterminata al valore del 95 per cento e la restante quota deve essere erogata al servizio sanitario regionale entro il 31 marzo dell'anno successivo»*.

legislatore statale, ai sensi dell'art. 117, co. 3, d.l. n. 34/2020³⁹², ha disposto, in deroga all'art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013, che, per l'anno 2020, le Regioni garantiscano ai rispettivi servizi sanitari regionali l'erogazione, entro la fine dell'anno, del 100% delle somme incassate dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale. Le disposizioni citate hanno consentito agli enti sanitari di poter contare su una disponibilità finanziaria più coerente alle esigenze finanziarie per il rispetto dei tempi di pagamento.

Tra gli strumenti utili alla gestione e monitoraggio della riduzione delle posizioni debitorie nei confronti dei terzi contraenti con la pubblica amministrazione e dei tempi di pagamento vi rientra anche la piattaforma dei crediti commerciali (PCC)³⁹³ istituita dall'art. 7, cc. 1, 2 e 7-ter del d.l. n. 35/2013 e rafforzata dall'art. 1, co. 867 della l. n. 145/2018.

Oltre alle misure sopra indicate, il legislatore nazionale ha introdotto anche misure "c.d. straordinarie", tra le quali, non v'è dubbio, vi rientrano le anticipazioni di liquidità³⁹⁴ disposte ai sensi del d.lgs. n. 35/2013. L'anticipazione di liquidità è uno strumento normativo utilizzato per far fronte al pagamento dei fornitori delle pubbliche amministrazioni per i debiti certi liquidi ed esigibili: tale strumento è stato rinnovato con diverse disposizioni normative, da ultimo con la l. n. 178/2020³⁹⁵.

In linea generale, si assiste ad un diffuso miglioramento dei tempi medi di pagamento, anche se la situazione si presenta alquanto variegata con alcune Regioni che, nell'anno 2020, presentano situazioni di patologico ritardo.

³⁹² Il co. 3 prevede quanto segue: "Per l'anno 2020, in deroga a quanto disposto all'articolo 3, comma 7, del decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, le regioni garantiscono l'erogazione ai rispettivi Servizi sanitari regionali, entro la fine dell'anno, del 100 per cento delle somme che la regione incassa nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale".

³⁹³ Il sistema informatico denominato Piattaforma dei crediti commerciali (PCC), realizzata e gestita per il Ministero dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, acquisisce in modalità automatica, direttamente dal Sistema di Interscambio dell'Agenzia delle Entrate (SDI), tutte le fatture elettroniche emesse nei confronti delle PA e registra i pagamenti effettuati e comunicati dalle singole amministrazioni.

³⁹⁴ L'introduzione dell'istituto relativo alle anticipazioni di liquidità ex d.l. n. 35/2013 ha sollevato dubbi interpretativi in merito alla relativa natura giuridica (indebitamento o anticipazione di mera cassa) e alle modalità di contabilizzazione, risolti dalla giurisprudenza della Corte costituzionale e della Corte dei conti.

Con riferimento alla natura giuridica dell'anticipazione di liquidità, il giudice delle leggi, dando seguito all'impostazione della magistratura contabile, ha chiaramente collocato il nuovo istituto nella categoria delle anticipazioni di cassa, superando la nozione angusta precedentemente delineata per quest'ultima, fondata sulle caratteristiche della brevità temporale dell'erogazione (generalmente da restituirsì infrannualmente) e del limite massimo dell'importo concedibile. Secondo l'orientamento della Corte costituzionale (v. sentenza n. 181/2015) l'anticipazione è tesa a superare la discrasia temporale che caratterizza la manifestazione monetaria delle spese rispetto a quella delle entrate, garantendo la liquidità per il pagamento delle prime da rimborsarsi al momento della riscossione delle seconde. Pertanto, seppur costituente un'operazione finanziaria di tipo pluriennale, non può determinare il finanziamento di nuovi spazi di competenza. Ove, infatti, l'anticipazione di liquidità venisse equiparata ad una forma di indebitamento, finanziando ulteriori spese o venendo destinata a copertura del disavanzo, la stessa si porrebbe in contrasto con il vincolo funzionale previsto dall'art. 119 Cost., concretizzando il ricorso all'indebitamento anche per la copertura di spese correnti. Ciò che rileva, quindi, ai fini della qualificazione giuridica dell'anticipazione di liquidità, è la finalità della stessa (ossia il ripianamento della temporanea discrasia temporale tra ciclo dell'entrata e della spesa), piuttosto che la struttura finanziaria dell'operazione (ossia l'orizzonte pluriennale del periodo di restituzione).

La funzione di temporaneo sostegno alle esigenze di cassa espletata dall'anticipazione di liquidità per il pagamento dei debiti deve trovare coerente conferma anche nella rappresentazione contabile. La tecnica contabile individuata, sia in sede giurisprudenziale (Corte conti, Sez. autonomie, 18 dicembre 2015, n. 33) sia in sede legislativa, per tale obiettivo è quella del ricorso ad uno specifico fondo di accantonamento.

³⁹⁵ Art. 1, co. 833 e ss., l. n. 178/2020.

Di seguito viene esposta la situazione desunta dalle relazioni che accompagnano le decisioni di parificazione.

Risulta particolarmente critica la situazione della Regione Calabria³⁹⁶ e della Regione Molise³⁹⁷. La SRC Molise³⁹⁸ segnala tuttavia che mentre la GSA peggiora la sua *performance* relativa all'indicatore di tempestività dei pagamenti che era migliorata dal 2014 al 2017 fino a 13, risale dal 2018 a 85 per raggiungere nel 2020 quota 165 giorni. Al contrario la ASReM, Azienda sanitaria unica del Molise, migliora sensibilmente il suo indice da 461 nel 2017 al 60 giorni nel 2020.

La Regione Calabria che ha una situazione di criticità strutturale attestata da una legislazione speciale in materia sanitaria ha visto in ogni caso a livello regionale un certo miglioramento del suo ITP³⁹⁹. Ma tra gli enti sanitari taluni, secondo la SRC Calabria, *“si collocano in un quadro altamente patologico”*. L'AO Mater Domini, per esempio, ha tempi medi di pagamento di 748,43 giorni (aveva toccato nel 2019 i 946 giorni); ma anche la Azienda ospedaliera di Catanzaro registra in ITP di 226 giorni; La ASP di Crotone di oltre 253 giorni. Molto meglio invece l'azienda ospedaliera di Cosenza che si colloca in territorio negativo con un ritardo medio pari a -0,27, con un significativo miglioramento rispetto agli anni precedenti.

La SRC per la Campania nello scrutinio del rendiconto 2020⁴⁰⁰ afferma che *“emerge in linea generale un diffuso miglioramento. Al riguardo va segnalato che la stragrande maggioranza degli enti ha posto in rilievo come a incidere negativamente sull'ITP siano i pagamenti del debito pregresso. Invece, in ordine ai pagamenti correnti non vengono a registrarsi rilevanti ritardi”*. La Sezione elabora (v. tabella 98 della Relazione al rendiconto 2020) una scomposizione dell'ITP che mostra come tutte le aziende sarebbero in terreno negativo (e quindi con massima tempestività), mentre per il debito pregresso si nota un ritardo di 354 giorni per la ASL Napoli 1 e 206 per la ASL Benevento.

La SRC per la Regione Marche analizza nella parifica 2020⁴⁰¹ il miglioramento dei tempi di pagamento di una situazione che dal 2016 si colloca tra le migliori in Italia, con i tre enti sanitari tutti con ITP

³⁹⁶ La SRC della Calabria con del. n. 141/2021/PARI afferma: *“Le Aziende del SSR calabrese, nel periodo 2015/2020 non hanno rispettato la direttiva europea sui tempi di pagamento e nel 2020, per alcune Aziende, gli indicatori sono risultati ancora elevati. Nel 2020, l'ITP è aumentato, rispetto all'esercizio precedente, per l'ASP di CS (58), l'ASP di Crotone (253) e per l'ASP di Catanzaro (235), mentre in leggera diminuzione è risultato per le altre Aziende del SSR. Va evidenziato, peraltro, che alcune Aziende – pur mostrando un ITP in lieve miglioramento – si collocano in un quadro altamente patologico: l'AO Mater Domini, per esempio, ha tempi medi di pagamento, di n. 748,43 giorni; la AO di Catanzaro paga a circa 226 giorni in media”*.

³⁹⁷ La SRC del Molise con del. n. 80/2021/PARI sostiene che: *“Per l'anno 2020, l'indicatore medio annuo di tempestività ha evidenziato un valore pari a 60 giorni per l'A.S.Re.M. e di 165 per la GSA. Si evince, pertanto, un netto peggioramento per la GSA nel 2019 e nel 2020 (rispettivamente 125 giorni e 165 giorni a fronte di 85 giorni). Risulta, invece, migliorata la performance dell'A.S.Re.M., che registra un indicatore pari a 59 giorni nel 2019 e 60 giorni nel 2020 rispetto al valore di 185 giorni registrato nel 2018. ... Sul punto, gli organi di monitoraggio interministeriale hanno rappresentato la necessità di predisporre uno specifico piano di intervento inerente al percorso tendente al rispetto dei tempi di pagamento (richiesto dal 4 aprile 2017) e hanno richiesto che la tematica fosse affrontata nel Programma Operativo 2019-2021”*.

³⁹⁸ SRC Molise, del. n. 80/2021/PARI del 12/11/2021, vol. 1, pagg. 167-169, in ogni caso segnala che per la GSA il 44% dei pagamenti è avvenuto oltre i termini previsti e questa quota sale al 63% per la ASReM.

³⁹⁹ SRC Calabria, *“Relazione annessa al giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione Calabria per l'esercizio finanziario 2020”* deliberazione del 10/12/2021 pagg. 575-578.

⁴⁰⁰ SRC Campania, *“Relazione sul rendiconto generale per l'esercizio 2020 della Regione Campania”* deliberazione 15/12/2021 pagg. 226-229.

⁴⁰¹ SRC Marche deliberazione 22/10/2021 pag. 308.

negativo, con una punta di eccellenza di -27,17 per l'azienda Ospedali Riuniti Marche Nord e un indicatore regionale di -8 giorni.

Anche la Liguria manifesta un ottimo indicatore di tempestività dei pagamenti stabile negli ultimi sette anni (2020: -12) con punte di eccellenza nelle ASL 4 e ASL 5⁴⁰².

In Puglia, a fronte di una buona *performance* nel decennio, con un ITP che da un indicatore nel 2011 di 290 giorni è passata in terreno negativo (e quindi di elevata tempestività), dal 2018 tra gli enti sanitari resta in terreno positivo (e quindi con un ritardo superiore a quanto previsto dall'ordinamento) la sola ASL Lecce, ma non con livelli preoccupanti (+15 giorni)⁴⁰³.

La SRC per la Lombardia in sede di parifica sul rendiconto 2021 analizza sinotticamente gli indicatori di tempestività dei pagamenti (indicatore di ritardo annuale) per tutti gli enti sanitari singolarmente, in parallelo al debito comunicato al marzo 2022 e a quello risultante dalla piattaforma PCC. Per quanto riguarda l'ITP, si segnala che gli enti della Lombardia si collocano tra i più virtuosi a livello nazionale, tra i molti, con indici a -49 giorni (ATS Insubria), -40 giorni (ATS Pavia)⁴⁰⁴.

La SRC per il Piemonte segnala un miglioramento nel triennio 2018-2020⁴⁰⁵ e nel triennio 2019-2021⁴⁰⁶ per l'indicatore annuale di pagamento di tutte gli enti sanitari.

Per il 2021 si osserva che per quasi tutte le Regioni il pagamento dei debiti commerciali viene effettuato nei termini di legge, come accade per la Regione Piemonte⁴⁰⁷, Regione Abruzzo⁴⁰⁸, Regione Liguria⁴⁰⁹, Regione Toscana⁴¹⁰ e Regione Emilia-Romagna⁴¹¹. La SRC Puglia evidenzia il miglioramento complessivo avvenuto nel tempo in tutti gli enti del SSR presenti sul territorio, con qualche ente che

⁴⁰² SRC Liguria, deliberazione 22/07/2021 pagg. 510-513.

⁴⁰³ SRC Puglia, deliberazione 08/10/2021, pag. 210.

⁴⁰⁴ SRC Lombardia, deliberazione 20/07/2022, pagg. 86-91.

⁴⁰⁵ SRC Piemonte, deliberazione del 28/07/2021, vol. III, pagg. 291-296.

⁴⁰⁶ SRC Piemonte, deliberazione del 27/07/2022, vol. III pagg. 196-198.

⁴⁰⁷ La SRC Piemonte con del. n. 101/2022/PARI sostiene che: "Anche per il 2021 il rispetto dei tempi di pagamento è stato inserito come obiettivo specifico per la corresponsione dell'indennità integrativa dei Direttori Generali, con D.G.R. n. 13-3924 del 15 ottobre 2021. [...] Dai dati esposti si rileva che anche nel 2021 tutte le Aziende hanno un ITP negativo, significando che pagano con qualche giorno in anticipo rispetto alla scadenza stabilita".

⁴⁰⁸ La SRC Abruzzo con del. n. 212/2022/PARI ha sostenuto che: "In sede istruttoria, la Regione ha evidenziato che: «le Aziende sanitarie nell'esercizio 2021 hanno rispettato i tempi di pagamento e sono in linea con la normativa vigente. Anche la GSA, a seguito di una rafforzata attività di monitoraggio, ha ridotto i tempi di liquidazione valorizzando così un indicatore annuale 2021 pari a -15 giorni ... la Regione ha dato seguito a quanto previsto dalla legge di bilancio 2019 sui tempi di pagamento (art. 1, c. 865, legge n. 145 del 2018)». Nel verbale ministeriale, difatti, emerge che tutte le Aziende rispettano la direttiva europea sui tempi di pagamento".

⁴⁰⁹ La SRC Liguria con del. n. 47/2022/PARI afferma che: "Si assiste ad un miglioramento dei tempi medi di pagamento (da -12 a -10 giorni), che si mantengono inferiori a quelli massimi prescritti dall'art. 4 del d.lgs. n. 231 del 2001 (pari, per gli enti del servizio sanitario, a 60 giorni)".

⁴¹⁰ La SRC Toscana con del. n. 131/2022/PARI afferma che: "Nel 2021 l'Ente ha rispettato i parametri ex d.lgs. n. 231/2002, poiché il tempo medio di pagamento è stato inferiore di 26 giorni rispetto al termine stabilito contrattualmente, come risulta dalla certificazione di cui al d.l. n. 66/2014 ("Attestazione dei tempi di pagamento"), allegata al rendiconto. Peraltro, l'indice di tempestività di pagamento delle aziende sanitarie e ospedaliere, nello stesso anno, oscilla tra i -55,47 giorni della GSA e i 39,94 dell'AOU Pisana, con una media di 6,54 giorni".

⁴¹¹ La SRC Emilia-Romagna con del. n. 105/2022/PARI afferma: "In generale, la Regione ha dichiarato che, dopo pochi giorni dall'avvio del nuovo applicativo, l'emergenza COVID ha colpito la Regione in maniera significativa, con la conseguenza che sono state adottate tutte le misure di protezione/prevenzione per evitare la diffusione del contagio (smartworking, sospensione delle attività di affiancamento e formazioni on site...), misure che si sono inserite in un contesto di avvio che esprimeva già le difficoltà legate al cambiamento del software e al contesto di riferimento relativo a un sistema unico di anagrafiche centralizzate. Tale situazione ha di fatto aggravato i rallentamenti nei tempi di liquidazione e pagamento che sarebbero stati comunque fisiologici in una prima fase di avvio del software, ma risolti in tempi più brevi in assenza dell'emergenza COVID. Comunque, l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti per il 2021 è minore di zero per l'intero Servizio Sanitario Regionale. [...] In conclusione, la Regione dichiara che gli esiti raccolti dalle Aziende sanitarie regionali, in relazione al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato, evidenziano per tutto il Servizio Sanitario Regionale il rispetto dei tempi di pagamento entro il limite dei 60 giorni previsti dalla normativa vigente".

presenta ancora segnali di criticità nel rispetto del pagamento delle fatture nei tempi imposti dalla legge⁴¹².

La tabella che segue riporta, a livello regionale, l'indicatore di tempestività dei pagamenti degli enti del Servizio sanitario regionale, identificando l'ente sanitario che ha il peggiore indicatore e l'ente sanitario che ha la migliore *performance* nei pagamenti.

Tabella 98 - Indicatore di tempestività dei pagamenti (Min.-Max.) degli enti sanitari regionali - Anni 2020-2021

Tipologia	Regioni	Anno 2020 ⁽¹⁾ ITP (Min. - Max.) enti sanitari regionali	Anno 2021 ⁽³⁾ ITP (Min. - Max.) enti sanitari regionali
Regioni a statuto ordinario	Piemonte **	0 ; -19	-5 ; -26
	Lombardia	-5 ; -46	7 ; -49
	Veneto	-40 ; -10	n.d.
	Liguria	-2 ; -25	-2 ; -35
	Emilia-Romagna	-6 ; -41	-1,73 ; -44,92
	Toscana	40 ; -55	39,94 ; -55,47
	Umbria	-25 ; -32	n.d.
	Marche	-8 ; -27	n.d.
	Lazio *	5 ; -29	n.d.
	Abruzzo *	37 ; -15	-4 ; -15
	Molise *	60 ; 165	n.d.
	Campania *	53 ; -35	n.d.
	Puglia *	15 ; -21	13 ; -28
	Basilicata	32 ; -25	n.d.
	Calabria *	748 ; 0	n.d.
Regioni a statuto speciale ⁽²⁾	Valle d'Aosta	n.d.	n.d.
	Provincia autonoma Bolzano	n.d.	n.d.
	Provincia autonoma Trento	n.d.	n.d.
	Friuli-Venezia Giulia	n.d.	n.d.
	Sicilia *	46 ; -31	n.d.
	Sardegna	n.d.	n.d.

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati dei Verbali del Tavolo di verifica per gli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e delle riunioni congiunte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza (anno 2020) e delle Parifiche delle Sezioni Regionali di Controllo (anno 2021); valori espressi in giorni

⁽¹⁾ Dati dei Verbali del Tavolo di verifica per gli adempimenti di cui all'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e delle riunioni congiunte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza.

⁽²⁾ I Verbali delle Regioni a statuto speciale, ad eccezione della Regione siciliana, non sono disponibili.

⁽³⁾ Dati presenti nella relazione al giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione.

* Regioni in Piano di rientro

⁴¹² La SRC Puglia, con del. n. 140/2022/PARI, sostiene che: "Al 31.12.2021 l'ITP è di - 8 giorni (media ponderata), ovvero il pagamento avviene in media con un anticipo di 8 giorni rispetto ai 60 normativamente previsti (- 4 giorni nel 2020); ritardi si registrano per Asl Lecce (+2 giorni) e l'AOU Ospedali Riuniti di Foggia (+13 giorni). Come risulta dal verbale della riunione congiunta del 4.4.2022 del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, nel periodo 2014-2021 l'ITP annuale del settore sanitario pugliese è progressivamente migliorato, passando da +68 giorni del 2014 a - 8 del 2021".

Riquadro 1 - Regione siciliana: giudizio di parificazione rendiconto esercizio 2020 (dispositivo del 3/12/2022) e 2019 (decisione n. 6/2021/SS.RR./PARI) con aggiornamenti giurisprudenziali

In data 3 dicembre 2022 le Sezioni riunite per la Regione siciliana, decidendo sul Rendiconto generale della Regione siciliana per l'esercizio finanziario 2020, limitatamente all'ambito sanitario, hanno dichiarato non regolari gli impegni e i corrispondenti pagamenti registrati sul capitolo 214918 per euro 74.023.731,14⁴¹³, a seguito della dichiarazione di illegittimità costituzionale dell'art. 6 della legge regionale 17 marzo 2016, n. 3, pronunciata con sentenza della Corte costituzionale n. 233 del 2022 e sospeso per i restanti accertamenti, il presente giudizio sulla parifica, e per l'effetto la decisione definitiva, sollevando, con separata ordinanza, questione di legittimità costituzionale dell'art. 90, co. 10, della legge regionale 3 maggio 2001, n. 6, come modificato dall'art. 58, comma 2, della legge regionale 7 maggio 2015, n. 9, quanto alle spese sostenute nell'esercizio 2020 per il finanziamento annuale dell'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente (A.R.P.A. Sicilia) a valere sulle risorse del Fondo sanitario regionale.

Con la decisione n. 6/2021/SS.RR./PARI, le Sezioni riunite per la Regione siciliana hanno parificato il rendiconto della Regione siciliana per l'esercizio 2019, con l'esclusione, relativamente al Servizio sanitario regionale, delle spese del perimetro sanitario per l'importo complessivo di euro 156.848.927,90, impegnate nei seguenti capitoli di bilancio: 413372 (€ 29.000.000,00), 900023 (€ 51.994.471,43) e 214918 (€ 75.854.456,47), nonché delle spese disimpegnate dal capitolo 413333 del perimetro sanitario per l'importo complessivo di euro 80.262.000,00 per il finanziamento dei seguenti capitoli del bilancio: 590402 (€ 70.057.912,71), 243301 (€ 2.375.877,04) e 183355 (€ 7.828.210,25).

Con riferimento all'ambito sanitario, si evidenziano alcune tematiche approfondite nella Relazione sul rendiconto della Regione siciliana esercizio 2019 (volume II, capitolo 9).

Perimetro sanitario

A seguito del recepimento delle disposizioni di cui al Titolo II del d.lgs. n. 118/2011, la Regione siciliana ha operato, ai sensi dell'art. 22 del decreto citato, la scelta di gestire una quota di finanziamento del proprio servizio, con l'istituzione di uno specifico centro di responsabilità, denominato Gestione sanitaria accentrata (v. Sezioni Riunite in sede di giudizio di parificazione del rendiconto della Regione per l'esercizio 2018, del. n. 6/2019/PARI, e Sezione regionale controllo del. n. 137/2020/PRSS).

⁴¹³ Le Sezioni riunite per la Regione siciliana, nella sintesi relativa al giudizio di parificazione per il rendiconto 2020, rilevano che "fra i capitoli di spesa collegati al finanziamento statale risultano inseriti gli oneri (quota capitale e la quota interessi) del prestito trentennale stipulato dalla Regione Siciliana con il Ministero dell'Economia, a titolo di anticipazione, per l'estinzione dei debiti contratti sui mercati finanziari e dei debiti commerciali cumulati fino al 31.12.2005 ai fini del risanamento strutturale dei servizi sanitari regionali ai sensi della L. 24 dicembre 2007, n. 244, articolo 2, comma 46, per effetto del comma 1 dell'articolo 6 della L.R. 17 marzo 2016 n.3, che poneva il relativo onere integralmente a carico del Fondo sanitario. Per l'esercizio 2020 risulta impegnata esclusivamente la quota interessi sul capitolo 214918 per complessive € 74.023.731,14. [...] Relativamente all'esercizio 2020, tenuto conto che la sentenza della Corte costituzionale n. 233 del 2022, depositata il 21 novembre 2022, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 6 della legge della Regione Siciliana 17 marzo 2016 n. 3, le quote prudenzialmente accantonate nel risultato di amministrazione per fronteggiare l'eventuale rischio di soccombenza dovranno essere ricondotte al sistema sanitario regionale con conseguente riduzione della parte accantonata di quest'ultimo e simmetrico incremento della parte vincolata".

Inoltre, il legislatore regionale, con l'art. 54 della l.r. n. 16/2017, modificando l'art. 90, co. 2-ter, l.r. n. 6/2001, ha annoverato fra gli enti del SSR anche l'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente⁴¹⁴ (ARPA), attribuendole le risorse del FSR per il tramite del capitolo di spesa 413372 rientrante nel perimetro sanitario, per effetto di quanto disposto con l'art. 58, co. 2, della l.r. n. 9/2018. La Corte costituzionale, con sentenza n. 172/2018, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale, in violazione dell'art. 117, terzo comma, Costituzione, in materia di coordinamento della finanza pubblica, dell'art. 54 della legge della Regione siciliana 11 agosto 2017, n. 16, argomentando che *"l'attribuzione all'ARPA siciliana della natura di ente del settore sanitario da parte della norma impugnata viola il principio di contenimento della spesa pubblica sanitaria, da ritenersi principio di coordinamento della finanza pubblica, sulla base di quanto già rilevato, in molteplici occasioni, da questa Corte (ex multis, sentenze n. 203 del 2008 e n. 193 del 2007)"*⁴¹⁵. A seguito dell'intervenuta pronuncia di illegittimità costituzionale, la Regione ha espunto l'ARPA dal novero degli enti del SSR.

Sul tema dell'esatta perimetrazione dei capitoli dell'area sanitaria⁴¹⁶, del suo livello di rappresentatività e del diretto collegamento con la griglia dei Livelli essenziali di assistenza individuati a livello ministeriale,

⁴¹⁴ Il legislatore regionale, con l'art. 54 della legge regionale n. 16 dell'11 agosto 2017, che ha aggiunto il co. 2-ter all'art. 90 della l.r. n. 6/2001, ha annoverato fra gli enti del SSR anche l'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente (ARPA), destinataria anch'essa di risorse, in sede di riparto del fondo sanitario. Detta disposizione normativa è stata oggetto di impugnativa da parte della Presidenza del Consiglio dei ministri, laddove qualifica l'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente quale ente del servizio sanitario, per contrasto sia con l'art. 117, terzo comma, Cost., in materia di «tutela della salute» e di «coordinamento della finanza pubblica», sia con l'art. 81, terzo comma, Cost., in quanto suscettibile di generare oneri a carico del Servizio sanitario nazionale non quantificati e non coperti, eccedendo le competenze statutarie di cui agli artt. 14 e 17, lettere b) (igiene e sanità pubblica), e c) (assistenza sanitaria), dello statuto della Regione siciliana.

⁴¹⁵ Nella sent. n. 172/2018, la Corte cost. *"Le agenzie regionali per la protezione dell'ambiente sono state istituite a seguito del referendum del 18 aprile 1993, che ha abrogato alcune parti della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale), eliminando le competenze ambientali della vigilanza e controllo locali del Servizio sanitario nazionale, esercitate tramite i presidi multizonali di prevenzione. Tali competenze, a seguito della legge 21 gennaio 1994, n. 61 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 4 dicembre 1993, n. 496, recante disposizioni urgenti sulla riorganizzazione dei controlli ambientali e istituzione dell'Agenzia nazionale per la protezione dell'ambiente), sono state affidate ad apposite agenzie regionali per la protezione dell'ambiente (ARPA), istituite assieme all'Agenzia nazionale per la protezione dell'ambiente (ANPA), divenuta poi APAT e nel 2008 confluita nell'Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale (ISPRA). Tanto premesso, l'attribuzione all'ARPA siciliana della natura di ente del settore sanitario da parte della norma impugnata viola il principio di contenimento della spesa pubblica sanitaria, da ritenersi principio di coordinamento della finanza pubblica, sulla base di quanto già rilevato, in molteplici occasioni, da questa Corte (ex multis, sentenze n. 203 del 2008 e n. 193 del 2007). Tale conclusione è avvalorata, da un lato, dalla considerazione che le funzioni spettanti all'ARPA sono solo in minima parte riconducibili a funzioni sanitarie stricto sensu e che, anche alla luce dei principi posti dalla recente legge 28 giugno 2016, n. 132 (Istituzione del Sistema nazionale a rete per la protezione dell'ambiente e disciplina dell'Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale), il sistema di finanziamento, di qualificazione e di controllo delle agenzie ambientali deve considerarsi nettamente distinto da quello degli enti del settore sanitario; dall'altro, dal fatto che la Regione Siciliana risulta impegnata nel piano di rientro dal disavanzo sanitario e che, quindi, l'inserimento di un ente, estraneo alle prestazioni di assistenza sanitaria, nel novero degli enti di cui al comma 3 dell'art. 4 della legge reg. Siciliana n. 6 del 2009 e di cui alla legge reg. Siciliana n. 25 del 2008, implicando l'assunzione a carico del bilancio regionale di oneri aggiuntivi in contrasto con gli obiettivi di risanamento del Piano di rientro, viola il principio di contenimento della spesa pubblica sanitaria, quale principio di coordinamento della finanza pubblica e, in definitiva, l'art. 117, terzo comma, Cost. Tale conclusione risulta, inoltre, convalidata dalla circostanza che la materia dell'assistenza sanitaria rientra tra quelle contemplate dall'art. 17 dello statuto siciliano, rispetto alle quali la Regione può esercitare la propria competenza legislativa solo nei limiti dei principi e degli interessi generali cui si informa la legislazione statale"*.

La questione è stata già oggetto di specifico approfondimento da parte della SRC Sicilia che, con del. n. 137/2020/PRSS, afferma quanto segue: *"Alla luce dell'intervenuta declaratoria di incostituzionalità e dei principi in essa ribaditi, questa Sezione controllo rileva l'irregolare inclusione nell'area sanitaria di un ente la cui mission e il cui oggetto sociale è costituito da attività in materia ambientale che esulano dall'erogazione dei LEA e che solo limitatamente a peculiari funzioni potrebbero collegarsi all'area sanitaria"*.

⁴¹⁶ Come evidenziato dalle SSRR per la Regione siciliana, nella Relazione sul rendiconto della Regione siciliana esercizio 2019, Volume II, par. 3.2, pagg. 17 e ss., *"La originaria "perimetrazione" delle entrate e delle spese rientranti nel perimetro sanitario è stata approvata dalla Giunta regionale con delibera n. 201 del 10/8/2015. Con decreti del Ragioniere Generale la Regione siciliana ha provveduto ad integrare i capitoli della "perimetrazione sanitaria", inserendo i capitoli di entrata e di spesa istituiti successivamente alla data della suindicata delibera n. 201/2015. Tale procedura non prevedeva il coinvolgimento diretto del competente Assessorato alla Salute. A seguito della direttiva del 16 febbraio 2018 (prot. n. 8055) della Ragioneria Generale, la Regione siciliana ha avviato un nuovo percorso che prevede una valutazione preventiva, da parte del responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata, sui capitoli di nuova istituzione da inserire nel perimetro sanitario ai fini dell'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come individuati dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, e dell'adeguamento alle osservazioni formulate da queste Sezioni Riunite in sede di giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione Siciliana"*.

si è pronunciata anche la Corte costituzionale con sentenza n. 62 del 10 aprile 2020, in sede di ricorso avverso diverse norme della legge di stabilità regionale n. 8 dell'8 maggio 2018. Il Giudice delle leggi, nella sentenza citata, afferma che *“la perimetrazione dei LEA nelle forme tassativamente previste dall'art. 20 del d.lgs. n. 118 del 2011 non è stata correttamente effettuata in sede di legge finanziaria e di bilancio di previsione 2018” e, di conseguenza, «non è stato assicurato il completo flusso finanziario delle risorse necessarie ai LEA verso la finalità costituzionalmente vincolata».* Secondo la Corte *«Le poste di entrata e di spesa sono state aggregate dalla Regione secondo prospetti macroeconomici attendibili ma privi della catalogazione giuridica e finalistica prevista dalla citata norma attuativa dell'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost.»* Inoltre, alla quantificazione dei LEA trasmessa dalla Regione – effettuata secondo criteri convenzionali successivamente meglio descritti – non corrispondono, per difetto, le relative certificazioni dei flussi finanziari [...]. Dalle complesse certificazioni delle transazioni finanziarie in entrata e in uscita emerge che non vi è mai stata una predeterminazione delle risorse da destinare ai LEA e delle relative spese finalizzate. In particolare, non è stata iscritta in bilancio alcuna somma destinata alla regolarizzazione delle predette gravi criticità. In tale contesto privo di una quantificazione preventiva comprensiva di tutte le categorie LEA, attraverso le quali è articolato il nuovo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), l'attestazione prodotta dalla Regione Siciliana ha dovuto limitarsi ad esporre in modo analitico le rimesse periodiche da parte dello Stato e gli impegni e i pagamenti relativi a spese sanitarie assunti nel corso dell'esercizio finanziario. In sostanza, le somme gestite nell'ambito del bilancio regionale non sono mai state fissate preventivamente né in sede di legge finanziaria, né in sede di bilancio ma sono state determinate solo in base ai flussi risultanti dalla sommatoria delle rimesse statali in corso d'anno e in base agli impegni di spesa attestati dalla Regione. Se, da un lato, risulta dalle certificazioni la mancata copertura di parte della spesa impegnata dalla Regione Siciliana, dall'altro, risulta altresì una serie di inadempimenti di prestazioni indefettibili come emerge dai richiamati verbali del Tavolo di verifica; prestazioni che già risultavano carenti o assenti nel precedente esercizio finanziario. Tutto ciò conferma le doglianze dello Stato evidenziando pregiudizi sia per l'equilibrio di bilancio, sia per l'erogazione di alcune prestazioni inerenti ai LEA. Le transazioni finanziarie afferenti ai LEA, indicate analiticamente in entrata e in uscita, non vengono rapportate a poste di bilancio, quantificate e “perimetrare” secondo i canoni dell'art. 20 del d.lgs. n. 118 del 2011”.

Nella Relazione citata, la Corte evidenzia, sulla base di quanto comunicato dalla Regione siciliana, che *“sulle criticità ancora rilevate sui capitoli rientranti nel perimetro sanitario [...] sono in corso nuove attività di ricognizione tendenti a definire nuovi elenchi di entrate e di spesa del perimetro sanitario più aderenti ai dettami dell'art. 20 del D. Lgs. n.118/2011”.*

per l'esercizio finanziario 2018, la Ragioneria Generale ed il Responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata hanno provveduto ad un riesame dei capitoli inseriti nel suddetto “Perimetro”. Con la deliberazione di Giunta regionale n. 204 del 28 maggio 2020 sono stati, pertanto, approvati i nuovi elenchi di entrate e di spesa del perimetro sanitario istituzionalizzando la procedura “concertata” per l'istituzione dei nuovi capitoli fra Ragioneria Generale, responsabile GSA e dipartimenti dell'Amministrazione regionale responsabili della gestione finanziaria del SSR. Con memoria prot. n. 51332 del 27 maggio 2021, depositata per l'udienza di preparifica del 3 giugno 2021, la Regione siciliana ha, quindi, comunicato che “sulle criticità ancora rilevate sui capitoli rientranti nel perimetro sanitario si rende noto che sono in corso nuove attività di ricognizione tendenti a definire nuovi elenchi di entrate e di spesa del perimetro sanitario più aderenti ai dettami dell'art.20 del D. Lgs. n.118/2011”, con ciò evidenziandosi che l'attività di revisione del perimetro sanitario è ancora in corso”.

Con riferimento alla gestione del Sistema sanitario della Regione siciliana, le Sezioni riunite hanno constatato il finanziamento, con le risorse del Fondo sanitario regionale, di specifiche spese del bilancio regionale non strettamente riconducibili all'erogazione dei LEA: nello specifico, si rileva la persistente inclusione nel perimetro sanitario di spese non strettamente correlate all'area sanitaria e/o la palese distrazione di risorse inizialmente destinate al finanziamento sanitario aggiuntivo LEA per essere poi finalizzate a spese di altra natura in assenza di specifica autorizzazione da parte dei competenti tavoli tecnici ministeriali in sede di verifica degli adempimenti regionali connessi all'erogazione di LEA. Come evidenziato nella Relazione sul rendiconto della Regione siciliana esercizio 2019, tra le principali spese non riconducibili all'erogazione dei LEA vi sono: a) Finanziamento dell'ARPA⁴¹⁷; b) Spesa per *advisor* contabile e consulenze⁴¹⁸; c) Finanziamento a valere sul FSR degli oneri del prestito trentennale stipulato dalla Regione siciliana, ai sensi dell'art. 6, l.r. n. 3/2016⁴¹⁹; d) Risorse destinate al Finanziamento aggiuntivo LEA⁴²⁰.

⁴¹⁷ Le SSRR per la Regione siciliana, nella Relazione sul rendiconto della Regione siciliana esercizio 2019, rilevano che *"le risorse afferenti al FSR risultano irregolarmente assegnate ed erogate per finalità non riconducibili all'erogazione dei LEA, in assenza di una qualsivoglia precisa destinazione delle stesse per specifiche finalità afferenti all'erogazione dei LEA"*. Per ulteriori approfondimenti, si richiama quanto riportato in precedenza sull'ARPA.

⁴¹⁸ Le SSRR per la Regione siciliana, nella Relazione sul rendiconto della Regione siciliana esercizio 2019, rilevano che *"se da un lato, potrebbe risultare discutibile l'affidamento del servizio di *advisoring* ed il relativo finanziamento a carico delle risorse destinate al SSR, a maggior ragione lo è l'affidamento di servizi di consulenza simili per aspetto contenutistico. A ciò si aggiunga la potenziale sussistenza di fenomeni di "interferenza" fra le attività svolte nei confronti della Regione nel caso di identità del soggetto affidatario, nella considerazione che l'*advisor* affianca la Regione nei tavoli tecnici"*.

⁴¹⁹ Le SSRR per la Regione siciliana, nella Relazione sul rendiconto della Regione siciliana esercizio 2019, rilevano che *"L'anomalo finanziamento delle rate del mutuo trentennale con le risorse del FSR è stato, nel tempo, oggetto costante di attenzione in sede di riunioni congiunte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei LEA, ove è stata rappresentata l'esigenza di abrogare la legge regionale che si pone in contrasto sia con l'Accordo per il piano di rientro cui la Regione siciliana ha aderito nel 2005, sia con la legislazione vigente (art. 1, comma 796, lett. B della L. n. 296/2006 e art. 2, comma 80 e ss., della L. n. 191/2009). [...] A riguardo Tavolo e Comitato, pur prendendo atto dell'impegno della Regione, rilevano la gravità del perdurare di tale inadempimento, ribadendo che la copertura di tale onere doveva essere rinvenuta in fonti regionali già in attuazione dell'impegno assunto nell'Accordo per il Piano di rientro sanitario della Regione Sicilia, per coprire il debito residuo al 31/12/2005, a pena di nullità dello stesso. [...] I Tavoli tecnici concludono, pertanto, che "il continuare a porre a carico del FSR l'onere di 127,850 mln di euro nell'esercizio 2020 è suscettibile di compromettere l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, oltre che costituire un grave inadempimento dell'Accordo per il Piano di rientro". Queste Sezioni Riunite, al riguardo, già in sede di giudizio di parificazione del rendiconto della Regione siciliana per l'esercizio 2018, hanno rilevato che "i capitoli di spesa relativi al rimborso della quota di ammortamento del prestito pluriennale (900023 e 214918) devono essere esclusi dal perimetro sanitario poiché non strettamente correlati al finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza". [...] Conseguentemente, il continuare a porre a carico del Fondo sanitario spese non correlate direttamente all'erogazione di servizi sanitari costituisce palese distrazione di risorse destinate a finanziare il sistema sanitario regionale"*.

⁴²⁰ Le SSRR per la Regione siciliana, nella Relazione sul rendiconto della Regione siciliana esercizio 2019, rilevano che per effetto delle disposizioni dall'art. 4, cc. 7 e 8 della l.r. n. 3/2016, nonché dall'art. 1, co. 1, della l.r. n. 16/2017, *"fra le spese del perimetro sanitario dell'esercizio 2019 si rinviene uno stanziamento iniziale € 131.750.000,00, sul capitolo 41333324, a titolo di finanziamento aggiuntivo LEA, inizialmente impegnato, e poi progressivamente disimpegnato e stornato con successive variazioni di bilancio per finanziare ex lege altre spese del bilancio regionale, ad eccezione del residuo importo di € 21.000,00, destinato a copertura dell'eventuale disavanzo economico 2019 del SSR. [...] premesso, appare evidente come le disposizioni introdotte con la legge regionale n. 3/2016, oltre che autorizzare l'utilizzazione di risorse finanziarie destinate all'erogazione dei LEA e/o ad una maggiore efficienza nell'erogazione dei LEA esistenti, possa costituire anche un espediente normativo per aggirare le reiterate richieste dei tavoli tecnici ministeriali di escludere dal finanziamento con le risorse del FSR le rate di rimborso del mutuo trentennale che, a pena di nullità dell'Accordo sul Piano di rientro della Regione Sicilia, dovevano essere necessariamente poste a carico del bilancio regionale con risorse proprie, costituendo condizione necessaria per l'accesso a tale tipologia di finanziamento. L'introduzione di tale normativa, che costituisce una sorta di "clausola di salvaguardia" per far fronte al possibile disavanzo economico generato dall'impropria destinazione delle risorse del FSR prevista dall'art. 6 della legge regionale n. 3/2017, tra l'altro, presuppone, per lo svincolo delle risorse stanziate ed impegnate ai fini sanitari per essere destinate ex lege al finanziamento di altre spese del bilancio regionale, la specifica autorizzazione da parte dei competenti tavoli tecnici ministeriali a seguito dell'accertamento di un risultato economico positivo del SSR per l'esercizio precedente. A tal riguardo, va rilevato che da quanto emerso dagli esiti delle riunioni congiunte, tenutesi in data 20 maggio 2020 e da ultimo in data 8 ottobre 2020, tra il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza e il Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti previsti dal Piano di rientro della Regione siciliana, è stato autorizzato lo svincolo di risorse per € 51.467.000,00 ed € 12.000.000,00 di cui alle delibere di Giunta regionale n. 265 del 18/07/2019 e n. 484 del 27/12/2019, mentre non sono state liberate le disponibilità di cui alla delibera di Giunta n. 485 del 27/12/2019 per l'importo di € 68.283.000,00. Nello specifico, è stato rilevato che la Regione ha proceduto arbitrariamente a liberare tali risorse, anticipando gli esiti delle riunioni dei competenti tavoli tecnici in sede di monitoraggio, impegnandosi a ricondurre nel bilancio regionale per il triennio 2020-2022 l'importo di euro 127 milioni, precisamente euro 40 mln nel 2020, euro 40 mln nel 2021 ed euro 47 mln nel 2022. [...] Alla luce di quanto esposto, Tavolo e Comitato hanno rilevato che il disimpegno di tali risorse non è stato assentito dai Tavoli che avevano esplicitamente e ripetutamente richiesto alla Regione di impegnarsi al conferimento delle risorse proprie del SSR siciliano e che in mancanza delle stesse, vi sarebbero stati seri rischi nell'erogazione dei LEA, riservandosi di effettuare nuove valutazioni in merito nelle riunioni successive"*.

Le SSRR per la Regione siciliana rilevano l'irregolare finanziamento con le risorse del FSR delle rate del mutuo trentennale ex art. 2, co. 46, della legge 24 dicembre 2007, n. 244⁴²¹, contratto dalla Regione siciliana con il Ministero dell'Economia per l'estinzione dei debiti sanitari pregressi. Infatti, *"In ossequio a quanto disposto con l'art. 6, comma 1, della legge regionale 17 marzo 2016, n. 3, a decorrere dall'esercizio 2016, le quote di rimborso del finanziamento contratto nel 2007, per l'importo complessivo di 127,85 milioni di euro, risultano finanziate con i capitoli 214918 (per la quota interessi) e 900023 (per la quota capitale) rientranti nel perimetro sanitario, per effetto di specifica assegnazione in sede di distribuzione del Fondo sanitario regionale indistinto, costituendo palese distrazione di risorse destinate a finanziare il sistema sanitario regionale"*.

A seguito dell'ordinanza delle Sezioni riunite in speciale composizione (n. 20/2021/DELIC del 17 dicembre 2021)⁴²², resa in relazione al ricorso (n. 740/SR/DELIC)⁴²³ proposto dalla Procura generale⁴²⁴ della Corte dei conti presso la Sezione giurisdizionale d'appello della Regione siciliana avverso la

⁴²¹ L'art. 2, co. 46, l. n. 244/2007, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)», ha autorizzato lo Stato ad anticipare alle Regioni Lazio, Campania e Molise e alla Regione Siciliana - i cui servizi sanitari si presentavano in una situazione gravemente patologica, sia in relazione al debito pregresso sia riguardo ai disavanzi accumulati - «la liquidità necessaria per l'estinzione dei debiti contratti sui mercati finanziari e dei debiti commerciali cumulati fino al 31 dicembre 2005»; in forza del successivo co. 47, le Regioni interessate «sono tenute a restituire, in un periodo non superiore a trenta anni, le risorse ricevute» con le quali - ai sensi del comma 48 dello stesso art. 2 - esse «provvedono all'immediata estinzione dei debiti pregressi per l'importo corrispondente».

La previsione statale è stata funzionale a concedere a queste Regioni, a fronte della sottoscrizione di specifici accordi diretti anche a responsabilizzarle nel risanamento strutturale dei rispettivi servizi sanitari, un'imponente anticipazione di liquidità - fino a 9.100 milioni di euro - da impiegare per l'estinzione dei debiti contratti sui mercati finanziari e dei debiti commerciali cumulati fino al 31 dicembre 2005. Tale intervento si è aggiunto a un altro, di poco precedente, contenuto nell'art. 1, cc. 1 e 3, del d.l. n. 23/2007 (Disposizioni urgenti per il ripiano selettivo dei disavanzi pregressi nel settore sanitario, nonché in materia di quota fissa sulla ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale), convertito, con modificazioni, nella legge 17 maggio 2007, n. 64, con cui lo Stato ha stabilito un concorso straordinario, pari a 3.000 milioni di euro, nel ripiano dei disavanzi sanitari del periodo 2001-2005, per quelle Regioni che, non erano più in grado di sanarli autonomamente.

⁴²² La Corte costituzionale con la sentenza n. 184/2022 ha rigettato il ricorso, per conflitto di attribuzione, proposto dalla Regione siciliana nei confronti dello Stato, in riferimento alla sentenza della Corte dei conti, Sezioni riunite in sede giurisdizionale in speciale composizione, 17 dicembre 2021, n. 20/2021/DELIC, poiché quest'ultima avrebbe leso le proprie attribuzioni costituzionali e statutarie, in quanto avrebbe giudicato in ordine alla legittimità di alcune poste del rendiconto regionale relativo all'esercizio 2019, pur essendo nelle more del giudizio intercorso la legge regionale n. 26/2021 di approvazione del predetto rendiconto.

Secondo l'orientamento della Corte costituzionale, ribadito nella sentenza citata, alla Corte dei conti (specialmente alle sezioni regionali di controllo in sede di parifica dei rendiconti regionali) è attribuito il compito di «verificare il rispetto di parametri normativi, anche costituzionali, in vista della tutela della stabilità finanziaria e degli stessi enti controllati». Il giudizio di parificazione, quale risultato di una funzione di controllo-garanzia, a esito dicotomico (parifica/non parifica), è ascrivibile al novero dei controlli di legittimità-regolarità, in ragione del carattere di giurisdizione contenziosa, data la possibilità di impugnare la decisione resa dalle Sezioni regionali di controllo davanti alle Sezioni riunite in speciale composizione, ai sensi dell'art. 11, co. 6, lett. e), del codice di giustizia contabile. Il controllo riservato al giudice contabile, quale organo di garanzia della legalità nell'utilizzo delle risorse pubbliche, «non può arrestarsi per il sopravvenire della legge regionale di approvazione del rendiconto generale, proprio in quanto strumentale ad assicurare il rispetto dei precetti costituzionali sull'equilibrio di bilancio». Tale controllo, infatti, non può in alcun modo incidere sulla potestà legislativa che la Costituzione e gli statuti speciali attribuiscono alle assemblee regionali, che la esercitano «in piena autonomia politica, senza che organi a esse estranei possano né vincolarla né incidere sull'efficacia degli atti che ne sono espressione (salvo, beninteso, il sindacato di costituzionalità delle leggi regionali spettante alla Corte costituzionale)» (sentenza n. 39 del 2014). Il Giudice delle leggi ha già avuto modo di sottolineare che «le sfere di competenza della Regione e della Corte dei conti si presentano distinte e non confliggenti» (sentenza n. 72 del 2012). Infatti, l'una consiste nel controllo politico da parte dell'assemblea legislativa delle scelte finanziarie dell'esecutivo, illustrate nel rendiconto, l'altra nel controllo di legittimità/regolarità (la «validazione») del risultato di amministrazione e cioè delle «risultanze contabili della gestione finanziaria e patrimoniale dell'ente» (sentenze n. 247 del 2021 e n. 235 del 2015) su cui si basa il rendiconto, alla luce dei principi costituzionali di stabilità finanziaria». La rendicontazione costituisce un presupposto fondamentale del circuito democratico rappresentativo, in quanto assicura alla collettività la cognizione delle modalità di impiego delle risorse e dei risultati conseguiti da chi è titolare del mandato elettorale. Muovendo da tali presupposti «L'accertamento della irregolarità/illegittimità dei dati contabili oggetto della decisione di parifica, impugnata dinanzi alle Sezioni riunite in speciale composizione, ha l'effetto di mettere a disposizione anche dell'ente controllato dati contabili corretti che riflettono le condizioni del bilancio a una certa data e incidono sul suo ciclo, in modo tale che il medesimo ente possa decidere di intervenire in sede di assestamento ovvero nei successivi bilanci di previsione e rendicontazioni, in linea con il principio di continuità del bilancio. Tanto più in considerazione della natura di «bene pubblico» del bilancio stesso (sentenza n. 184 del 2016), funzionale a sintetizzare e certificare le scelte dell'ente territoriale sulla gestione delle risorse della collettività e a svelarne la rispondenza ai principi costituzionali».

⁴²³ Ricorso proposto ai sensi dell'art. 11, co. 6, lett. e), dell'Allegato 1 (Codice di giustizia contabile) al decreto legislativo 26 agosto 2016, n. 174 (Codice di giustizia contabile, adottato ai sensi dell'articolo 20 della legge 7 agosto 2015, n. 124).

⁴²⁴ Così come la sentenza Corte cost. n. 184/2022 aveva ribadito e specificato la legittimazione ad intervenire, nel giudizio di parifica, di tutti i portatori di situazioni soggettive suscettibili di essere incise dalla decisione di parificare o di non parificare, la sentenza Corte cost. n. 233/2022 ribadisce la legittimazione del P.M. contabile ad impugnare la decisione assunta dalla Sezione regionale in sede di parifica.

decisione delle Sezioni riunite per la stessa Regione per la parificazione del rendiconto generale per l'esercizio 2019 (n. 6/2021/SSRR/PARI), la Corte costituzionale, con sentenza n. 233 del 21 novembre 2022, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 6, della legge regionale 17 marzo 2016, n. 3.

La Corte argomenta che la disposizione oggetto di censura *“da un lato, autorizza «l'utilizzo di una quota del Fondo sanitario» per finanziare le quote residue del prestito ottenuto dal MEF da regioni in piano di rientro, dall'altro, non ha natura sanitaria: mentre il debito regionale preesistente, da estinguere immediatamente con le risorse anticipate, era sì attinente al settore sanitario, il debito di restituzione della liquidità, oggetto della norma censurata, ha invece un carattere meramente finanziario, in quanto diretto a rimborsare lo Stato e non più i fornitori del servizio sanitario. In altri termini, il prestito assentito dalla legge n. 244 del 2007 ha fronteggiato le esigenze di cassa, al fine di consentire alle regioni di estinguere debiti sanitari già iscritti nel loro bilancio o in quello dei loro enti, per cui si è caratterizzato per un vincolo di destinazione che si è impresso sul necessario utilizzo delle somme oggetto del finanziamento per pagare tempestivamente i debiti pregressi della sanità. Per converso, il rimborso del prestito statale ha quale causa la mera (e neutrale) restituzione delle somme prestate e, dunque, rispondendo ad una pura logica finanziaria, è del tutto estraneo al vincolo di destinazione riferito alle spese sanitarie”*. Muovendo da tali premesse, attraverso la norma censurata, *“la Regione realizza un'operazione che, a fronte della diminuzione delle risorse per i LEA, amplia la capacità di spesa nel settore non sanitario, cioè ordinario, del bilancio regionale (sul quale, invece, dovrebbe gravare l'onere dell'ammortamento del prestito)”*. Ad avviso della Corte costituzionale, con l'art. 6 della l.r. n. 2/2016 si realizzerebbe *“un effetto non dissimile da quello stigmatizzato da questa Corte nella sentenza n. 181 del 2015, laddove l'improprio utilizzo da parte del legislatore regionale delle risorse ottenute a titolo di anticipazione di liquidità per l'estinzione di debiti commerciali, anche del settore sanitario, portava ad «ampliare la spesa di competenza dell'esercizio»”*. Infatti, viene correlata ad una entrata di natura sanitaria (derivante dal Fondo sanitario) una spesa estranea a tale ambito, alterando così la struttura del perimetro sanitario prescritto dall'art. 20 del d.lgs. n. 118/2011: in tale prospettiva, risulta chiaramente elusa la finalità prevista dall'armonizzazione contabile⁴²⁵. Disattendendo le disposizioni sul perimetro sanitario, la Regione ha dato copertura, all'onere per la restituzione del prestito allo Stato (che costituisce spesa non sanitaria), con le specifiche risorse ordinarie destinate alle spese correnti per il finanziamento e la garanzia dei LEA, distraendole così dalla loro originaria finalità⁴²⁶.

11.2.2 Misure Cov-20

La situazione emergenziale Covid-19, che ha messo in evidenza oltre ai punti di forza alcune fragilità del Sistema sanitario nazionale⁴²⁷, ha imposto un maggior coinvolgimento degli organi di governo

⁴²⁵ Secondo la Corte costituzionale, è violata la competenza legislativa esclusiva statale in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici di cui all'art. 117, secondo comma, lettera e), Cost. (Corte cost., sentenza n. 233/2022, cit.).

⁴²⁶ Ad avviso della Corte costituzionale, è altresì fondata la questione sollevata in riferimento all'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost. (Corte cost., sentenza n. 233/2022, cit.).

⁴²⁷ V. Sezioni riunite in sede di controllo, Rapporto 2020 sul coordinamento di finanza pubblica: *“L'emergenza sanitaria che interessa il nostro Paese ha riportato al centro dell'attenzione le caratteristiche del sistema sanitario, mettendone in evidenza oltre ai punti di forza, gli aspetti problematici*

centrale e di quelli regionali, con un più intenso e stretto coordinamento, oltre all'abbandono delle logiche di contenimento della spesa sanitaria e di differenziazione territoriale.

La legislazione c.d. "emergenziale"⁴²⁸ si è concretizzata in una serie di provvedimenti⁴²⁹ contenenti misure sotto plurimi profili. Tra i principali interventi sotto il profilo finanziario troviamo l'incremento delle risorse destinate dallo Stato a finanziare la gestione sanitaria^{430 431}, l'aumento della disponibilità di cassa relative all'anticipazione del finanziamento sanitario concesse dallo Stato⁴³², l'obbligo del trasferimento integrale agli enti sanitari delle somme incassate dallo Stato⁴³³.

L'impegno finanziario dello Stato è stato controbilanciato dall'obbligo delle Regioni e delle Province autonome di redigere programmi operativi per utilizzare ed amministrare tali risorse incrementali, con monitoraggio congiunto del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Il legislatore statale ha imposto alle Regioni e Province autonome la definizione del programma operativo per la gestione dell'emergenza da Covid-19 (art. 18, co. 1, d.l. n. 18/2020) nonché del piano di riordino della rete ospedaliera in relazione all'emergenza sanitaria (art. 2, d.l. n. 34/2020)⁴³⁴. È stato disposto l'immediato potenziamento dei reparti ospedalieri di terapia intensiva, diramando linee di indirizzo assistenziali specificamente individuate dal Ministero della Salute per i pazienti affetti da Covid-19. Nella prima fase emergenziale è stata prevista la rapida attivazione di aree sanitarie temporanee, sia all'interno che all'esterno di strutture, pubbliche o private, di ricovero, cura, accoglienza ed assistenza, senza tutti i requisiti di accreditamento per la durata del periodo dello stato di emergenza.

Con riferimento all'assistenza territoriale, le Regioni sono state impegnate ad istituire, per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, le Unità speciali di continuità assistenziale (c.d. USCA).

attribuiti soprattutto alle scelte operate negli ultimi anni. [...] Sono quattro gli aspetti su cui ci si è più soffermati: a) la graduale riduzione della spesa pubblica per la sanità e il crescente ruolo di quella a carico dei cittadini, b) la contrazione del personale a tempo indeterminato e il crescente ricorso a contratti a tempo determinato o a consulenze; c) la riduzione delle strutture di ricovero e l'assistenza territoriale; d) il rallentamento degli investimenti".

⁴²⁸ Provvedimenti emanati per affrontare la pandemia da Covid-19.

⁴²⁹ I provvedimenti principali sono: d.l. n. 18/2020, d.l. n. 34/2020 e d.l. n. 104/2020.

⁴³⁰ Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale per il 2020 è stato rideterminato, ai sensi dell'art. 18, co.1, d.l. n. 18/2020, in 118.071 milioni di euro, e, successivamente, in forza dei decreti-legge n. 34/2020 e n. 104/2020, in 120.517 milioni di euro.

⁴³¹ Al finanziamento legato agli interventi adottati per l'emergenza sanitaria accedono tutte le Regioni e le Province autonome, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente. Infatti, le autonomie speciali (la Regione Valle d'Aosta e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'art. 34, co. 3 della l. n. 724/1994, la Regione Friuli-Venezia Giulia, ai sensi dell'art. 1, co. 144 della l. n. 662/1996, e la Regione Sardegna, ai sensi dell'art. 1, co. 836 della l. n. 296/2006) provvedono al finanziamento del rispettivo fabbisogno senza alcun apporto a carico del Bilancio dello Stato, ad esclusione della Regione siciliana la cui aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario (art. 1, co. 830, l. n. 296/2006).

⁴³² L'art. 117, co. 1, d.l. n. 34/2020, ha autorizzato il Ministero dell'Economia e delle Finanze, in deroga a quanto previsto dall'art. 2, co. 68, lett. b) e c), della l. n. 191/2009, e nelle more dell'adozione delle delibere del CIPE, a concedere alle Regioni a statuto ordinario anticipazioni nella misura del 99% e del 99,5% (per le Regioni che risultavano adempienti nell'ultimo triennio) delle somme dovute a titolo di finanziamento ordinario della quota indistinta per l'anno 2020, al netto delle entrate proprie.

⁴³³ L'art. 117, co. 3, d.l. n. 34/2020, ha previsto, in deroga all'art. 3, co. 7, d.l. n. 35/2013, l'obbligo per le Regioni di garantire ai rispettivi servizi sanitari regionali l'erogazione, entro la fine dell'anno, del 100% delle somme incassate dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale.

⁴³⁴ Le azioni introdotte dagli enti territoriali dovevano, inoltre, tendere al potenziamento della rete ospedaliera, in particolare dei reparti di pneumologia e virologia, e dei Pronto soccorso, oltre al potenziamento e alla riorganizzazione della rete dell'assistenza territoriale. Il potenziamento della rete ospedaliera incremento del monte ore della specialistica ambulatoriale convenzionata.

La legislazione emergenziale ha, inoltre, imposto alle Regioni la definizione di specifici piani regionali e l'attivazione di Centrali operative regionali con funzioni di raccordo fra i servizi territoriali e il sistema di emergenza-urgenza⁴³⁵.

Le iniziative adottate per fronteggiare l'emergenza sanitaria hanno portato ad un mutamento dei vincoli imposti negli ultimi anni dalla legislazione nazionale per quanto riguarda il personale sanitario⁴³⁶. Il legislatore nazionale ha introdotto procedure straordinarie, in deroga alla disciplina vigente, di reclutamento del personale per il potenziamento delle reti di assistenza territoriale e dei reparti ospedalieri di virologia e pneumologia.

La situazione emergenziale ha reso necessario un maggior coinvolgimento sincronico degli organi di governo centrale e di quelli regionali, con un più intenso e stretto coordinamento tra i diversi livelli di governo.

In definitiva, al fine di fronteggiare la diffusione del Covid-19, si sono susseguiti numerosi provvedimenti legislativi che prevedono interventi sul sistema sanitario: provvedimenti con una specifica dotazione finanziaria e che avevano il principale obiettivo di rafforzare gli aspetti più problematici dell'assistenza. Le misure introdotte sono riconducibili a quattro principali ambiti di intervento: l'incremento della dotazione di personale sanitario, l'acquisto di dispositivi e di attrezzature per l'allestimento di posti di terapia intensiva e subintensiva, il potenziamento della rete territoriale e il potenziamento della rete ospedaliera.

11.2.2.1 Personale

L'emergenza sanitaria ha messo in evidenza, come rilevato nel Rapporto di coordinamento della finanza pubblica⁴³⁷, alcuni aspetti problematici del Servizio sanitario nazionale, collegati prevalentemente alle scelte operate negli ultimi anni dal legislatore nazionale e locale. Con riferimento al personale, gli aspetti più delicati hanno riguardato: il permanere per un lungo periodo di vincoli alla dinamica della spesa per personale e le carenze, specie in alcuni ambiti, di personale specialistico, il blocco del *turn over* (specie nelle Regioni in piano di rientro) e le misure di contenimento delle assunzioni adottate anche in altre Regioni (con il vincolo alla spesa).

In generale, nell'ultimo decennio il personale sanitario ha rappresentato l'aggregato sul quale più si è inciso in termini restrittivi contribuendo a contenere l'andamento della spesa, con ricadute in termini di capacità operativa degli enti sanitari. Nell'ambito sanitario, i redditi da lavoro dipendente erano

⁴³⁵ Tali azioni, infatti, hanno l'obiettivo di garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, anche attraverso il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata - ADI.

⁴³⁶ La legislazione pregressa si è caratterizzata per il permanere per un lungo periodo di vincoli alla dinamica della spesa per personale, per il blocco del *turn over* nelle Regioni in piano di rientro, per le misure di contenimento delle assunzioni adottate anche in altre Regioni (con il vincolo alla spesa), determinando, specie in alcuni ambiti, le carenze di personale specialistico.

⁴³⁷ V. Sezioni riunite in sede di controllo, Rapporto 2020 sul coordinamento di finanza pubblica, pag. 286: "L'emergenza sanitaria che interessa il nostro Paese ha riportato al centro dell'attenzione le caratteristiche del sistema sanitario, mettendone in evidenza oltre ai punti di forza, gli aspetti problematici attribuiti soprattutto alle scelte operate negli ultimi anni".

infatti scesi dai 35,6 miliardi del 2012 a 34,3 miliardi nel 2017 (che rappresenta il picco inferiore), per risalire a 36,6 miliardi nel 2019, 37,2 nel 2020 e 38,9 nel 2021. In termini di unità, si tratta di un aggregato di 673.500 persone impiegate nel 2012 che passa a 647 mila nel 2017 e risale a 649.500 nel 2020.

Gli strumenti normativi impiegati per raggiungere il contenimento della spesa sono molteplici e taluni decisamente eccezionali e non ripetibili, come ad esempio il mancato rinnovo contrattuale del 2015. Se fin dalla legge n. 311/2004 (art. 1, co. 174) è stato introdotto il blocco automatico del *turn over* automatico per le Regioni in piano di rientro (abrogato solo nel 2019), il blocco dei contratti di lavoro era stato adottato con l'art. 9, co. 17 del d.l. n. 78/2010, cui si aggiungevano obiettivi stringenti di personale con l'art. 17, co. 3-ter del d.l. n. 98/2011. È stato in seguito fissato un tetto agli aumenti retributivi con l'art. 9, co. 1 del d.l. n. 78/2010, e con l'art. 1, co. 1, lett. a) del d.P.R. n. 122/2013; vincoli all'incremento del trattamento accessorio con l'art. 9, co. 2-bis dello stesso d.l. n. 78/2010 e poi con l'art. 23, co. 2 del d.lgs. n. 75/2017; il blocco dei contratti 2019 con il co. 438 della l. n. 145/2018; limiti ai contratti flessibili e a tempo determinato. Si trattava dunque di un sistema dove a un tetto generale per la spesa di personale si venivano ad aggiungere tetti e limiti alle singole componenti di essa. Su questo impianto vincolistico le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti hanno da anni sviluppato una vasta azione di verifica, che è proseguita in alcuni casi anche in sede di parifica del rendiconto 2020. Il legislatore aveva già impresso una prudente svolta a partire dal 2017, sbloccando soprattutto i contratti nazionali di lavoro settoriali.

Con la legislazione emergenziale viene impressa una decisa svolta, utilizzando tutti gli strumenti possibili per favorire il trattenimento di personale in quiescenza, immissione di specializzandi, favorendo le abilitazioni e le equipollenze, sbloccando i contratti flessibili. È da considerare, tuttavia, che le deroghe e le risorse aggiuntive per l'assunzione di personale approvate nella legislazione emergenziale del 2020 e del 2021 non hanno derogato al limite complessivo di spesa ridefinito nel 2019 con l'art. 11, co. 1 del d.l. n. 35/2019, il quale pone un duplice tetto: il primo sulla base del valore della spesa del 2018 come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti⁴³⁸; il secondo, nel caso di superamento del precedente limite, sulla base della spesa prevista dall'art. 2, co. 71 della legge n. 191/2009⁴³⁹. Il legislatore, inoltre, al fine di contemperare le esigenze proprie del Servizio sanitario

⁴³⁸ Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'art. 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato-Regioni.

⁴³⁹ Il primo periodo dell'art. 11, co. 1 del d.l. n. 35/2019 prevede che "A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191".

Si rappresenta altresì che ai sensi del co. 2, art. 11 cit., "la spesa è considerata, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, per il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a tempo determinato, di collaborazione coordinata e continuativa e di personale che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni. La predetta spesa è considerata al netto degli oneri derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro successivi all'anno 2004, per personale a carico di finanziamenti comunitari o privati

nazionale con i profili di contenimento della spesa, ha, altresì, consentito, a livello regionale, incrementi annuali ed ulteriori rispetto a quanto previsto nel primo periodo del primo comma dell'art. 11 cit.⁴⁴⁰. La vigenza di questo tetto globale che non è stato derogato nel corso della pandemia spiega dunque fenomeni come quelli rappresentati nella tabella 85 nel capitolo 9 dove si evince un forte aumento di spese per consulenze, collaborazioni, lavoro interinale che costituiscono strumenti alternativi alle assunzioni che non si riescono ad effettuare. Va segnalato che la SRC per il Piemonte ha effettuato in sede di parifica del rendiconto 2020⁴⁴¹ un'indagine per singolo ente sull'andamento di tutte le forme di lavoro flessibile (collaborazioni coordinate e continuative, somministrazione di lavoro, consulenze, altri contratti flessibili), con aumenti di dieci volte per le prime, di sette volte per le consulenze, di raddoppio per i contratti flessibili e invece una sostanziale stabilità per le somministrazioni.

L'emergenza sanitaria ha consentito di rafforzare ulteriormente le dinamiche già messe in atto dal c.d. Decreto Calabria⁴⁴² (allentamento dei vincoli di spesa⁴⁴³ e superamento dell'imbuto formativo⁴⁴⁴), per

e relativi alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'articolo 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". Inoltre, il quinto periodo del co. 1, art. 11 cit. prevede "Tale importo include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018".

⁴⁴⁰ Nell'ambito della complessa normativa dell'art. 11, d.l. n. 35/2019, i limiti previsti dal primo periodo del co. 1, sono incrementati sulla base delle seguenti disposizioni:

- secondo periodo, primo comma: *"I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 10 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente"* (disposizione modificata dall'art. 45, co. 1-bis, lett. b), d.l. 26 ottobre 2019, n. 124, convertito, con modificazioni, dalla l. 19 dicembre 2019, n. 157, e, successivamente, dall'art. 1, co. 269, lett. a), l. 30 dicembre 2021, n. 234, a decorrere dal 1° gennaio 2022);
- terzo periodo, primo comma: *"Nel triennio 2019-2021 la predetta percentuale è pari al 10 per cento per ciascun anno"* (disposizione introdotta dall'art. 45, co. 1-bis, lett. b), d.l. 26 ottobre 2019, n. 124, convertito, con modificazioni, dalla l. 19 dicembre 2019, n. 157);
- quarto periodo, primo comma: *"Qualora nella singola Regione emergano, sulla base della metodologia di cui al sesto periodo, obiettivi ulteriori fabbisogni di personale rispetto alle facoltà assunzionali consentite dal presente articolo, valutati congiuntamente dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, può essere concessa alla medesima Regione un'ulteriore variazione del 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale"* (disposizione inserita dall'art. 45, co. 1-bis, lett. a), d.l. 26 ottobre 2019, n. 124, convertito, con modificazioni, dalla l. 19 dicembre 2019, n. 157);
- comma terzo: *"Le regioni, previo accordo da definirsi con il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia e delle finanze, possono ulteriormente incrementare i limiti di spesa di cui al comma 1, di un ammontare non superiore alla riduzione strutturale della spesa già sostenuta per servizi sanitari esternalizzati prima dell'entrata in vigore del presente decreto"* (comma così modificato dalla legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60, dall'art. 1, co. 269, lett. b), l. 27 dicembre 2019, n. 160, a decorrere dal 1° gennaio 2020, e, successivamente, dall'art. 25, co. 4-septies, lett. b), d.l. 30 dicembre 2019, n. 162, convertito, con modificazioni, dalla l. 28 febbraio 2020, n.8).

⁴⁴¹ SRC Piemonte, del. 28/07/2021, vol. III, pagg. 296-304, tabella n. 104.

⁴⁴² Decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 "Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria", convertito con modificazioni dalla legge 25 giugno 2019, n. 60.

⁴⁴³ L'art. 11, co. 1, d.l. n. 35/2019 prevede che "A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 10 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Nel triennio 2019-2021 la predetta percentuale è pari al 10 per cento per ciascun anno. Qualora nella singola Regione emergano, sulla base della metodologia di cui al sesto periodo, obiettivi ulteriori fabbisogni di personale rispetto alle facoltà assunzionali consentite dal presente articolo, valutati congiuntamente dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, può essere concessa alla medesima Regione un'ulteriore variazione del 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale [...]."

⁴⁴⁴ L'art. 12 del d.l. n. 35/2019 prevede disposizioni sulla formazione in materia sanitaria e sui medici di medicina generale mentre l'art. 13 disposizioni in materia di carenza di medicinali e di riparto del Fondo sanitario nazionale.

giungere ad una nuova visione globale del sistema sanitario in cui viene in rilievo l'abbandono delle logiche di contenimento della spesa sanitaria⁴⁴⁵ e di differenziazione territoriale.

Per fronteggiare l'emergenza, sono state utilizzate procedure straordinarie di reclutamento del personale per il potenziamento, in particolare, delle reti di assistenza territoriale e dei reparti ospedalieri di virologia e pneumologia, in deroga alla disciplina vigente. Inoltre, sono stati disposti incentivi ed incarichi di lavoro autonomo e, per garantire l'assistenza in caso di sostituzione del medico di medicina generale, la possibilità di esercitare la professione di medico-chirurgo dopo il conseguimento della laurea in Medicina e chirurgia previo giudizio di idoneità (cd. laurea abilitante). Sulla base dei dati riportati dalle Sezioni riunite in sede di controllo della Corte dei conti, nel Rapporto di coordinamento sulla finanza pubblica per il 2021⁴⁴⁶, risultano⁴⁴⁷ essere state reclutate a vario titolo dall'inizio della emergenza sanitaria 83.180 unità di personale: si tratta per il 25,7% di medici (21.414) e per il 38,5% di infermieri (31.990), mentre il restante personale (29.776 unità) è costituito da operatori sociosanitari ed altre professionalità necessarie per fronteggiare l'emergenza sanitaria (tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio, assistenti sanitari, biologi, etc.).

Il d.l. n. 14/2020 aveva previsto la possibilità per le Regioni e gli enti del SSN di rideterminare i propri piani di fabbisogno del personale, stanziando a tale scopo 660 milioni di euro (aumentati a 770 milioni con il d.l. n. 18/2020). Con l'intento di rafforzare sul fronte del personale sanitario⁴⁴⁸ la risposta all'emergenza sanitaria, operando anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente, con il d.l. n. 14/2020 il legislatore nazionale ha previsto di poter procedere al reclutamento (art. 1) di professionisti sanitari (compresi i medici specializzandi iscritti all'ultimo e penultimo anno) con incarichi di lavoro autonomo, anche in collaborazione coordinata e continuativa, della durata massima di 6 mesi, prorogabili in ragione del perdurare dello stato di emergenza.

L'art. 23 del d.l. n. 9/2020 aveva consentito, in via transitoria, la stipula di contratti di lavoro autonomo con personale medico ed infermieristico, in deroga alle norme che limitano sia le possibilità di ricorso a tale tipo di contratti sia il conferimento di incarichi a soggetti già titolari di un trattamento di quiescenza⁴⁴⁹. Il d.l. n. 18/2020 all'art. 2-bis ha esteso a tutto il territorio della Repubblica la portata delle norme transitorie relative alla stipula di contratti di lavoro autonomo con personale medico ed

⁴⁴⁵ La legge di Bilancio 2020 aveva ulteriormente impresso un'accelerazione al processo di reintegro dei dipendenti (art. 1, co. 269).

⁴⁴⁶ V. SSRR in sede di controllo, Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica, cit., pag. 286 e ss.

⁴⁴⁷ Sulla base dei dati trasmessi dalle Regioni e Province autonome a fine aprile 2021.

⁴⁴⁸ Le risorse per il personale sanitario contenute nei diversi provvedimenti emergenziali risultano essere superiori alla "somma degli interventi previsti per il 2020 e per il 2021 dalla Legge di Bilancio anche se, in questo caso, si tratta di un processo di reclutamento che, per sua natura, ha carattere meno stabile - vincolato al periodo di emergenza - rispetto a quello programmato prima dell'avvio della fase emergenziale" (Cfr. SRC Piemonte, delibera n. 105/2021/SRCPIE/PARI - Giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione Piemonte per l'esercizio finanziario 2020, Volume III, cap. 1, par. 1.2).

⁴⁴⁹ Tale disposizione era prevista soltanto per le Regioni e Province autonome definite "zone rosse" dal d.P.C.M. 1° marzo 2020 (ovvero Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto - Province di Pesaro, Urbino e Savona). La norma è stata successivamente abrogata dall'art. 1, co. 2, d.l. n. 18/2020 che ha fatto salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base dell'art. 23 del d.l. n. 9/2020.

infermieristico⁴⁵⁰: la principale finalità era quella di incrementare il personale necessario per rafforzare i reparti di terapia “intensiva e sub intensiva” necessari per la cura dei pazienti affetti Covid-19. Le norme in questione, in virtù della loro valenza al contrasto dell’epidemia da Covid-19, sono state prorogate più volte, in ultimo (al 31 dicembre 2022) dall’art. 1, co. 268, lett. a), della legge di bilancio 2022 (l. n. 234/2021).

Inoltre, il co. 5 dell’art. 2-*bis* del decreto citato prevedeva poi la possibilità di conferire incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con durata non superiore a sei mesi, e comunque entro il termine dello stato di emergenza, a dirigenti medici, veterinari e sanitari nonché al personale del ruolo sanitario del comparto sanità, collocati in quiescenza.

Le misure previste dall’art. 2-*bis* hanno, in base ai dati riportati nel Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica, consentito il ricorso a rapporti libero professionali con 4.068 specializzandi, 2.250 medici specialisti, 5.616 medici abilitati ma non specializzati e 2.296 infermieri. Ad essi si sono aggiunti oltre 3.867 addetti delle professioni sanitarie e di altre tipologie. 18.097 addetti sugli 83.180 complessivamente mobilitati (il 22,7%). Con riferimento al co. 5, dell’art. 2-*bis*, invece, la disposizione ha consentito l’impiego 971 medici e 363 infermieri, soprattutto nelle Regioni del Nord (696 medici e 348 infermieri)⁴⁵¹.

Infine, l’art. 2-*ter*, cc. 1 e 5, d.l. n. 18/2020 ha consentito, sempre in via transitoria, il conferimento, da parte degli enti ed aziende del SSN, di incarichi individuali a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie⁴⁵² e ad operatori socio-sanitari, mediante avviso pubblico e selezione per colloquio orale, estendendo tale possibilità anche per i medici specializzandi iscritti regolarmente all’ultimo e penultimo anno di corso della scuola di specializzazione. La legge di bilancio 2021 (art. 1, co. 423, l. n. 178/2020) ha esteso l’efficacia di tale disposizione al 31 dicembre 2021.

L’estensione fino al 31 dicembre 2021 di tutte le misure previste dagli *ex artt.* 2-*bis* e 2-*ter* del d.l. n. 18/2020 è autorizzata nei limiti di spesa per singola Regione e Provincia autonoma indicati nella Tab. 1 allegata alla medesima legge di bilancio 2021 (per una spesa complessiva di 1.100 milioni di euro, incrementati dalle risorse del Programma Next Generation EU).

La tematica relativa all’assunzione di personale durante il periodo dell’emergenza sanitaria è ampiamente trattata dalle Sezioni regionali di controllo nelle relazioni allegate ai giudizi di parificazione del rendiconto generale regionale.

⁴⁵⁰ Alcuni incarichi (ivi compresi incarichi di collaborazione coordinata e continuativa di durata non superiore a sei mesi) previsti dalla disciplina transitoria dell’art. 2-*bis*, in particolare dal co. 1, lett. a), possono essere attribuiti anche a tutti i laureati in medicina e chirurgia, abilitati all’esercizio della professione medica e iscritti all’ordine professionale.

⁴⁵¹ V. SSRR in sede di controllo, Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica, pag. 288 e ss.

⁴⁵² Il conferimento può riguardare i soggetti iscritti agli albi professionali degli ordini: dei medici-chirurghi e degli odontoiatri; dei veterinari; dei farmacisti; dei biologi; dei fisici e dei chimici; delle professioni infermieristiche; della professione di ostetrica; dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione; degli psicologi.

Tra le altre, la SRC Abruzzo, nel definire le misure adottate dalla Regione con riguardo al personale sanitario, riferisce che nonostante la dichiarazione di fine emergenza, le carenze continuano a permanere e tuttora è necessaria l'attuazione di misure straordinarie per il reclutamento del personale⁴⁵³. Detta necessità comporta di riflesso l'impossibilità di perseguire il rispetto dei tetti di spesa di cui alla l. n. 191/2009⁴⁵⁴.

Al contrario, la SRC Liguria riferisce che la Regione ha rispettato i vincoli imposti dalla legge relativamente ai costi del personale per gli anni 2020 e 2021⁴⁵⁵.

In sede di analisi la Regione Lombardia ha fornito elementi sullo stato di attuazione, tra gli altri, dei piani per l'assunzione a tempo determinato e indeterminato di 91 unità complessive di personale nel settore della sicurezza negli ambienti di lavoro, a proposito della quale è stata altresì chiesta la rappresentazione tabellare dei dati relativi all'attività ispettiva nel 2020 e nel 2021⁴⁵⁶.

⁴⁵³ La SRC Abruzzo, con del. n. 212/2022/PARI, evidenzia quanto segue: "Ciò ha rallentato e ostacolato le azioni della Regione, che – dato atto nel Programma Operativo 2019-2021 della carenza di personale all'interno dei servizi sanitari quale 65 problematica a livello globale – intendeva riqualificare il personale del SSR sollevando le figure professionali carenti da compiti impropri attraverso la ricollocazione di talune funzioni in capo ai diversi attori. [...] In tale contesto, le azioni regionali continuano ad essere rivolte all'attuazione di procedure straordinarie di reclutamento di personale per fronteggiare l'emergenza che di fatto è ancora presente, per mezzo della stabilizzazione del personale, di cui al comma 268, lettera b) della legge di bilancio 2022, nel rispetto degli indirizzi regionali di cui alla DGR n. 368 del 11 luglio 2022, senza tralasciar l'impegno in sede di Conferenza Stato-Regioni e Commissione Salute, al fine di ottenere la deroga al tetto di spesa del personale, risalente al 2004 e insufficiente a garantire le attuali esigenze assistenziali del nostro territorio. In tale contesto il progetto richiamato in premessa e previsto nel Programma Operativo 2019-2021 è passato decisamente in subordine e non poteva essere diversamente. È di tutta evidenza l'impossibilità di porre in essere ulteriori attività aggiuntive, peraltro progettate in epoca antecedente la pandemia, in capo al personale già tanto provato da questi anni di grande impegno professionale, per la realizzazione di programmi ritenuti indispensabili per garantire l'assistenza sanitaria in un momento così critico. Questa Sezione è ben consapevole come la necessità del rispetto del limite di legge, unitamente al recepimento delle direttive regionali, ha imposto negli anni un'importante contrazione della spesa per il personale rispetto alle reali esigenze, con penalizzazione dei servizi erogabili in alcune aree ospedaliere e territoriali. L'emergenza pandemica del 2020 ha pertanto suscitato una risposta insufficiente, almeno nel corso dei primi mesi, da parte delle strutture sanitarie, già penalizzate da un lungo periodo di razionalizzazione della spesa sanitaria in favore del conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica. La gestione della pandemia da Covid-19, infatti, ha ulteriormente inciso sul potenziamento di taluni servizi con nuove strutture ed ampliamento delle aree sulle strutture esistenti. Si è reso, dunque, necessario, un doveroso potenziamento del sistema sanitario nazionale (in particolare, la riorganizzazione territoriale ed ospedaliera intervenute ai sensi degli artt. 1 e 2 del d.l. n. 34 del 2020), con contestuale reclutamento massivo e straordinario di personale per ciascuna azienda sanitaria territoriale soprattutto del ruolo sanitario, attraverso il ricorso alla normativa d'urgenza derogatoria rispetto alle ordinarie procedure vigenti".

⁴⁵⁴ La SRC Abruzzo, con del. n. 212/2022/PARI, rileva che "mentre i costi imputabili alla spesa per il personale reclutato per far fronte alle attività di contrasto all'emergenza Covid19 non hanno creato difficoltà per gli anni 2020 e 2021 in relazione al perseguimento dell'obiettivo di finanza pubblica ex art. 2, c. 71, della legge 191 del 23 dicembre 2009, in quanto autorizzati e finanziati in deroga ai tetti di spesa attraverso i decreti governativi d'urgenza, l'anno 2022 assorbe invece i costi di gestione della pandemia all'interno nella spesa ordinaria per il personale. La necessità di mantenimento in servizio e di stabilizzazione del ridotto personale determinerà – verosimilmente – l'impossibilità del perseguimento del rispetto del tetto di spesa di cui alla citata legge n. 191 del 2009. [...] La Sezione, nell'osservare la citata carenza di personale medico, a livello nazionale, osserva come tale criticità sta determinando il ricorso, ormai quasi strutturale, alle prestazioni aggiuntive richieste al personale interno. Emerge, pertanto, anche il ricorso a strumenti alternativi di reclutamento del personale: l'ipotesi degli appalti a ditte esterne si sta diffondendo su tutto il territorio nazionale per evitare l'interruzione del servizio sanitario. Si tratta di affidamenti, in genere attraverso la stipula di un accordo quadro concluso all'esito di procedura ad evidenza pubblica, della gestione del servizio di assistenza medica per i codici bianchi e verdi presso i servizi di pronto soccorso".

⁴⁵⁵ La SRC Liguria, con del. n. 47/2022/PARI, evidenzia che "In sede istruttoria è stato chiesto di esplicitare il costo per il personale sostenuto complessivamente nel 2021 dagli enti del SSR (ASL, AO, AOU, IRCCS), al fine di verificare l'avvenuto conseguimento dell'obiettivo di contenimento posto dall'art. 11 del d.l. n. 35 del 2019, convertito dalla legge n. 60 del 2019 (al netto delle eccezioni autorizzate dall'emergenza sanitaria da Covid-19). L'accertamento circa il rispetto, da parte delle singole aziende ed enti del servizio sanitario regionale, degli obblighi di contenimento al trattamento economico accessorio complessivo sarà effettuato in sede di esame dei bilanci d'esercizio dei ridetti enti, come previsto dall'art. 1, commi 3 e seguenti, del d.l. n. 174 del 2012. In sede istruttoria è stato chiesto alla Regione di illustrare le direttive fornite agli enti del SSR, nell'ambito dell'esercizio dei concorrenti poteri di coordinamento della finanza pubblica, al fine di rispettare, nel 2021, il descritto obiettivo di contenimento, anche alla luce delle eccezioni autorizzate a seguito dell'emergenza da Covid-19. La Regione ha riferito che, in materia di lavoro flessibile, sono molteplici le iniziative attuate al fine del governo della spesa, fra cui privilegiare la costituzione di rapporti di lavoro a tempo indeterminato. Con delibera di Giunta n. 279 del 4 aprile 2019 è stato disposto l'accantonamento del reclutamento del personale presso l'Azienda ligure sanitaria, che, pertanto, provvede ad indire procedure concorsuali unificate su base regionale. Tale iniziativa è destinata a rendere più spedita l'assunzione di personale e la possibilità, per tutti gli enti del SSR, di utilizzare graduatorie, riducendo l'esigenza di assumere a tempo determinato. L'accertamento circa il rispetto, da parte dei singoli enti del servizio sanitario, degli obblighi di contenimento ai costi per il personale assunto a tempo determinato o con altri contratti c.d. flessibili sarà condotto in sede di esame dei bilanci d'esercizio dei ridetti enti, come previsto dall'art. 1, commi 3 e seguenti, del d.l. 174 del 2012".

⁴⁵⁶ Nella del. n. 114/2022/PARI, la SRC Lombardia evidenzia quanto riportato dalla Regione, la quale precisa che "nel corso dell'anno 2020 2021 «le ATS non sono riuscite a far fronte al turn over» e che «i tecnici della prevenzione (qualifica di difficile reperimento) reclutati nel corso del 2020 e in parte nel 2021 sono stati adibiti al contact tracing (attività di contrasto all'emergenza da covid-19, relativa al lato epidemiologico della prevenzione)»".

Tra le principali misure varate dalla Regione Marche, in ottemperanza alla legislazione emergenziale nazionale, per fronteggiare l'insorgere della pandemia⁴⁵⁷, rilevano il potenziamento della rete ospedaliera (attraverso l'aumento dei posti letto) e dell'assistenza territoriale, nonché la pianificazione di interventi organizzativi volti alla riduzione delle liste d'attesa oltre che l'implementazione della dotazione organica di personale sanitario⁴⁵⁸.

Quanto alle iniziative intraprese dalla Regione Piemonte per far fronte all'emergenza sanitaria si segnala, tra le altre cose, l'incremento della rotazione di personale sanitario⁴⁵⁹. La SRC ha evidenziato, sulla base delle informazioni fornite dall'Ente⁴⁶⁰, le misure adottate dalla Regione nel 2021 per il reclutamento o la proroga dei contratti già in essere e l'incentivazione del personale infermieristico e medico. Tali misure sono riepilogate nelle tabelle che seguono:

⁴⁵⁷ Come riportato nella sintesi del giudizio di parificazione per l'esercizio finanziario 2021 (deliberazione n. 114/2022/PARI), la SRC Marche evidenzia che, con riferimento agli interventi finanziati per l'emergenza pandemica, come prescritto dalla legislazione di riferimento, è stato aperto in bilancio il centro di costo "COV 20", finalizzato a dare separata evidenza alle rilevazioni contabili legate alla gestione della pandemia (art. 18, co. 1, d.l. n. 18/2020, e art. 1, co. 11, d.l. n. 34/2020), le cui spese imputate a tale voce di costo sono state pari a 87.903.555,28 euro, come da dati da rendiconto regionale, e pari a 145.813.609,51 euro, come da dati del bilancio consolidato del SSR. Tra gli acquisti di beni e servizi compresi in tale voce di costo "COV 20" (per complessivi 106.237.741,83 euro, di cui 39.818.495,42 euro per beni [38.299.606,39 euro sanitari e 1.518.889,03 euro non sanitari] e 66.419.246,41 euro per servizi [49.517.648,63 euro sanitari e 16.901.597,78 euro non sanitari]), quelli di importo più significativo hanno riguardato: i DPI e altri dispositivi medici, pari a 27.324.778,14 euro, che comprendono gli acquisti di materiale diagnostico (in particolare reagenti di laboratorio), in aumento rispetto all'anno 2020 a seguito dell'incremento dei test sierologici e tamponi effettuati. Relativamente ai servizi sanitari la voce di costo che registra il maggior valore è quella relativa alle consulenze sanitarie (nella voce rientrano anche i costi per la remunerazione delle prestazioni orarie aggiuntive dei dipendenti) riconducibili alle proroghe degli incarichi assegnati ai sensi del d.l. n. 18/2020, alla d.g.r. n. 1367/2021 di assegnazione di risorse per l'ADL, di cui al d.l. n. 34/2020 e alle prestazioni orarie aggiuntive effettuate dal personale sanitario per le vaccinazioni.

⁴⁵⁸ Come riportato nella sintesi del giudizio di parificazione per l'esercizio finanziario 2021 (deliberazione n. 114/2022/PARI), la SRC Marche evidenzia che le risultanze della gestione 2021 hanno evidenziato il generale rispetto delle disposizioni inerenti ai vincoli di spesa, sia con riferimento all'aggregato regionale sia con riferimento ai singoli enti sanitari, in considerazione dell'utilizzo, nell'annualità 2021, degli istituti di reclutamento straordinario previsti dalla normativa emergenziale COVID. Tali positivi riscontri, lungi dall'esimere i soggetti interessati dal monitorare costantemente la spesa per il personale, necessitano, in particolare nell'attuale contesto di crisi pandemica, del recepimento delle nuove istanze promananti dal settore sanitario, quale presidio indefettibile del "bene salute". Tale settore, infatti, che assorbe una quota consistente del bilancio regionale, necessita ora più che mai di un razionale rafforzamento, con impiego produttivo e lungimirante delle risorse ordinarie e straordinarie disponibili. In tale direzione dovrebbe porsi anche la recente riorganizzazione del Servizio sanitario regionale, approvata con la legge regionale 8 agosto 2022, n. 19, determinata dall'esigenza di rivedere l'assetto e il modello organizzativo concernente l'articolazione delle aziende presenti sul territorio sulla cui attuazione appare ancora prematuro esprimere valutazioni.

⁴⁵⁹ Con la del. n. 101/2022/SRCPIE/PARI, la SRC Piemonte rileva che "fin da subito sono state previste procedure straordinarie di reclutamento del personale in deroga alla disciplina di contenimento della spesa del personale: sono stati disposti incentivi ed incarichi di lavoro autonomo a medici - anche se titolari di trattamento di quiescenza - ed a laureati in medicina e chirurgia - anche se non specializzati - nonché al personale di altre professioni sanitarie. La legge di bilancio 2021 ha esteso la validità di tali contratti a tutto il 2021. Inoltre, nel 2021 sono state emanate ulteriori disposizioni normative che hanno incrementato il fabbisogno finanziario da destinare alla remunerazione ed al reclutamento di personale sanitario e professionale; in particolare: l'art. 1, comma 415, L. n. 178/2020 ha previsto un finanziamento di 100 milioni di euro per il riconoscimento, a decorrere dal 2021, di un'indennità di tutela del malato e per la promozione della salute in favore dei dipendenti degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale appartenenti alle professioni sanitarie della riabilitazione, della prevenzione, tecnicosanitarie, di ostetrica e di assistente sociale ed al comma 467 un finanziamento di 110 milioni per la copertura di prestazioni aggiuntive di personale medico e del personale infermieristico e per gli assistenti sanitari. Il D.L. 22 marzo 2021, n. 41 ha previsto un ulteriore finanziamento di 345 milioni di euro per remunerare l'attività di somministrazione della vaccinazione contro il COVID-19 svolta dai medici di medicina generale, dai medici SUMAI, dai pediatri di libera scelta, dagli odontoiatri, dai medici di continuità assistenziale, dell'emergenza sanitaria territoriale e della medicina dei servizi o da medici specializzandi reperiti anche mediante le agenzie di somministrazione di lavoro. Il D.L. 25 maggio 2021, n. 73 ha previsto un finanziamento di 28 milioni di euro per i Servizi territoriali ed ospedalieri di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza e Reclutamento straordinario psicologi e di 3,4 milioni di euro, per il 2021, per assunzioni di dirigenti medici e di tecnici della prevenzione negli ambienti e nei luoghi di lavoro".

⁴⁶⁰ La SRC Piemonte, nella del. n. 101/2022/SRCPIE/PARI, ha evidenziato che "Con nota 24570 del 29 giugno 2021 la Regione ha richiamato le disposizioni normative dell'art.1, comma 423 e 425, L. 30 dicembre 2020, n. 178, che hanno assegnato un importo da ripartire alle Aziende, rispettivamente di euro 81.012.565,00 ed euro 15.466.035,00. ha aggiunto che sono stati ripartiti alle Aziende 25.131.703,00 euro per l'implementazione e l'incremento delle attività di Assistenza Domiciliare Integrata ed euro 35.350.937,00 per il potenziamento dei servizi infermieristici distrettuali. In particolare, al fine di potenziare l'inserimento della figura professionale dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFeC) nelle Aziende Sanitarie Regionali, con Deliberazione di Giunta n. 6 - 3472 del 2 luglio 2021, è stato approvato il documento denominato "Linee di indirizzo regionali in materia di infermiere di famiglia e di comunità", che riporta "Le principali esperienze nazionali in merito all'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC)"; "Il percorso normativo regionale e organizzazione della Rete Territoriale"; il "Percorso formativo regionale". Detto percorso ha previsto, nel primo semestre del corrente anno, l'avvio alla formazione per circa 337 infermieri".

Istituto	Reclutamento previsto per:	Modalità contrattuale
L 178/2020, Art.1, Comma 423		
DECRETO-LEGGE 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27. Art. 2-bis, Comma 1	- Professioni Sanitarie; - Operatori Socio-Sanitari; - Medici Specializzandi, iscritti all'ultimo e al penultimo anno di specializzazione	- Incarichi di lavoro autonomo; - Collaborazione Coordinata Continuativa
DECRETO-LEGGE 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27. Art. 2-bis, Comma 5	- Dirigenti Medici, Veterinari e Sanitari, in quiescenza; - Personale del ruolo sanitario del Comparto Sanità, in quiescenza;	- Incarichi di lavoro autonomo; - Collaborazione Coordinata Continuativa
DECRETO-LEGGE 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27. Art. 2-ter, Comma 1	- Professioni Sanitarie; - Operatori Socio-Sanitari;	- Incarichi a Tempo Determinato;
DECRETO-LEGGE 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27. Art. 2-ter, Comma 5	- Medici Specializzandi, iscritti all'ultimo e al penultimo anno di specializzazione	- Incarichi a Tempo Determinato;

Istituto	Reclutamento previsto per:	Modalità contrattuale
L 178/2020, Art.1, Comma 425		
DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77 Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Art. 1, Comma 6	- Medici specialisti ambulatoriali	- Contrattazione Nazionale Unica;
DECRETO-LEGGE 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27. Art. 4-bis	- MMG e PLS - Medici abilitati e iscritti all'ordine	- Contrattazione Nazionale Unica;

Alla luce delle iniziative adottate dalla Regione Piemonte, la consistenza totale delle qualifiche reclutate ed attive al 23 dicembre 2021 è di n. 806 medici, n. 1.941 infermieri e n. 2.939 relativi ad altri profili, per un totale di 5.686 unità.

La SRC Calabria, in sede di relazione al giudizio di parificazione sul rendiconto 2021, rileva un sensibile decremento della consistenza del personale di ruolo⁴⁶¹.

11.2.2.2 Rete ospedaliera (terapie intensive, sub-intensive)

Nell'ambito delle misure adottate per il contrasto all'emergenza pandemica sono stati introdotti una serie di interventi per il rafforzamento della rete ospedaliera ed in particolare per le terapie intensive e sub-intensive.

Il decreto Cura Italia (d.l. n. 18/2020), tramite il Fondo per le emergenze nazionali (rifinanziato dal successivo d.l. n. 34/2020, decreto cd. Rilancio), ha finanziato l'acquisto di impianti ed attrezzature

⁴⁶¹ Come riportato nella Sintesi orale del Giudizio di parificazione del Rendiconto generale della Regione Calabria, la SRC Calabria sostiene che: "Anche gli organici sono sottodimensionati rispetto al resto delle altre aziende italiane. È stato accertato, negli ultimi cinque anni, infatti, un sensibile decremento della consistenza del personale di ruolo: nel 2017, il numero complessivo delle unità lavorative era di 20.315 e nel 2021, invece, il numero è di 18.121 al netto delle unità assunte per il contrasto al covid, pari a 1.150 unità. Nell'ambito del comparto, poi, il decremento maggiore riguarda il personale medico che passa da 4.361 a 3.951; nonché del personale assunto a tempo indeterminato".

specificamente diretti alla cura dei pazienti Covid-19, come gli impianti di ventilazione assistita nei reparti di terapia intensiva. È stato, inoltre, disposto l'immediato potenziamento dei reparti ospedalieri di terapia intensiva, soprattutto nelle Regioni più colpite, diramando linee di indirizzo assistenziali specificamente individuate dal Ministero della Salute per i pazienti affetti da Covid-19.

L'art. 2 del d.l. n. 34/2020 ha previsto il rafforzamento strutturale del Servizio sanitario nazionale, mediante l'attuazione di piani di riorganizzazione, messi in atto dalle Regioni e Province autonome, per fronteggiare l'emergenza pandemica da Covid-19⁴⁶². I piani di riorganizzazione, approvati dal Ministero della Salute⁴⁶³, sono finalizzati ad un adeguamento strutturale dei reparti ospedalieri volto ad incrementare il numero di posti letto di terapia intensiva/semi-intensiva, ad adeguare e ristrutturare i Pronto Soccorso e ad aumentare la dotazione di automezzi per il trasporto dei pazienti⁴⁶⁴.

I predetti piani sono recepiti nei Programmi operativi di cui all'art. 18, co. 1, d.l. n. 18/2020 e sono monitorati congiuntamente, a fini esclusivamente conoscitivi, dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze in sede di monitoraggio dei citati programmi operativi.

L'obiettivo principale dei piani di riorganizzazione è quello di rendere strutturale sul territorio nazionale la dotazione di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva. Per ciascuna Regione e Provincia autonoma, l'incremento strutturale individua una dotazione complessiva pari a 0,14 posti letto per mille abitanti. La previsione di programmazione prevede anche una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante l'adeguamento e la ristrutturazione di unità di area medica.

Al funzionamento dei predetti posti letto, a decorrere dal 2021, si provvede con le risorse umane programmate a legislazione vigente. Allo scopo di fronteggiare l'emergenza pandemica, e comunque fino al 31 dicembre 2020, si rendono disponibili per un periodo massimo di 4 mesi dalla data di attivazione, 300 posti letto di terapia intensiva, suddivisi in 4 strutture movimentabili, ciascuna delle quali dotata di 75 posti letto, da allocare in aree attrezzabili preventivamente individuate da parte di ciascuna Regione e Provincia autonoma.

Le istruttorie condotte dalle Sezioni regionali di controllo nel corso dei giudizi di parifica talvolta hanno approfondito la tematica delle risorse previste *ad hoc* dallo Stato, per fronteggiare l'emergenza sanitaria

⁴⁶² Il Ministero della Salute, con Circolare n. 11254 del 29 maggio 2020, recante "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza Covid-19", ha fornito le indicazioni operative per l'attuazione dei piani di riorganizzazione, successivamente approvati dallo stesso Ministero. In data 01/02/2021 è stata approvata la versione aggiornata del "Disciplinare di attuazione economico - finanziaria e di rendicontazione delle spese" che integra e aggiorna l'analogo documento diramato il 17 novembre 2020. A partire dal 01/02/2021, pertanto, le Regioni/Province autonome e i Soggetti attuatori sono tenuti ad attenersi alle indicazioni operative contenute nella predetta versione aggiornata e ad utilizzare la nuova modulistica pubblicata nel presente sito.

⁴⁶³ Nel caso di mancata presentazione del piano da parte della Regione o della Provincia autonoma il piano è adottato dal Ministero della Salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

⁴⁶⁴ Le Regioni e le Province autonome, al fine di rafforzare strutturalmente il Servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero, devono garantire, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus Sars-CoV-2, ai suoi esiti e a eventuali accrescimenti improvvisi della curva pandemica.

ed assegnate alle Regioni, per poi essere ripartite tra le aziende sanitarie. In particolare, tra le iniziative intraprese dalle Regioni per contrastare la pandemia, figura il potenziamento della rete ospedaliera.

La Regione Piemonte, ad esempio ha approvato il Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza Covid, per dare attuazione al piano pandemico oltre che alle previsioni di cui al d.l. n. 34/2020. Ebbene, a fronte degli interventi di potenziamento previsti, la percentuale di realizzazione sembra alla data della delibera non incoraggiante⁴⁶⁵: dei 299 posti letti in terapia intensiva ne sono stati realizzati 68, mentre dei 305 in terapia semintensiva ne sono stati realizzati 117. Inoltre, il 23% dei posti letto in terapia intensiva previsti dal piano straordinario è stato effettivamente realizzato così come il 38% di quelli in terapia semintensiva⁴⁶⁶.

Già nel corso dell'esercizio 2020, la SRC per la Regione Marche⁴⁶⁷ segnalava un incremento dei posti letto di terapia intensiva di 105 unità e di 107 di area medica ad alta intensità prima, e l'adeguamento di 15 strutture di pronto soccorso, con una buona capacità realizzativa.

La Regione Emilia-Romagna invece ha dichiarato di esser stata assegnataria del contributo statale di euro 63,2 milioni di euro⁴⁶⁸ ed ha precisato che tali risorse sono state assegnate alle aziende sanitarie con d.g.r. n. 822/2022 e liquidate con d.d. n. 10623 del 3 giugno 2022. Ebbene, la Regione ha comunicato il raggiungimento di tutti gli obiettivi previsti dalla normativa emergenziale⁴⁶⁹, come emerge dalla tabella che segue:

⁴⁶⁵ Con la del. n. 101/2022/SRCPIE/PARI, la SRC Piemonte evidenzia che "sono stati autorizzati interventi per l'attuazione dell'art. 2, commi 1, 2, 4 e 5, del sopra citato D.L. n. 34/2020, per un costo complessivo di euro 111.222.717, interventi per l'attuazione delle misure di cui al comma 5, terzo periodo, per euro 3.150.000,00 e, per l'attuazione delle misure di cui ai commi 1 e 7, per euro 13.537.931,37. Tuttavia, solo il 9 ottobre 2020 il Commissario Straordinario per l'emergenza epidemiologica Covid-19 aveva nominato, quali soggetti attuatori, le Aziende Sanitarie Regionali, causando presumibilmente un ritardo nella realizzazione degli interventi. Nessuna spesa, infatti, era stata rendicontata dalle Aziende Sanitarie Regionali al 31 dicembre 2020. Inoltre, in sede di giudizio di parificazione sul rendiconto 2020 era emerso che dei 299 posti letto di terapia intensiva, previsti dal Piano straordinario, ne erano stati realizzati solo 27; invece, rispetto ai 305 posti letto di terapia semi intensiva, i posti letto realizzati erano 54. Nel 2020, dunque, la percentuale di realizzazione dei posti letto in terapia intensiva era pari ad appena il 9%, percentuale che aumentava al 17% con riferimento a quelli in terapia semi intensiva. In sede istruttoria è stato chiesto di relazionare sullo stato di attuazione degli interventi previsti dal Piano straordinario, specificando l'importo rendicontato dalle Aziende nel 2021. La Regione ha trasmesso le seguenti tabelle, precisando che gli interventi in questione sono 36 per Terapia Intensiva e Terapia Semintensiva, 35 per Adeguamento Pronto soccorso e 6 per acquisto Ambulanze".

⁴⁶⁶ La SRC Piemonte, nella del. n. 101/2022/SRCPIE/PARI, rileva che "Per quanto riguarda gli interventi di adeguamento del Pronto Soccorso, in molti casi se ne rileva la mancata conclusione e la previsione di una data di ultimazione molto lontana. Al riguardo, non può non sottolinearsi l'assoluta importanza delle tempistiche di realizzazione degli interventi di cui trattasi, tenuto conto di quanto sia stata fondamentale la disponibilità delle terapie intensive nella gestione dell'emergenza; così, come è risultato importante il ruolo del pronto soccorso".

⁴⁶⁷ SRC Marche, deliberazione 22/10/2021 "Relazione annessa alla decisione di parificazione del rendiconto generale della Regione Marche per l'esercizio 2020", pag. 345.

⁴⁶⁸ Con la del. n. 105/2022/PARI, la SRC Emilia-Romagna evidenzia che "A seguito di ulteriori precisazioni la Regione ha dichiarato che, sulla base dell'Intesa CSR n.29/CSR del 16 marzo 2022 relativa al riparto del fondo di complessivi 800 milioni di euro ai sensi dell'art. 16, comma 8-septies, del decreto legge 21 ottobre 2021, n. 146, sulla proposta di riparto delle risorse stanziare dall'articolo 11 del decreto legge 27 gennaio 2022, n. 4 e dall'articolo 26 del decreto legge del 1° marzo 2022, n. 17, convertito con modificazioni dalla legge 27 aprile 2022, n. 34, è stata assegnataria del contributo statale di euro 63.217.597".

⁴⁶⁹ Nella del. n. 105/2022/PARI, la SRC Emilia-Romagna rileva che "In sede istruttoria la Regione ha dato atto del raggiungimento di determinati obiettivi con riguardo a ciascuna delle misure previste dalla normativa emergenziale, illustrando le azioni implementate nel 2021 per il conseguimento delle finalità previste dalla legge. Con riferimento agli interventi attinenti alla rete ospedaliera, al 31 dicembre 2021 risultano eseguiti i seguenti obiettivi: - realizzazione di 156 posti letto di terapia intensiva; - realizzazione di 198 posti di terapia semintensiva, mantenendo l'invarianza del numero complessivo dei posti letto ordinari; - effettuazione di 13 interventi di ristrutturazione e ammodernamento nei Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri pubblici; - acquisto di 17 mezzi di soccorso".

Descrizione	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
Numero posti letto terapie intensive	449	605	605
Numero posti letto pneumologia/terapia semintensiva	278	387*	476
Totale posti letto	727	992	1.081

* in sede istruttoria la Regione ha precisato che a seguito di verifiche successive il numero di 342 è stato corretto in 387.

La SRC Calabria ha rilevato come sia emerso un risultato non ottimale sulla gestione dell'emergenza sanitaria⁴⁷⁰.

Con riguardo alla Regione Puglia, il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza Covid-19, previsto dall'art. 2 del d.l. n. 34/2020, è stato approvato con decreto direttoriale del Ministero della Salute del 15/07/2020⁴⁷¹. Con riferimento allo stato di attuazione del piano la Regione ha riferito che: i) la Regione Puglia monitora mensilmente l'avanzamento dei cantieri e settimanalmente l'attivazione dei posti letto; ii) provvede a dichiarare attivi i nuovi posti letto solo quando, oltre alla conclusione dei lavori e al collaudo delle forniture, sia arruolato il personale necessario; iii) tutti i cantieri sono stati avviati nei termini previsti. Con riferimento alla ricognizione dei posti letto attivati per ciascuna azienda coinvolta nel Piano⁴⁷² la Regione ha comunicato i dati esposti nella tabella che segue:

⁴⁷⁰ Come riportato nella Sintesi orale del Giudizio di parificazione del Rendiconto generale della Regione Calabria, la SRC Calabria sostiene che: "Nonostante la Regione abbia ricevuto, negli anni 2020 e 2021, risorse finanziarie per oltre 251,911 milioni di euro, ad oggi, il 67% della somma (pari ad € 170,227 milioni di euro) non è stata ancora trasferita agli Enti sanitari. Tale dato deve essere letto unitamente allo stato degli interventi del piano operativo covid realizzati in Calabria, al 31.12.2021:

- n. 12 posti letto in TI rispetto ai 134 programmati e finanziati;
- n. 11 posti letto in TSI rispetto ai 136 programmati e finanziati;
- n. 3 ambulanze rispetto alle 9 programmate e finanziate;
- nessuna area movimentabile, rispetto alle finanziate;
- nessun intervento di riorganizzazione e ristrutturazione dei PS, rispetto ai 18 programmati e finanziati;
- nessuna rendicontazione da parte delle cinque aziende provinciali del SSR in merito alle azioni intraprese per l'implementazione dei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata.

Non può non rilevarsi, inoltre, che i costi inseriti nel CE covid (pari ad € 311,785 milioni nel biennio) sono nettamente superiori alla somma che gli Enti sanitari hanno ricevuto dalla Regione".

⁴⁷¹ Nella del. n. 140/PARI/2022, la SRC Puglia ha rilevato che "Come specificato dall'Amministrazione in occasione del giudizio di parificazione del rendiconto regionale 2020, le Aziende e gli IRCSS del SSR sono stati nominati dal Presidente della Regione Puglia, nelle funzioni di Commissario Delegato, soggetti attuatori del piano di riordino; inoltre, è stata costituita una struttura di supporto al Commissario Delegato nella governance degli interventi attraverso funzioni di coordinamento, monitoraggio e controllo nei confronti dei soggetti attuatori coinvolti nell'attuazione del programma. Sempre in occasione dell'istruttoria svolta nel precedente giudizio di parificazione, l'importo complessivo degli interventi, il cui stato di avanzamento lavori risultava essere, concluso ammontava a € 9.269.185,09 per le terapie intensive e semi intensive, € 709.467,88 per il pronto soccorso e a € 340.000,00, per l'acquisto di n. 4 ambulanze del valore di € 85.000,00 ciascuna".

⁴⁷² Cfr. SRC Puglia, del. n. 140/PARI/2022, pag. 165 e ss.

AZIENDA	PL DI TERAPIA INTENSIVA PROGRAMMATI	PL DI TERAPIA INTENSIVA ATTIVATI ALLA DATA DEL 14.7.2022	PL DI SEMI-INTENSIVA PROGRAMMATI	PL DI SEMI-INTENSIVA ATTIVATI ALLA DATA DEL 14.7.2022
AOU POLICLINICO DI BARI	41	-	99	-
AO. UNIV. OO.RR.FOGGIA	29	29	33	33
ASL BA	19	7	-	-
ASL BR	39	-	28	28
ASL BT	36	8	27	-
ASL FG	8	-	-	-
ASL LE	42	16	56	-
ASL TA	55	36	40	40
IRCCS "SAVERIO DE BELLIS"	4	4	-	-
IRCCS GIOVANNI PAOLO II	3	-	2	-
TOTALE PUGLIA	276	100	285	101

Fonte: elab. Corte dei conti – Sez. reg. contr. Puglia su dati Regione Puglia

11.2.2.3 Assistenza territoriale

Con il d.l. n. 18/2020, relativo alle misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19, pubblicato nella Gazzetta Uff. 17 marzo 2020, n. 70, il legislatore nazionale ha previsto, all'art. 4-bis del decreto citato, l'istituzione delle "Unità speciali di continuità assistenziale". Ai sensi del co. 1, *"al fine di consentire al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta o al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono, entro dieci giorni dalla data del 10 marzo 2020, presso una sede di continuità assistenziale già esistente, una unità speciale ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. L'unità speciale è costituita da un numero di medici pari a quelli già presenti nella sede di continuità assistenziale prescelta"*.

L'obiettivo era quello di ottenere un monitoraggio costante e un tracciamento precoce dei casi e dei contatti al fine di assicurare la gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19.

Le disposizioni di cui all'art. 4-bis del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, già prorogate dall'art. 1, co. 425, lett. a), della legge 30 dicembre 2020, n. 178, sono ulteriormente prorogate al 30 giugno 2022, nei limiti di spesa per singola Regione e Provincia autonoma.

L'attuazione delle misure per il rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale ha portato all'attivazione di 1.194 USCA su 1.210 attese⁴⁷³.

Nell'ambito del giudizio di parificazione del rendiconto generale delle Regioni alcune Sezioni regionali di controllo hanno approfondito la tematica evidenziando un raggiungimento parziale dell'obiettivo.

⁴⁷³ Cfr. Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica, cit.

Nella Regione Veneto le USCA attive segnalate nel 2021 sono state pari a 60 unità; ed è inoltre proseguito il potenziamento dell'assistenza integrata territoriale (ADI)⁴⁷⁴.

Le Province autonome di Trento⁴⁷⁵ e di Bolzano⁴⁷⁶ hanno adottato integralmente le relative misure per il potenziamento dell'assistenza territoriale come ampiamente illustrato nelle relazioni di parifica.

La Regione Emilia-Romagna ha mantenuto attive le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) su tutto il territorio regionale anche nel 2021, tra le 50 e le 91 unità a seconda della numerosità dei contagi⁴⁷⁷.

La SRC Liguria nella sua relazione di parificazione in merito all'assistenza territoriale pone l'attenzione sull'aumento dei costi "Acquisti servizi sanitari per medicina di base" di cui la parte preponderante è rappresentata proprio dai "Costi per continuità assistenziale" che crescono del 63%⁴⁷⁸.

⁴⁷⁴ La SRC Veneto, con del. 101/2022/PARI, afferma che: "Nella Regione era stato previsto un numero di USCA pari a 98, con 624 unità di medici da reclutare; nel corso del 2020 erano state attivate 60 USCA. Nel 2021 le USCA hanno proseguito l'attività a supporto della risposta emergenziale, con un aumento dell'attività di presa in carico domiciliare in corrispondenza delle ondate epidemiche, e una relativa diminuzione nei mesi estivi." ... "In sede istruttoria la Regione ha chiarito che "il numero di USCA deve essere considerato soltanto come informazione descrittiva e non valutativa di aderenza alla programmazione, dal momento che il numero di USCA è stato modulato in relazione ai bisogni e quindi in alcuni territori sono state previste USCA composte da un numero maggiore di medici, a fronte di una riduzione del numero assoluto di unità attive".

⁴⁷⁵ Le Sezioni riunite per la Regione Trentino-Alto Adige, con decisione n. 3/2022/PARI, nell'ambito del giudizio di parificazione sul Rendiconto generale della Provincia autonoma di Trento per l'esercizio finanziario 2021, hanno rilevato che: "Le USCA istituite inizialmente con deliberazione della Giunta provinciale n. 388 del 20 marzo 2020 (determina D337 n. 95/2020) sono state prorogate fino al 31 dicembre 2021 da ultimo con deliberazione della Giunta provinciale n. 1104 del 30 giugno 2021. La deliberazione 110/2021 ha peraltro potenziato gli incarichi fino ad un massimo di 30. Nell'arco del 2021 infatti sono stati conferiti in modo continuativo incarichi Unità speciali di Continuità assistenziale con una media di 19 medici (i mesi con il numero più alto di medici incaricati - tra 23 e 25 - sono stati marzo e aprile). Con deliberazione n. 2338/2021 gli incarichi USCA sono stati ulteriormente prorogati fino al 30 giugno 2022 in aderenza a quanto previsto dalla legge di bilancio dello Stato 2022".

⁴⁷⁶ Le Sezioni riunite per la Regione Trentino-Alto Adige, con decisione n. 3/2022/PARI, evidenziano che "Per il potenziamento e la riorganizzazione dell'assistenza territoriale le principali misure intraprese comunicate dalla PAB hanno riguardato: il potenziamento del dipartimento di prevenzione dell'Azienda Sanitaria, il potenziamento delle attività di contact tracing e delle attività di esecuzione dei test, l'incremento dell'assistenza domiciliare integrata o equivalenti, l'esecuzione dello screening di massa a livello provinciale, l'esecuzione di studi e screening della popolazione nonché delle categorie a rischio, la messa a disposizione ed utilizzo di beni immobili temporaneamente dedicati, il potenziamento della figura dell'infermiere di famiglia e l'attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (U.S.C.A.) nei comprensori di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico, quale servizio organizzato con visite programmate".

⁴⁷⁷ La SRC Emilia-Romagna, nella del. n. 105/2022/PARI, afferma che: "La Regione Emilia-Romagna, in ottemperanza all'articolo 8 del decreto-legge n. 14/2020 ed alle "Linee di indirizzo per la costituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale", trasmesse con nota PG/2020/0225400 del 16/03/2020, ha mantenuto attive le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) su tutto il territorio regionale. Le indicazioni fornite alle Aziende prevedono l'attivazione e la disattivazione delle USCA in base all'andamento epidemiologico con un rapporto massimo di 1 ogni 50.000 abitanti; pertanto, nel corso del 2021 il numero delle USCA è oscillato tra 50 e 91 a seconda della numerosità dei contagi, arruolando 454 medici e 89 professionisti sanitari non medici. A partire dalla loro costituzione, le USCA hanno erogato oltre 450 mila prestazioni: triage telefonici, visite e terapie a domicilio e presso strutture di residenzialità per anziani e non autosufficienti. Alcune Aziende hanno attivato anche ambulatori gestiti da medici USCA per visite post covid, USCA pediatriche e neonatali. In considerazione della utilità del servizio reso durante la fase emergenziale, la Regione ha inserito nel piano di attività del Servizio Assistenza Territoriale il potenziamento delle USCA nella presa in cura e della sorveglianza territoriale attiva anche per i pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti; questo, nella gestione domiciliare dei casi o contatti Sars-Cov2 e, più in generale, nell'evoluzione del concetto di medicina territoriale secondo la logica della prossimità e della presa in carico precoce. La Regione ha segnalato infine il coinvolgimento attivo di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni nell'ambito della campagna vaccinale antiCovid 19 (DGR 258/2021, DGR 888/2021, DGR 1014/2021). - Assistenza Domiciliare. Anche nel 2021 l'attività di assistenza domiciliare è proseguita ampliando ulteriormente l'offerta assistenziale per i pazienti covid positivi che hanno avuto necessità di essere presi in carico dalle equipe multiprofessionali dell'ADI in stretta collaborazione con i Dipartimenti di Sanità Pubblica e di Cure Primarie. In totale i pazienti (di tutte le fasce di età) seguiti nel 2021 sono stati 103.752 (erano 100.842 nel 2020) con un totale di 2.742.624 accessi al domicilio effettuati dai diversi operatori della rete territoriale".

⁴⁷⁸ La SRC Liguria, con del. n. 47/2022/PARI, rileva che "Già in sede di parificazione del Rendiconto 2020, la Regione ha precisato che l'incremento dei costi per continuità assistenziale è dovuto al potenziamento del servizio di guardia medica, in particolare dei costi sostenuti per l'attività dei Gruppi strutturati di continuità assistenziale (GSAT), istituiti dall'art. 1, comma 6, del d.l. n. 34 del 2020 (e d.g.r. Liguria n. 173 del 6 marzo 2020), dedicati alla gestione della emergenza da Covid-19. Subito dopo, il decreto-legge 564 (Firmato Digitalmente) n. 14 del 9 marzo 2020 ha dato mandato alle regioni di istituire le Unità speciali di continuità assistenziali (USCA) nel numero di una ogni 50.000 abitanti. In applicazione, le d.g.r. n. 187/2020 e n. 221/2020 hanno affidato ad A.Li.Sa. l'adozione di ogni misura necessaria (con delibera n. 110 del 25 marzo 2020 si è stabilita la costituzione delle GSAT-USCA al fine di garantire assistenza ordinaria e la gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero)".

La Regione Piemonte, come rilevato dalla SRC, ha 88 USCA, attive sul territorio distrettuale e sub-distrettuale: in esse operano n. 611 unità di personale medico e n. 23 unità nel profilo professionale di assistente sociale e 98 unità di infermieri⁴⁷⁹.

11.2.2.4 Recupero liste di attesa

Per recuperare le prestazioni dei pazienti “non Covid” rimaste indietro negli anni della pandemia, il Governo centrale è intervenuto con numerose azioni per contenere i tempi e le liste di attesa che, occorre ricordarlo, presentavano gravi criticità anche in precedenza.

È il grande problema del 2020, ripetutamente portato all’attenzione del Parlamento dalle Sezioni riunite in sede di controllo della Corte dei conti⁴⁸⁰ con 1,3 milioni di ricoveri in meno rispetto al 2019 dei quali il 42,3% urgenti e 747 mila ricoveri programmati rinviati. Per le prestazioni ambulatoriali si è registrata una riduzione di 144,5 milioni di prestazioni rese rispetto al 2019 delle quali il 67% esami di laboratorio. Le stesse ricette per prescrizioni specialistiche si sono ridotte del 23% rispetto al 2019 con una riduzione pari a 50 milioni. Ma è soprattutto la riduzione degli *screening* oncologici di oltre 2 milioni a far preoccupare per l’insorgere di patologie non tracciate che grava sul futuro. Le Sezioni regionali di controllo della Corte hanno analizzato attentamente l’effettivo impiego delle risorse che sono state destinate al recupero delle prestazioni mancate a partire dall’articolo 29 del d.l. n. 104/2020, poi ulteriormente rafforzate dall’art., 26 co. 2, del d.l. n. 73/2021. In generale si può osservare che nel 2020 l’insorgenza della seconda ondata ha quasi ovunque impedito l’effettiva spendita dei fondi del d.l. n. 104/2020 che invece è avvenuta nel corso del 2021.

In termini di controllo, quindi, è nelle relazioni sul rendiconto 2021 che si possono trovare analisi assai approfondite come, per esempio nel caso della SRC Campania (deliberazione del 16/11/2022) dove si analizzano anche su base pluriennali cause e origini pre-pandemia della situazione delle liste d’attesa.

⁴⁷⁹ La SRC Piemonte, con del n. 101/2022/SRCPIE/PARI, evidenzia che “La Regione ha comunicato che, al 31/12/2020, sono risultate presenti 88 USCA, attive sul territorio distrettuale e sub-distrettuale sette giorni su sette, con un orario minimo che va dalle ore 8.00 alle ore 20.00: in esse operano n. 611 unità di personale medico e n. 23 unità nel profilo professionale di assistente sociale e 98 unità di infermieri. La Regione ha precisato che le USCA sono state attivate a partire dal mese di aprile 2020 e sono state implementate, secondo i parametri previsti dalla normativa nazionale, nel mese di maggio 2020. I primi indirizzi operativi forniti alle ASL per l’operatività delle USCA sono: la nota prot. 9152 del 17.03.2020 avente per oggetto “Emergenza da COVID. Attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale”, la nota prot. 19958 del 20.04.2020 avente per oggetto: “Emergenza COVID. Ulteriori indicazioni operative per le attività delle USCA”. Con la nota regionale n. 174844/2020 del 31 ottobre 2020 sono forniti ulteriori indirizzi operativi e procedurali per la presa in carico dei pazienti COVID o sintomatici a domicilio da parte dei medici delle USCA, dei MMG e dei PLS. Successivamente, le linee d’indirizzo operative per l’attività delle USCA sono state recepite con delibera di Giunta regionale in data 3/11/2020 (D.G.R. n. 1-2188). [...] la mission principale delle menzionate Unità è stata quella di supportare la rete delle cure primarie nella gestione dell'emergenza sanitaria sul territorio distrettuale per l'epidemia da COVID-19, attraverso l'interazione operativa con i MMG/PDLs e gli ordinari servizi di continuità assistenziale, per garantire la presa in carico precoce, la cura ed il monitoraggio sia dei pazienti affetti da Covid19 [...]. gli accessi al domicilio dei pazienti e nelle RSA hanno seguito l'andamento epidemiologico, risultando numericamente superiori nei mesi di picco (aprile, maggio nella prima ondata e novembre, dicembre nella seconda ondata). [...] Le Aziende che hanno registrato un maggior numero di visite a domicilio sono risultate essere la ASL CN1 e la ASL AL; peraltro, sono le stesse Aziende che hanno registrato il più elevato numero di aperture di casi ADI COVID. [...] Emerge il numero esiguo di visite effettuate dalle USCA dell'ASL Città di Torino, appena il 4,5% del complessivo, tanto più che, su 88 Usca regionali, 19 sono di competenza dell'ASL stessa. Sembrerebbe, dunque, che il personale delle USCA, più che fornire assistenza domiciliare ai malati COVID, abbia fornito supporto ai Dipartimenti di prevenzione dal momento che, anche in termini di ore lavorate e pagate, la stessa ASL presenta valori tra i più elevati”.

⁴⁸⁰ RCFP 2021, pagg. 294-297.

A livello nazionale per recuperare i livelli delle prestazioni sono state attuate diverse iniziative; in particolare vengono forniti i criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni con tempistiche diverse per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali sulla base dei bisogni, coinvolgendo i medici prescrittori (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti) e i soggetti erogatori. Inoltre, è stato attivato uno stanziamento di 400 milioni di euro per gli anni 2019-2021 al fine di consentire a tutte le Regioni di dotarsi di un CUP (Centro Unico di Prenotazione) regionale o interaziendale per gestire tutte le agende (sia pubbliche sia private) di tutti gli erogatori (pubblici/privati accreditati). Vengono stanziati risorse aggiuntive (500 milioni di euro previsti con il d.l. n. 104/2020 e ulteriori 500 milioni di euro previsti con la Legge di bilancio 2022, art. 1, cc. 276-279) per fare fronte alla sospensione e alla rimodulazione dell'offerta sanitaria per il recupero delle liste di attesa emerse nel periodo dell'emergenza Covid-19, nonché istituito l'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa⁴⁸¹.

L'art. 29 del d.l. n. 104/2020 ha disposto, nell'ambito del Programma Operativo (previsto dall'art. 18, co. 1, d.l. n. 18/2020), la presentazione da parte delle Regioni e delle Province autonome al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze di un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, con la specificazione dei modelli organizzativi prescelti, dei tempi di realizzazione e della destinazione delle risorse.

Con le misure assunte attraverso il d.l. n. 104/2020 il legislatore nazionale intendeva rafforzare il processo di riassorbimento dei mancati *screening*, delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero ospedaliero rimaste inevase⁴⁸², affinché le Regioni e le Province autonome e gli enti del Servizio

⁴⁸¹ L'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa è stato istituito presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio 3, con decreto ministeriale 20 giugno 2019. L'Osservatorio è composto da rappresentanti del Ministero della Salute, di AgeNaS, di tutte le Regioni e Province autonome, dell'ISS e dalle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute. L'Osservatorio ha diversi compiti tra i quali: a) supportare le Regioni e le Province autonome nell'implementazione delle disposizioni contenute nel citato Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa PNGLA 2019-2021 adottato con l'Intesa tra il Governo, le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021; b) svolgere il monitoraggio dell'effettiva applicazione delle disposizioni contenute nel citato Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa PNGLA 2019-2021, effettuando, al contempo, l'analisi delle criticità rilevate nell'attuazione delle disposizioni in parola, fornendo indicazioni tese ad omogeneizzare i comportamenti delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, al fine di assicurare uniformità nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) e superare eventuali disuguaglianze erogative delle prestazioni nonché assicurare una risposta tempestiva, efficace e appropriata ai bisogni assistenziali dei cittadini; c) elaborare appositi indicatori a supporto del Nuovo Sistema di Garanzia dell'assistenza sanitaria di cui all'art. 9 del d.lgs. n. 56/2000.

⁴⁸² Come rilevato nel Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica, cit., "Sono oltre 1,3 milioni i minori ricoveri calcolati rispetto al 2019 (-17 per cento guardando alle consistenze riportate nel Rapporto SDO 2019). Si tratta di circa 682 mila ricoveri con DRG medico e di poco meno di 620 mila con DRG chirurgico per un totale in valore di 3,7 miliardi. I mancati ricoveri urgenti rappresentano il 42,6 per cento, di cui l'83,1 per cento sono riferibili a DRG medici. Le specialità chirurgiche maggiormente interessate dal fenomeno sono quelle con DRG afferenti alle branche di Chirurgia Generale (con particolare riferimento alle colecistomie, sia laparoscopiche che tradizionali), Otorinolaringoiatria e Chirurgia Vascolare. Sul versante cardiovascolare si è assistito ad un calo di circa il 20 per cento degli impianti di defibrillatori, pacemaker ed interventi cardiocirchurgici maggiori. Anche i ricoveri di chirurgia oncologica, nonostante questa tipologia di ricoveri fosse stata esplicitamente esclusa dal gruppo di prestazioni programmate che potevano essere considerate procrastinabili, si è registrata una riduzione del 13 per cento. Dell'8 per cento si sono ridotti anche i trapianti d'organi. Nel caso dei ricoveri medici, forte è la riduzione dei trattamenti di malattie cardiovascolari, di quelli volti alla gestione del paziente oncologico (con una riduzione del 30 per cento per il tumore della mammella e circa il 20 per cento per i tumori di polmone, pancreas e apparato gastro intestinale), mentre i ricoveri per radioterapia si sono ridotti di circa il 15 per cento e del 10 per cento quelli per chemioterapia. Una flessione significativa hanno registrato anche i ricoveri per la gestione del paziente internistico-geriatrico legati al paziente cronico con polimorbilità e fragilità (insufficienza renale, disturbi della nutrizione, psicosi, demenza, BPCO). L'analisi del case-mix del percorso nascita, neonatologia e pediatria evidenzia una riduzione di circa il 30 per cento dei ricoveri pre- e post-parto, dovute probabilmente alla volontà di ridurre al minimo ricoveri di osservazione. Per quanto riguarda i ricoveri neonatali, si sono ridotti

sanitario nazionale potessero avvalersi di strumenti straordinari, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa del personale⁴⁸³. Il legislatore nazionale ha incentivato il ricorso, per il recupero dei ricoveri ospedalieri, alle prestazioni aggiuntive di cui all'art. 115, co. 2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie dipendenti del Servizio sanitario nazionale, aumentando la tariffa oraria riconosciuta nel contratto da 60 euro a 80 euro lordi onnicomprensivi (al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione). Un aumento della tariffa oraria (a 50 euro lordi onnicomprensivi) che è stato, inoltre, previsto anche per le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanità.

In ultimo, si segnala nuovamente il d.l. n. 73/2021 (cd. Decreto Sostegni-bis) che ha introdotto una serie di misure atte al recupero delle liste di attesa. L'art. 26 del decreto citato dispone il nuovo termine di applicazione (fino al 31 dicembre 2021) della deroga, introdotta dal d.l. n. 104/2020, al regime tariffario delle prestazioni aggiuntive necessarie per il recupero delle liste d'attesa, con riferimento a prestazioni di ricovero ospedaliero programmabile e di specialistica ambulatoriale non erogate nel 2020 a causa dell'emergenza da Covid-19.

Nell'ambito del giudizio di parificazione dei rendiconti generali, alcune Sezioni regionali di controllo hanno approfondito la tematica del recupero delle liste di attesa.

La SRC Campania (deliberazione del 16/11/2022) analizza anche su base pluriennali cause e origini pre-pandemia della situazione delle liste d'attesa.

La SRC Veneto ha evidenziato le criticità nell'impiego effettivo delle risorse assegnate per il recupero delle liste d'attesa, determinate dall'impossibilità di reclutare personale a tempo determinato o di richiedere prestazioni ulteriori a quello già in servizio⁴⁸⁴. Nel sollecitare la Regione a predisporre Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa calibrati alle risorse umane disponibili, la SRC Veneto ha evidenziato che gli enti del SSR hanno effettivamente utilizzato solo poco più della metà delle risorse

del 20 per cento tranne i trattamenti per le affezioni maggiori che si sono sostanzialmente mantenuti costanti. I ricoveri pediatrici hanno registrato un calo fino al 50 per cento. Per quel che riguarda la specialistica ambulatoriale si è assistito a una riduzione complessiva di oltre 144,5 milioni di prestazioni per un valore di 2,1 miliardi. Si tratta per il 90 per cento di prestazioni di strutture pubbliche. La riduzione maggiore, in questo caso, riguarda gli esami di laboratorio (il 67 per cento delle prestazioni), mentre quelle per visite e diagnostica rappresentano rispettivamente il 12,5 e il 13 per cento. Nel caso delle strutture private oltre alla diagnostica e l'attività di laboratorio (responsabili rispettivamente del 27 e 20 per cento delle riduzioni) sono di rilievo le minori riabilitazione che incidono per il 27 per cento".

⁴⁸³ Tra le altre disposizioni in materia di personale è stata prevista la possibilità di reclutare personale, attraverso assunzioni a tempo determinato o attraverso forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, o impiegando anche le figure professionali di cui agli articoli 2-bis e 2-ter, del d.l. n. 18/2020. Per un approfondimento v. par. precedente.

⁴⁸⁴ Come emerso nella del. n. 101/2022/PARI, in sede di contraddittorio, la Regione Veneto aveva infatti fatto presente che "Il mancato utilizzo di tutte le risorse previste deriva dal fatto che non è stato possibile reclutare nel mercato ulteriore personale dipendente (a tempo determinato) o richiedere altre prestazioni al proprio personale già in servizio (aggiuntive rispetto alle attività ordinarie) per non derogare in materia rispetto a quanto previsto in materia di orario di lavoro".

tra essi ripartite, accantonando la somma rimanente per un importo superiore a quello accantonato nel precedente esercizio⁴⁸⁵.

Analogamente, la SRC Sardegna ha segnalato la stretta interdipendenza tra la strategia di recupero delle liste d'attesa e la necessità di assumere personale sanitario, dirigente e non dirigente, oltre al personale amministrativo, rispetto al quale si rilevano carenze strutturali⁴⁸⁶. Per quanto riguarda la percentuale di rispetto del tempo di attesa, poi, da un lato si registra un leggero miglioramento per le prestazioni di classe di priorità breve, dall'altro il peggioramento è netto rispetto ai tempi per le prestazioni con classe di priorità differibile⁴⁸⁷. Inoltre, la SRC Sardegna ha sollecitato la Regione ad adottare un intervento più incisivo per il recupero, in particolare, delle liste d'attesa per le prestazioni sanitarie ordinarie come gli *screening* oncologici⁴⁸⁸.

Anche la SRC Calabria ha segnalato ritardi per tutte le tipologie di *screening*, per alcune delle quali i tempi di erogazione sono superiori alla media nazionale⁴⁸⁹, rilevando altresì la genericità della determina di approvazione delle attività per il recupero delle prestazioni, che non indica in modo preciso né le azioni da intraprendere né la relativa tempistica⁴⁹⁰. Ulteriore criticità è data dal fatto che le risorse a tal fine messe a disposizione dallo Stato sono state accantonate dalle aziende sanitarie,

⁴⁸⁵ Nella del. n. 101/2022/PARI, la SRC Veneto fa presente che "Con DGR n. 1329 dell'8 settembre 2020, la Regione ha adottato il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, con il quale è stata prevista la ripartizione delle suddette risorse, pari a euro 38.935.696, tra gli Enti del SSR, destinate al finanziamento delle attività previste fino al 31 dicembre 2020. Tuttavia, al 31/12/2020 risultava assegnato agli Enti del SSR un finanziamento complessivo pari a euro 18.233.423 "a copertura dei costi sostenuti"; le restanti somme erano state accantonate in Azienda Zero". Nel 2021 [...] è stato aggiornato il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, in attuazione del quale le Aziende del SSR hanno predisposto i propri piani aziendali per il recupero delle prestazioni non erogate. La Regione ha previsto per il recupero nell'esercizio 2021 delle prestazioni sanitarie sospese l'importo massimo di euro 41.058.093,30, a valere sulle risorse dei decreti statali emergenziali assegnate alla Regione nell'esercizio 2020 e accantonate al 31/12/2020, ripartendone tra gli Enti del SSR euro 35.303.605,3 e accantonandone euro 5.754.488,00 in Azienda Zero; secondo quanto riferito dalla Regione risulta, tuttavia, che sono stati utilizzati dalle Aziende sanitarie solo euro 19.699.668,80 - e, quindi, poco più della metà delle risorse ripartite - mentre la restante parte risulta accantonata dalle stesse Aziende. Pertanto, sebbene la Regione, oltre alle risorse accantonate al 31/12/2020, abbia stanziato ulteriori euro 20.355.820,30 per il recupero delle prestazioni sanitarie sospese, risulta che nel 2021 le Aziende hanno utilizzato solo parzialmente tali somme; il che ha comportato accantonamenti complessivi pari a euro 21.358.424,5 (5.754.488,00 in Azienda Zero + 15.603.936,50 nelle Aziende Sanitarie), superiori a quelli dell'esercizio precedente (pari a euro 20.702.273,00). Il Collegio ritiene opportuno che la predisposizione dei Piani operativi per il recupero delle liste di attesa sia maggiormente calibrata sulle effettive risorse umane disponibili, al fine di allocare efficientemente gli stanziamenti utilizzabili".

⁴⁸⁶ La SRC Sardegna, nella del. n. 153/2022/PARI, rileva che "la nuova modalità di erogazione dell'attività specialistica ambulatoriale ha richiesto e richiede un forte investimento di personale sanitario infermieristico e OSS per supportare la nuova organizzazione. Di conseguenza, nel piano attuativo si dà atto che la strategia volta alla riduzione delle liste d'attesa per il recupero del pregresso sospeso mediante il ricorso a prestazioni aggiuntive non potrà essere presumibilmente risolutiva, in quanto risente della strutturale carenza di personale e, pertanto, per assicurare un'azione efficace, risulta indispensabile procedere anche all'assunzione del personale sanitario della dirigenza medica e del comparto, oltre al personale amministrativo previsto nel piano del fabbisogno delle aziende sanitarie".

⁴⁸⁷ Come rilevato dalla SRC Sardegna, nella del. n. 153/2022/PARI, "In linea meramente tendenziale, per le prestazioni di classe di priorità B (breve) si rileva di massima un leggero miglioramento nella percentuale di rispetto del tempo di attesa, con, invece, un netto peggioramento per le prestazioni con classe di priorità D (differibile). Sullo sfondo esiste comunque un problema di personale sanitario, in particolar modo specialistico, che manca in diverse branche e questo produce un rallentamento nella esecuzione delle prestazioni".

⁴⁸⁸ La SRC Sardegna, nella del. n. 153/2022/PARI, richiama l'attenzione della Regione sulla necessità di un più incisivo nonché risolutivo intervento connesso al recupero delle liste d'attesa per le prestazioni sanitarie ordinarie per le quali il periodo del Covid ha segnato profondi ritardi, anche negli interventi di prevenzione, in particolare nell'ambito degli *screening* oncologici, aggravando le disuguaglianze fra i cittadini bisognosi di cure.

⁴⁸⁹ Nella del. n. 141/2021/PARI, la SRC Calabria rileva che "per lo *screening* mammografico i ritardi accumulati a causa del COVID, nella media italiana, sono stati pari a n. 54 giorni circa, mentre per la Regione Calabria a n. 71 giorni; per lo *screening* colon-rettale la media nazionale di ritardi è stata di n. 55 giorni, per la Calabria di n. 73 giorni; per lo *screening* del tumore cervicale, la media di giorni di ritardo a livello nazionale è stata di n. 55, per la Regione Calabria di n. 64".

⁴⁹⁰ La SRC Calabria, nella del. n. 141/2021/PARI, evidenzia che "Con nota n. 335288/2021 il Dipartimento Sanità della Regione ha comunicato che le attività poste in essere per il recupero delle liste d'attesa sono state approvate con DCA n. 137/2020. Tale determina - trasmessa in allegato alla predetta nota regionale - non contiene una tempistica precisa delle azioni da porre in essere; peraltro anche tali azioni sono indicate in modo del tutto generico".

rivelando l'inefficienza del sistema di recupero delle prestazioni sanitarie sospese a causa della emergenza Covid-19⁴⁹¹.

Come evidenziato dalla SRC Emilia-Romagna, poi, il perdurare dell'emergenza pandemica, esercitando una pressione costante sulle strutture ospedaliere, ha determinato una riduzione della capacità di ricovero delle medesime e, parallelamente, un aggravio del carico di lavoro degli operatori⁴⁹². La SRC ha comunque rilevato un recupero nell'erogazione degli *screening*⁴⁹³, dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali⁴⁹⁴, nonostante nel 2021 l'attività specialistica, facendo registrare un calo del 12% rispetto al 2019, abbia inciso negativamente sulle liste d'attesa⁴⁹⁵.

⁴⁹¹ La SRC Calabria, nella del. n. 141/2021/PARI, evidenzia *"In conclusione, il recupero delle prestazioni sanitarie sospese a causa della emergenza COVID non sembra aver assunto un assetto efficiente in Calabria. Nei primi cinque mesi del 2020 la Regione ha accumulato, per tutte le tipologie di screening principali, ritardi più significativi rispetto alla media nazionale; le azioni indicate dal Commissario ad Acta per il recupero di tali prestazioni sono state pianificate in modo generico, ed i fondi messi a disposizione dallo Stato a tal fine (circa 15 mln di euro) non sono stati spesi dalle Aziende sanitarie, che li hanno accantonati in bilancio"*.

⁴⁹² La SRC Emilia-Romagna, nella del. n. 105/2022/PARI, rileva che: *"la Regione ha evidenziato che, per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri, a partire dal 2020 la persistenza del fenomeno pandemico ha causato una costante pressione sulle strutture ospedaliere, con la necessità, accentuata nel corso del primo semestre dell'anno, di rendere disponibili posti letto ordinari e di terapia intensiva sia di strutture pubbliche sia private accreditate, per la presa in carico di pazienti con COVID-19. Tale circostanza ha determinato una permanente riduzione della capacità di ricovero da parte delle strutture stesse, accompagnata da un maggior carico di lavoro per gli operatori e l'aumento della complessità organizzativa ospedaliera. Tali elementi hanno consentito, durante il corso dell'anno, un recupero soltanto parziale della capacità di ricovero delle strutture sanitarie. A seguito del fenomeno pandemico sopra descritto e nonostante le iniziative compensatorie messe in atto, la produzione di prestazioni ospedaliere per acuti, erogate a livello regionale negli anni 2019-2020, ha mostrato una riduzione di circa il 18%"*.

⁴⁹³ La SRC Emilia-Romagna, nella del. n. 105/2022/PARI, rileva che *"nel corso del 2021, è stato registrato un ulteriore recupero per quanto concerne lo screening mammografico (fascia dai 45 ai 74 anni): laddove a dicembre 2020 si registrava una riduzione del 17-18% sia degli inviti che delle persone esaminate rispetto al 2019, a fine 2021 si evidenziava solo un 3% di riduzione delle persone esaminate. Per lo screening del collo dell'utero (fascia dai 25 ai 64 anni) a fine 2021 si registrava una riduzione del 25-27% sia di inviti che di esami effettuati. Nello screening del colon retto (fascia 50-69 anni) a dicembre 2020 vi era una riduzione del 5% degli inviti e del 13% delle persone esaminate, mentre a fine 2021 si rilevava, nel complesso, un maggior numero di inviti ed esami nel biennio 2020-2021 rispetto all'attività 2019. Tuttavia, come anche per gli altri due screening, il dato complessivo regionale non evidenzia le difficoltà di recupero riscontrate in alcune Aziende Sanitarie, proprio perché in altre Aziende il recupero è stato totale, a volte anche superando l'attività registrata nel 2019; l'obiettivo per l'anno 2022 è di recuperare completamente i ritardi per tutti e tre gli screening, su tutto il territorio regionale"*.

⁴⁹⁴ La SRC Emilia-Romagna, nella del. n. 105/2022/PARI, rileva che *"i ricoveri ospedalieri rappresentano l'ambito più penalizzato dall'emergenza pandemica dove risulta più difficile raggiungere un recupero totale della casistica rinviata. Ed infatti, nella relazione al rendiconto regionale per il 2020 emergeva che, a fronte di n. 102.000 ricoveri medici e chirurgici diurni e ordinari rinviati nel corso del 2020, entro il 31 dicembre 2020 erano stati recuperati 32.000 (circa 31%). Per il 2021 la Regione, con nota prot. Cdc n. 2039 del 16.6.2022, ha comunicato che dei ricoveri medici e chirurgici diurni e ordinari rinviati nel corso del 2020, al 31 dicembre 2021 ne risultano recuperati il 79% (circa 81.000); quanto alla specialistica ambulatoriale, la Regione, con nota prot. Cdc n. 2323 del 9 maggio 2022, ha comunicato che, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, le aziende sanitarie, dopo aver recuperato la totalità delle prestazioni sospese entro dicembre 2020 (circa 1.600.000), nel 2021 si sono trovate a dover gestire una ridotta capacità produttiva a causa della carenza degli specialisti, molti dei quali impegnati esclusivamente nell'emergenza Covid-19. Con riferimento alla garanzia dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie si rileva un recupero ancora parziale al 31 dicembre 2021 della casistica relativa ai ricoveri programmati rinviata a causa della situazione pandemica, nonostante il progressivo attenuamento dell'impatto sui servizi sanitari regionali dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 e il previsto rafforzamento strutturale dei servizi sanitari regionali. In sede di contraddittorio la Regione ha confermato che, per quanto riguarda la casistica relativa ai ricoveri programmati, il recupero di ricoveri oltre i tempi massimi ha inciso sulla performance di "erogato" entro i tempi. Per quanto attiene alla capacità produttiva, durante i primi mesi del 2021 alcune Aziende sanitarie hanno subito un impatto pandemico sovrapponibile a quello subito durante il 2020, con conseguente riduzione della capacità produttiva. Nonostante ciò, è stato registrato un aumento del 15 per cento rispetto ai valori 2020 della produzione chirurgica nel 2021"*.

⁴⁹⁵ La SRC Emilia-Romagna, nella del. n. 105/2022/PARI, rileva che *"nell'anno 2021, che è stato caratterizzato da periodi altalenanti di emergenza sanitaria, si è riscontrato un calo dell'attività specialistica pari al 12 per cento rispetto al 2019 (assunto come anno a regime pre-pandemica), al netto delle prestazioni di laboratorio, con conseguente impatto negativo sulle liste di attesa. In conclusione, l'Amministrazione regionale ha sottolineato che, nonostante a livello sintetico regionale, non vi siano particolari criticità rispetto alla garanzia dei tempi di attesa, in alcuni ambiti territoriali e soprattutto per le visite specialistiche, risulta più difficile mantenere la buona performance che si era rilevata stabilmente fino al 2019"*.

Infine, anche nella PA Trento i ricoveri per patologie diverse dal Covid-19 hanno subito una riduzione⁴⁹⁶, rilevandosi difficoltà nel recupero delle prestazioni a causa del perdurare dell'emergenza⁴⁹⁷.

11.2.3 Investimenti in sanità

Il programma straordinario degli investimenti pubblici in sanità costituisce un contributo sostanziale al perseguimento della finalità pubblica della tutela della salute (ai sensi dell'art. 32 Cost.) in quanto l'ammodernamento del patrimonio strutturale e tecnologico del Servizio sanitario nazionale consente meglio di rispondere con strutture e tecnologie sempre più appropriate, moderne e sicure, alle necessità di salute della comunità e alle aspettative di operatori e utenti del Servizio sanitario nazionale.

L'ottimizzazione dei servizi sanitari realizzata anche mediante la riqualificazione edilizia e tecnologica contribuisce a perseguire gli obiettivi di efficienza dell'assistenza sanitaria, di riequilibrio dell'assistenza sul territorio nazionale, di messa in sicurezza e ammodernamento tecnologico di edifici e impianti, al fine di garantire a ciascun cittadino una risposta adeguata alla domanda di salute, sia in termini di prevenzione che di cura delle diverse patologie.

11.2.3.1 Investimenti ai sensi dell'art. 20 della legge finanziaria 67/88 e di altre specifiche norme

Con l'art. 20 della legge finanziaria 67/1988, il legislatore ha autorizzato l'esecuzione della prima fase del programma straordinario di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico. Infatti, ai sensi del co. 1, il legislatore nazionale ha autorizzato l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo, a legislazione vigente, di euro 34 miliardi⁴⁹⁸.

⁴⁹⁶ Con la decisione n. 3/2022/PARI, le Sezioni Riunite per la Regione Trentino-Alto Adige: evidenziano che "nel 2021, come nell'esercizio precedente, vi è stata una riduzione dei ricoveri per il trattamento di altre patologie, sia in ambito medico, per la minore disponibilità di posti letto, sia in ambito chirurgico, per la ridotta disponibilità di sale operatorie, dei posti letto di rianimazione, del personale di anestesia, oltre che per la più complessa gestione dei pazienti chirurgici Covid positivi".

⁴⁹⁷ Con la decisione n. 3/2022/PARI, le Sezioni Riunite per la Regione Trentino-Alto Adige: evidenziano che "la Provincia ha dato conto delle difficoltà nel proseguire, durante il 2021, nell'attuazione del Piano operativo provinciale per il recupero delle liste di attesa, in ragione del perdurare dell'emergenza sanitaria. Ha, quindi, specificato che, in ambito chirurgico, a partire da fine giugno 2021 le attività sono state ripristinate a livelli di poco inferiori al periodo pre-Covid, senza tuttavia recuperare, nel corso dell'anno i ricoveri non effettuati. Con riferimento le prestazioni di assistenza specialistica è stato riferito che, nelle strutture a gestione diretta da parte dell'APSS, è stato confermato l'impegno ad attivare sedute ambulatoriali aggiuntive tramite prestazioni orarie aggiuntive, oltre al coinvolgimento, come previsto dall'art. 26 del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, delle strutture private accreditate per il recupero delle visite specialistiche".

⁴⁹⁸ L'investimento complessivo iniziale pari a lire 30.000 miliardi è stato elevato dall'art. 83, co. 3, l. 23 dicembre 2000, n. 388, a decorrere dal 1° gennaio 2001 a lire 34.000 miliardi, dall'art. 1, co. 796, lett. n), l. 27 dicembre 2006, n. 296, a decorrere dal 1° gennaio 2006 a 23 miliardi di euro, dall'art. 2, co. 69, l. 23 dicembre 2009, n. 191, a decorrere dal 1° gennaio 2010 a 24 miliardi di euro, dall'art. 1, co. 555, l. 30 dicembre 2018, n. 145, a decorrere dal 1° gennaio 2019 a 28 miliardi di euro, dall'art. 1, co. 81, l. 27 dicembre 2019, n. 160, a decorrere dal 1° gennaio 2020 a 30 miliardi di euro, dall'art. 1, co. 442, l. 30 dicembre 2020, n. 178, a decorrere dal 1° gennaio 2021 a 32 miliardi di euro, e, successivamente, dall'art. 1, co. 263, l. 30 dicembre 2021, n. 234, a decorrere dal 1° gennaio 2022 a 34.000 miliardi di euro.

Al finanziamento degli interventi previsti dall'art. 20, si provvede, ai sensi del co. 2, mediante operazioni di mutuo che le Regioni e le Province autonome sono autorizzate ad effettuare, nel limite del 95% della spesa ammissibile risultante dal progetto, con la BEI, con la Cassa depositi e prestiti e con gli istituti e aziende di credito all'uopo abilitati, secondo modalità e procedure da stabilirsi con decreto del Ministro del Tesoro, di concerto con il Ministro della Sanità⁴⁹⁹.

La prima fase del programma straordinario di investimenti si è conclusa nel 1996 con una assegnazione pari a 4,8 miliardi di euro⁵⁰⁰ e una percentuale media di autorizzazione alla spesa del 94,5%⁵⁰¹. La seconda fase, avviata nel 1998, registra una assegnazione complessiva di finanziamenti pari a 18,1 miliardi di euro⁵⁰² inerenti ai programmi specifici quali: potenziamento delle strutture di radioterapia (l. n. 488/1999), programma libera professione intramuraria (l. n. 254/2000), enti con riferimento a IRCCS, Policlinici Universitari, IZS, Ospedali Classificati, ISS, CNAO (l. n. 412/1992, modificata dalla l. n. 448/2001), interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata al sovraffollamento delle carceri (l. n. 9/2012) e adeguamento normativa antincendio (delibera CIPE n. 16/2013)⁵⁰³.

L'art. 5-*bis* del d.lgs. n. 502/1992, introdotto dal d.lgs. n. 229/1999, prevede che il Ministro della Salute, nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'art. 20 della l. n. 67/1988, possa stipulare accordi di programma⁵⁰⁴ con le Regioni e con altri soggetti pubblici interessati, acquisito il concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, nei limiti delle disponibilità finanziarie iscritte nel bilancio dello Stato.

Le Sezioni riunite in sede di controllo della Corte dei conti hanno dedicato nel RCFP 2021⁵⁰⁵ un'analisi dei risultati raggiunti da questo risalente programma di investimento cui il legislatore ha dedicato nel corso degli ultimi anni molti tentativi per potenziarlo e riattivarlo. Un forte impulso anche in termini di risorse si è avuto con il co. 140 dell'art. 1 della l. n. 232/2016 (legge di bilancio 2017); co. 1072 dell'art. 1 della l. n. 205/2017 (legge di bilancio 2018); e dal co. 95 dell'art. 1 della l. n. 145/2018 (legge di bilancio 2019). Ciascuna disposizione ha elevato le somme disponibili di circa 2 miliardi su base pluriennale fino al 2034. Tuttavia, se poi si va ad osservare nel dettaglio quante di quelle risorse siano state effettivamente ripartite si osserva che, per esempio, con il d.P.C.M. 21/07/2017 il riparto dei fondi sui 2 miliardi aggiuntivi è stato di 264,2 milioni, integralmente impiegati per le convenzioni con la Regione

⁴⁹⁹ Per gli incrementi di spesa relativi agli interventi citati v. l'art. 50, co. 1, lett. c), l. 23 dicembre 1998, n. 448 e l'art. 4-*bis*, co. 1, d.l. 28 dicembre 1998, n. 450.

⁵⁰⁰ Nello specifico euro 4.854.694.851,44.

⁵⁰¹ Dati presenti sul sito www.salute.gov.it nell'ambito del programma articolo 20.

⁵⁰² Nello specifico euro 18.145.305.148,56.

⁵⁰³ Dati presenti sul sito www.salute.gov.it nell'ambito del programma articolo 20.

⁵⁰⁴ Gli Accordi di programma sono strumenti di programmazione negoziata attraverso la quale il Ministero della Salute e le Regioni approfondiscono e condividono nuove priorità e nuovi traguardi, rispetto agli obiettivi generali posti dal legislatore con l'avvio del programma, in coerenza con i mutamenti normativi intervenuti nel corso degli anni e in relazione a specifici tavoli di concertazione di quei parametri fondamentali che caratterizzano l'offerta sanitaria e che si riflettono, in particolare, su sicurezza, qualità e spesa.

⁵⁰⁵ Delibera n.9/SSRRCO/RCFP/21 pagg. 303-309.

Lazio. Il riparto, sulla base delle risorse stanziare dalla legge di bilancio 2019, è confluito nelle convenzioni con le Regioni Abruzzo, Toscana ed Emilia-Romagna per un totale di ulteriori 295,1 milioni. Un ulteriore riparto per 889,2 milioni è stato disposto dal decreto di riparto 11/06/2019. Il problema di somme che solo in piccola parte vengono ripartite e in ancor minore percentuale impegnate, con ancor minori pagamenti effettivi è ben presente al legislatore come si può evincere dalla Relazione tecnica allegata alla legge di bilancio 2022⁵⁰⁶.

Solo l'indagine delle singole SRC è in grado di offrire uno spaccato analitico delle estreme difficoltà di realizzare investimenti di questa significativa dimensione in tutte le fasi del procedimento, anche al fine di offrire al legislatore spunti concreti per intervenire ulteriormente.

Si segnala a tal fine, la descrizione svolta dalla SRC Trento sugli investimenti in edilizia sanitaria in occasione della parifica del rendiconto generale della Provincia autonoma di Trento 2021⁵⁰⁷ in particolare sulla lunga e difficile vicenda della progettazione del Nuovo Ospedale del Trentino (NOT) che ha determinato prima un contenzioso in sede di assegnazione della gara per progettazione e poi un complesso procedimento con la mancata approvazione del progetto e un intervento dell'ANAC.

Ugualmente complessa la vicenda che, fin dal rendiconto 2014 la SRC Liguria segue sul progetto del cosiddetto Nuovo Ospedale Galliera - progetto che è stato afflitto da problemi di svolgimento della gara (conclusa senza presentazione di offerte giugno 2021) e poi reiterata nel corso del 2022 - con una indagine in sede di parifica del rendiconto 2021 concernente il profilo della struttura dei costi e della loro attendibilità⁵⁰⁸. La SRC Liguria dedica un capitolo della relazione (2020 e 2021) a tutti gli investimenti previsti.

Nell'ultimo anno si sono registrati limitati progressi nell'attuazione degli investimenti sanitari, finanziati da specifiche norme che prevedono fondi di sostegno, per i quali si sono attivati finanziamenti significativi vincolati alle disponibilità di bilancio⁵⁰⁹.

Al 31 dicembre 2020 erano stati sottoscritti 86 Accordi di programma per un importo pari a 12,8 miliardi di euro, mentre le somme richieste e ammesse a finanziamento hanno superato gli 11,2 miliardi di euro⁵¹⁰. Le risorse ancora da utilizzare per la sottoscrizione di tali Accordi sono pari a 10,4 miliardi di euro⁵¹¹, di cui 4 miliardi di euro ripartiti dalla delibera CIPE n. 51/2019 e 4 miliardi di euro assegnati a partire dal 2020 con le due ultime leggi di bilancio e che sono stati ripartiti con la legge di bilancio per il 2021.

⁵⁰⁶ Legge 30 dicembre 2021, n. 234: *"tenuto conto del fatto che le regioni e le province autonome impegnate nella realizzazione di interventi di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico a valere sulle ingenti risorse disponibili per il PNRR (fino al 2026) le integrazioni degli stanziamenti di bilancio relativi al finanziamento di cui trattasi, effettuati in Sezione II, sono pari a 20 milioni per l'anno 2024, 30 milioni per l'anno 2025, 200 milioni annui per ciascuno degli anni dal 2026 al 2034 e 150 milioni di euro per l'anno 2035"*.

⁵⁰⁷ Pag. 626 e ss.

⁵⁰⁸ SRC Liguria, deliberazione n. 47/2022/PARI e relazione sul rendiconto regionale della Regione Liguria 2021, 22/07/2022, pagg. 565-574.

⁵⁰⁹ Per ulteriori approfondimenti v. Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica, pag. 302 e ss.

⁵¹⁰ Si tratta dell'87% dei valori sottoscritti, relativi a 2.550 interventi (78 più del 2019).

⁵¹¹ Delle risorse ancora disponibili per la sottoscrizione di Accordi, 5,5 miliardi sono relativi alle Regioni in Piano di rientro.

Nell'ambito degli Accordi di programma per gli interventi per il patrimonio sanitario pubblico, ai sensi dell'art. 20 della l. n. 67/88, il d.l. n. 243/2016 ha previsto che una quota pari a 100 milioni di euro⁵¹² sia destinata alla riqualificazione e all'ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni meridionali, con particolare riferimento all'acquisizione di apparecchiature dotate di tecnologia robotica o rotazionale. La delibera CIPE n. 32 del 21 marzo 2018 ha assegnato alle Regioni tali risorse⁵¹³.

Come rilevato nel Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica, le risorse aggiuntive rese disponibili dalle leggi di bilancio per il 2017 (art. 1, co. 140, l. n. 232/2016)⁵¹⁴, da quella per il 2018 (art. 1, co. 1072, l. n. 205/2017)⁵¹⁵ e da quella per il 2019 (art. 1, co. 95, l. n. 145/2018)⁵¹⁶ non hanno generato un'adeguata spinta agli investimenti sanitari.

Ai sensi dell'art. 1, co. 140, l. n. 232/2016, con il d.P.C.M. del 21 luglio 2017 è stata disposta la ripartizione della rimanente quota del Fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale del Paese, attribuendo al Ministero della Salute 23,1 milioni di euro per le iniziative nel settore della ricerca e 264,2 milioni di euro per interventi nel campo dell'edilizia sanitaria.

Tuttavia, sull'attuazione di tali interventi ha gravato la decisione della Corte costituzionale che, con sentenza del 13 aprile 2018, n. 74, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, co. 140, della l. n. 232/2016, nella parte in cui non prevede un'intesa con gli enti territoriali in relazione ai decreti del Presidente del Consiglio dei ministri riguardanti settori di spesa rientranti nelle materie di competenza regionale.

Al fine di conformarsi alla sentenza citata, il legislatore nazionale, con l'art. 13 del d.l. n. 91/2018, ha previsto che l'intesa poteva essere raggiunta anche successivamente (in data 13 ottobre 2018 è stata

⁵¹² Con il d.m. del 6 dicembre 2017 è stato ripartito il finanziamento previsto.

⁵¹³ La delibera CIPE prevedeva 180 giorni per la presentazione dei progetti. Al 31 dicembre 2020 le Regioni hanno presentato i loro progetti che sono stati analizzati dal Comitato tecnico e valutati positivamente.

⁵¹⁴ Ai sensi del co. 140, art. 1, l. n. 232/2016, "Nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze è istituito un apposito fondo da ripartire, con una dotazione di 1.900 milioni di euro per l'anno 2017, di 3.150 milioni di euro per l'anno 2018, di 3.500 milioni di euro per l'anno 2019 e di 3.000 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2020 al 2032, per assicurare il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale del Paese, anche al fine di pervenire alla soluzione delle questioni oggetto di procedure di infrazione da parte dell'Unione europea nei settori di spesa relativi a: a) trasporti, viabilità, mobilità sostenibile, sicurezza stradale, riqualificazione e accessibilità delle stazioni ferroviarie; b) infrastrutture, anche relative alla rete idrica e alle opere di collettamento, fognatura e depurazione; c) ricerca; d) difesa del suolo, dissesto idrogeologico, risanamento ambientale e bonifiche; e) edilizia pubblica, compresa quella scolastica; f) attività industriali ad alta tecnologia e sostegno alle esportazioni; g) informatizzazione dell'amministrazione giudiziaria; h) prevenzione del rischio sismico; i) investimenti per la riqualificazione urbana e per la sicurezza delle periferie delle città metropolitane e dei comuni capoluogo di provincia; l) eliminazione delle barriere architettoniche. [...]".

⁵¹⁵ Ai sensi del co. 1072, art. 1, l. n. 205/2017, "Il fondo da ripartire di cui all'articolo 1, comma 140, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, è rifinanziato per 800 milioni di euro per l'anno 2018, per 1.615 milioni di euro per l'anno 2019, per 2.180 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2020 al 2023, per 2.480 milioni di euro per l'anno 2024 e per 2.500 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2025 al 2033. Le predette risorse sono ripartite nei settori di spesa relativi a: a) trasporti e viabilità; b) mobilità sostenibile e sicurezza stradale; c) infrastrutture, anche relative alla rete idrica e alle opere di collettamento, fognatura e depurazione; d) ricerca; e) difesa del suolo, dissesto idrogeologico, risanamento ambientale e bonifiche; f) edilizia pubblica, compresa quella scolastica e sanitaria; g) attività industriali ad alta tecnologia e sostegno alle esportazioni; h) digitalizzazione delle amministrazioni statali; i) prevenzione del rischio sismico; l) investimenti in riqualificazione urbana e sicurezza delle periferie; m) potenziamento infrastrutture e mezzi per l'ordine pubblico, la sicurezza e il soccorso; n) eliminazione delle barriere architettoniche. [...]".

⁵¹⁶ Ai sensi del co. 95, art. 1, l. n. 145/2018 "Nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze è istituito un fondo da ripartire con una dotazione di 740 milioni di euro per l'anno 2019, di 1.260 milioni di euro per l'anno 2020, di 1.600 milioni di euro per l'anno 2021, di 3.250 milioni di euro per ciascuno degli anni 2022 e 2023, di 3.300 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2024 al 2028 e di 3.400 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2029 al 2033".

acquisita l'Intesa (Rep. Atti n. 197 CSR) sullo schema di decreto del Ministro della Salute recante il riparto del Fondo).

Ai sensi dell'art. 1, co. 1072, l. n. 205/2017, con il d.P.C.M. del 28 novembre 2018, al Ministero della Salute sono stati attribuiti 55 milioni di euro per la ricerca e 295,1 milioni di euro per gli interventi afferenti alla edilizia sanitaria: con decreto del Ministro della Salute del 7 agosto 2019, invece, sono stati individuati gli interventi per i quali è prevista la stipula di convenzioni mediante le quali regolare i rapporti tra il Ministero della Salute e le amministrazioni beneficiarie del finanziamento.

Ulteriori risorse aggiuntive rese disponibili con le leggi di bilancio per il 2020 (art. 1, co. 81, l. n. 160/2019), da quella per il 2021 (art. 1, co. 442, l. n. 178/2020) e da quella per il 2022 (art. 1, co. 263, l. n. 234/2021).

Nella direzione di realizzare istruttorie da parte delle SRC della Corte dei conti funzionali a far emergere le criticità e a colmare i ritardi nell'attuazione degli investimenti, si segnala quanto scritto dalla SRC Emilia-Romagna in sede di parifica del rendiconto 2021⁵¹⁷ che ha richiesto in sede istruttoria non solo l'elenco di tutti gli interventi di adeguamenti, edificazione, ristrutturazione, ammodernamento suddivisi per fonte del procedimento e per anno di avvio dello stesso, ma anche raccogliendo le controdeduzioni dell'amministrazione sulle ragioni dei ritardi e il cronoprogramma aggiornato. Si tratta di 23 interventi dei quali 8 in corso di realizzazione con finanziamenti *ex* l. n. 67/1988; 9 con finanziamento regionale 7 con finanziamento misto tra Regione ed ente sanitario, 4 da altri soggetti.

La SRC per la Regione Basilicata, che ha parificato nel 2021 i rendiconti relativi agli esercizi 2019 e 2020, ha dedicato il capitolo sugli investimenti in sanità analizzando distintamente le fonti degli stessi, se statali (anche da legge n. 448/1998), regionali suddivisi per ente sanitario⁵¹⁸.

Si segnala, infine, che ai fini dell'attuazione delle opere edilizie strettamente necessarie a rendere le strutture idonee all'accoglienza e alla assistenza per la gestione dell'emergenza Covid-19, si provvede, sino alla concorrenza dell'importo di 50 milioni di euro, a valere sull'importo fissato dall'art. 20 della l. n. 67/1988, come rifinanziato dall'art. 1, co. 555, della l. n. 145/2018, nell'ambito delle risorse non ancora ripartite alle Regioni (art. 4 del d.l. n. 18/2020)⁵¹⁹. L'importo di 50 milioni di euro è ripartito come segue:

⁵¹⁷ SRC Emilia-Romagna, delibera 28/07/2022 n. 105/2022/PARI, relazione allegata, capitolo 14, pagg. 690-696.

⁵¹⁸ SRC Basilicata, 21/12/2021, "relazione sulla legittimità e regolarità della gestione allegata alla decisione di parifica - esercizi 2019-2020" parte III pagg. 117-122.

⁵¹⁹ Ai sensi del co. 4, art. 4, d.l. n. 18/2020, a tali risorse "accedono tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono il concorso provinciale al finanziamento di cui al citato articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, sulla base delle quote d'accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate per l'anno 2019".

Tabella 99 - Riparto risorse per opere edilizie, art. 4, d.l. n. 18/2020

Tipologia	Regioni	Risorse art. 4, d.l. n. 18/2020
Regioni a statuto ordinario	Piemonte	3.692.564
	Lombardia	8.290.246
	Veneto	4.062.176
	Liguria	1.345.379
	Emilia-Romagna	3.719.653
	Toscana	3.152.056
	Umbria	745.369
	Marche	1.284.527
	Lazio *	4.841.123
	Abruzzo *	1.096.059
	Molise *	258.405
	Campania *	4.657.681
	Puglia *	3.316.547
	Basilicata	469.593
	Calabria *	1.598.790
Regioni a statuto speciale	Valle d'Aosta	105.210
	Provincia autonoma Bolzano	425.711
	Provincia autonoma Trento	443.061
	Friuli-Venezia Giulia	1.030.911
	Sicilia	4.091.553
	Sardegna	1.373.386
Totale nazionale		50.000.000

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Tabella B, allegata al d.l. n. 18/2020; importi in euro

* Regioni in piano di rientro

Di seguito si riportano alcune osservazioni formulate dalle Sezioni regionali di controllo in merito all'analisi sugli investimenti sanitari dalle quali emerge in linea generale che nonostante la notevole dotazione finanziaria destinata allo scopo le realizzazioni sono risultate inferiori alle attese.

La SRC Toscana ha segnalato un aspetto estremamente importante di natura procedimentale per spiegare la frustrante difficoltà nell'attuazione di una legge che data al 1988, ovvero la estrema complessità della procedura prevista dall'art. 20 della l. n. 67/1988 non è idonea a garantire alle Regioni un flusso costante di risorse le quali, non essendo agevolmente accessibili, rimangono per lungo tempo immobilizzate⁵²⁰. L'erraticità nella disponibilità delle risorse ha scoraggiato le amministrazioni responsabili dell'attuazione dal far conto su quelle risorse ricercando negli anni altre fonti di finanziamento. Ciò dipende dalla loro erogazione con il metodo della rendicontazione, che da un lato obbliga le aziende sanitarie – peraltro in crisi di liquidità - ad anticipare le spese dei lavori già finanziati ricorrendo all'anticipazione di tesoreria, dall'altro condiziona l'avvio o l'avanzamento dei lavori proprio alla disponibilità di tali risorse. Questo sistema è impiegato anche per le fonti di finanziamento

⁵²⁰ SRC Toscana, con la del. n. 131/2022/PARI, evidenzia quanto segue: "Si devono rilevare in primo luogo i limiti del programma di finanziamenti statali di cui all'art. 20 della legge n. 67/1988 il quale, oltre a non avere garantito nel corso degli anni dei flussi regolari, rimane sottoposto ad una complessa procedura che non consente un agevole e tempestivo accesso alle risorse rese disponibili, le quali finiscono così per rimanere per lungo tempo immobilizzate. Gli adempimenti propedeutici alla stipulazione degli accordi di programma e alla concessione degli investimenti, pur in presenza di specifici meccanismi sanzionatori di revoca, continuano a richiedere tempi lunghissimi sicuramente che mal si conciliano con le esigenze di un settore in continua evoluzione come quello della sanità".

regionali che, sebbene attivate al fine di sopperire a tale lentezza dei finanziamenti statali, per la medesima ragione non affluiscono alle aziende e agli altri enti del SSR con la tempestività necessaria⁵²¹. Sulla lentezza nella realizzazione degli investimenti, poi, influisce negativamente anche la scarsa capacità di programmazione degli enti del SSN, essendo i piani triennali degli investimenti spesso sovrastimati e non coerenti con le reali capacità economico-finanziarie dell'ente, risultando altresì la pianificazione strategica noncurante dei reali tempi di progettazione e di predisposizione delle gare di appalto e di realizzazione delle opere.

La SRC Toscana, inoltre, ha censurato la traslazione delle spese per il servizio del debito dal perimetro ordinario a quello sanitario, anche alla luce della possibile illegittimità della inclusione delle spese di ammortamento dei mutui nel perimetro sanitario⁵²² (questione di legittimità costituzionale, Sezioni riunite, ordinanza n. 1/2022, decisa dalla Corte cost. con sentenza n. 233/2022)⁵²³.

Ritardi nell'esecuzione degli interventi da realizzarsi *ex art.* 20 della l. n. 67/1988 sono stati segnalati anche dalla SRC Umbria: dei 28 interventi così finanziati previsti dall'Accordo di programma del 5 marzo 2013, infatti, 16 sono stati completati, mentre 5 sono in corso di esecuzione, 1 in fase di collaudo (RSA S. Margherita), 5 sono stati sospesi in seguito all'aggiudicazione. Tali ritardi sono stati causati sia dall'emergenza Covid-19, sia dalla necessità di gestire le interferenze tra gli interventi da realizzare o tra questi e l'attività sanitaria⁵²⁴. Risultano invece ancora da aggiudicare i lavori per la realizzazione

⁵²¹ SRC Toscana, con la del. n. 131/2022/PARI, rileva che *“anche le fonti di finanziamento regionali, quantunque attivate anche per sopperire alla lentezza dei finanziamenti statali, non affluiscono alle aziende e agli altri enti del SSR con la tempestività necessaria ad assicurare la rapida ed efficiente realizzazione degli interventi. Anch'essi, infatti, sono effettivamente erogati dalla Regione con il medesimo metodo della rendicontazione che, come più volte osservato nel corso della presente Relazione, obbliga le aziende sanitarie sebbene in condizione di cronica crisi di liquidità ad anticipare le spese dei lavori già finanziati con il ricorso all'anticipazione di tesoreria. Il sistema a rendicontazione adottato dalla Regione se da un lato permette di esercitare un controllo sulla effettiva destinazione delle risorse impiegate in particolare di quelle reperite con il ricorso all'indebitamento, dall'altro determina un rallentamento nella realizzazione degli interventi a causa del mancato trasferimento dei finanziamenti nella forma di contributi in conto capitale alle aziende che appare del tutto ingiustificato quando la Regione abbia già acquisito la disponibilità con la contrazione del mutuo.”* In conclusione, sul punto, secondo la SRC Toscana, occorre *“definire procedure che consentano, attraverso un più razionale utilizzo dei finanziamenti attivati l'accelerazione degli interventi già in atto e ridurre quindi i tempi di realizzazione delle opere; adottare con la massima tempestività gli adempimenti di propria competenza che consentano di accelerare le procedure per l'impiego dei finanziamenti assicurati dal programma statale di cui all'art. 20 della legge n. 67/1988; rivedere, sulla base di una attenta ricognizione dei rispettivi fabbisogni finanziari, l'attuale sistema di erogazioni alle aziende e agli altri enti a valere sul FSR o su risorse proprie regionali, in modo da evitare che anticipazioni per gli investimenti finanziati, in attesa del rimborso a rendicontazione, comportino squilibri di cassa; modulare l'assunzione dei mutui destinati al finanziamento degli investimenti in base alla pianificazione delle aziende e ad un attendibile cronoprogramma dei lavori che eviti l'immobilizzazione di risorse nella cassa regionale”*.

⁵²² La SRC Toscana, con la del. n. 131/2022/PARI, rileva che *“pur riconoscendo che la Regione ha correttamente imputato gli oneri derivanti dalla restituzione dell'anticipazione di liquidità ricorda tuttavia che proprio dall'esercizio 2014, in corrispondenza con il manifestarsi di questi ultimi sulla gestione ordinaria, ha avuto inizio la traslazione dei costi del servizio del debito sul perimetro sanitario. Nell'attesa che la Consulta si pronunci sull'argomento definendo i termini della questione questa Sezione ribadisce che la traslazione continua da un perimetro all'altro risulta contraria alle disposizioni di legge e ai principi contabili che regolano la perimetrazione la quale, a tutela del vincolo generale di destinazione della spesa sanitaria, deve essere mantenuta tendenzialmente fissa”*.

⁵²³ Per approfondimenti v. *focus* sulla parifica Sicilia, par. 11.2.1.

⁵²⁴ La SRC Umbria, con la del. n. 68/2022/PARI, rileva che *“Riguardo ai ritardi nella realizzazione degli interventi previsti, la Regione ha precisato che “dalla documentazione acquisita agli atti d'ufficio risulta che le cause dello slittamento dei tempi di realizzazione degli interventi sono imputabili, in alcuni casi, oltre che all'emergenza legata al COVID-19 che ha determinato la sospensione delle attività ed il successivo rallentamento delle stesse dovuto alle prescrizioni alle quali le aziende devono attenersi per la realizzazione degli interventi, a situazioni impreviste ed oggettivamente non prevedibili al momento della progettazione che hanno determinato la necessità di apportare modifiche alle lavorazioni contemplate dai progetti originari. In altri casi si tratta di interventi relativi a strutture preesistenti e operative, per i quali è stato necessario gestire interferenze strutturali e funzionali per assicurare l'attività sanitaria creando minori disagi possibili; in altri ancora si tratta di interventi che interferiscono tra di loro per i quali è stato necessario trasferire i servizi e le attività in esercizio in altre sedi o, per le attività non dislocabili, effettuare rilevanti opere preparatorie”, reiterando, pertanto, nella sostanza, le giustificazioni già addotte per gli esercizi precedenti”*.

dell'Ospedale di Narni Amelia⁵²⁵ in quanto, in seguito alla rimodulazione del loro costo complessivo e della relativa copertura finanziaria, la Regione ha richiesto all'INAIL di inserire l'intervento tra le iniziative di investimento immobiliare di elevata utilità sociale, nel campo dell'edilizia sanitaria, ai sensi dell'art. 56-bis del d.l. n. 77/2021⁵²⁶. Quanto invece ai 41 interventi previsti dall'Accordo di programma del 12 dicembre 2016 e principalmente riferiti alla messa in sicurezza, alla ristrutturazione e all'ammodernamento tecnologico delle strutture sanitarie, in linea generale ne è previsto il completamento nel 2023⁵²⁷. Con specifico riferimento agli investimenti finanziati con contributi in conto esercizio, anche in considerazione dello slittamento in avanti dei termini previsti e comunicati in sede di parificazione dei rendiconti precedenti, la SRC Umbria ha evidenziato la permanente inadeguatezza degli elementi forniti dall'Amministrazione, tale da non consentire la valutazione della progressiva realizzazione degli interventi previsti e da ingenerare perplessità sulla capacità dell'Amministrazione di monitorare la realizzazione degli interventi programmati con le risorse in parola⁵²⁸.

Anche la SRC Piemonte ha evidenziato, nella relazione allegata al giudizio di parificazione per l'anno 2021, la lentezza, già segnalata nella parifica del rendiconto dell'esercizio precedente, nella realizzazione delle opere e nella programmazione e approntamento delle risorse a tal fine necessarie. Infatti, ad eccezione dell'ospedale di Verduno, per nessuna delle opere programmate risulta avviata la fase della realizzazione concreta, non essendo definite neanche le fasi precedenti⁵²⁹.

⁵²⁵ La SRC Umbria, con la del. n. 68/2022/PARI, ha rilevato che l'Accordo di programma del 5 marzo 2013, "a seguito delle rimodulazioni intercorse negli anni, prevedeva il finanziamento di n. 28 interventi (dei quali n. 22 relativi ad opere di edilizia sanitaria); al 31 dicembre 2021: - sono stati aggiudicati in via definitiva n. 27 interventi (invariati dal 31.12.2018) - di cui n. 5 sospesi, tra i quali n. 2 a causa degli eventi sismici del 2016 e seguenti; - restano ancora da aggiudicare i lavori per l'intervento relativo alla realizzazione dell'Ospedale Narni Amelia, con situazione invariata dal 31.12.2018, avendo riferito la Regione che è tuttora in corso la predisposizione della progettazione esecutiva; - risultano completati n. 16 interventi per complessivi € 18.049.984,26, di cui n. 10 relativi all'edilizia sanitaria (€ 6.629.250,75), n. 5 all'acquisto di attrezzature (€ 6.849.470,35) e n. 1 ad acquisto di immobili per € 4.571.263,16 (compendio "San Carlo" di Spoleto); - un intervento, relativo all'adeguamento di impianti presso la RSA S. Margherita per € 1.834.457,00 è in fase di collaudo; - per gli altri interventi aggiudicati e non sospesi (n. 5), per complessivi € 13.832.907,50, la Regione ha ribadito quanto indicato già nell'ambito delle attività istruttorie connesse al giudizio di parificazione del rendiconto 2019 circa il fatto che gli stessi sono in corso di esecuzione e che i relativi costi saranno sostenuti entro l'anno 2023 ad eccezione di un intervento per il quale è stato indicato l'anno 2024".

⁵²⁶ In merito a tale intervento e, in particolare alla mancata aggiudicazione dello stesso, la SRC Umbria, nella del. n. 68/2022/PARI, riporta che "con la nota controdettativa del 6 settembre 2022 la Regione ha precisato che "nell'anno in corso, ha richiesto all'INAIL di inserire tale intervento, tra le iniziative di investimento immobiliare di elevata utilità sociale, nel campo dell'edilizia sanitaria, ai sensi dell'art. 56 bis del D.L. n. 77/2021". Pertanto, ad oggi si è in attesa di conoscere gli esiti della relativa istruttoria".

⁵²⁷ La SRC Umbria, con la del. n. 68/2022/PARI, rileva che "Riguardo alla situazione degli interventi al 31 dicembre 2021, la Regione ha comunicato che: • sono stati ammessi a finanziamento con decreti del Ministero della Salute n. 39 interventi, di cui n. 3 nel 2018 e n. 36 nel 2019 (invariati rispetto alla situazione al 31.12.2019); • per n. 1 intervento non è stata ancora presentata la relativa documentazione progettuale; • per n. 1 intervento, il Ministero non ha emesso il decreto di ammissione a finanziamento ed ha comunicato la riassegnazione delle risorse alla Regione; • dei n. 39 interventi ammessi a finanziamento: - per n. 19 è avvenuta l'aggiudicazione dei relativi lavori/forniture per un totale di € 17.883.082,02 (al 31.12.2020 risultavano aggiudicati n. 4 interventi per complessivi € 4.488.082,02), dei quali n. 6 sono stati conclusi, mentre ne risultano in esecuzione n. 9; - per n. 15 interventi, costituiti ciascuno da un elenco di acquisizioni, le Aziende hanno comunicato che alcune sono state aggiudicate, mentre altre sono in corso di aggiudicazione; - oltre agli interventi in corso di aggiudicazione di cui al punto precedente, restano da ancora da aggiudicare n. 5 interventi.

Riguardo al completamento dei predetti interventi, la Regione ha riferito che "le Aziende sanitarie ed ospedaliere hanno previsto di sostenere tutti i costi relativi a tali interventi entro l'anno 2023, tranne per n. 1 intervento per il quale è stato indicato l'anno 2024".

⁵²⁸ La SRC Umbria, con la del. n. 68/2022/PARI, rileva che "Considerato quanto sopra indicato - e, in particolare, lo slittamento in avanti di tutti i termini previsti e comunicati in sede di parificazione dei rendiconti precedenti - nel prendere positivamente atto dell'avanzamento dei lavori per la ricostruzione degli Ospedali di Norcia e Cascia, si continuano, tuttavia, ad evidenziare criticità e rallentamenti nell'attuazione dei programmi di spesa, pur ammessi a contributo da più anni. A tale proposito si evidenzia che la Regione, nonostante l'impegno assunto in sede di parificazione del rendiconto 2019 di acquisire sul punto ulteriori approfondimenti e informazioni, non ha offerto alcuna ulteriore indicazione, fatta eccezione per i sopracitati interventi degli Ospedali di Norcia e Cascia, con particolare riguardo agli investimenti finanziati con contributi in conto esercizio".

⁵²⁹ La SRC Piemonte, con la del. n. 101/2022/SRCPIE/PARI, evidenzia che la realizzazione del Parco della salute, della ricerca e dell'innovazione di Torino è slittata, in seguito a diverse proroghe, a febbraio 2027. La stazione appaltante (A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino), infatti, "ha presentato una relazione per la richiesta di una proroga di 13 mesi dei termini di cui all'art. 1, comma 310, Legge n. 266/200515, come modificata dall'art. 1, comma 436, Legge n. 205/2017", concessa dal Ministero della Salute.

Infine, come evidenziato dalla Relazione della SRC Liguria, rallentamenti nella realizzazione delle opere sono dovuti all'impatto del recente incremento dei costi energetici e per materiali da costruzione nonché, più in generale, alla necessità di rivalutare la congruità delle coperture finanziarie previste⁵³⁰. La SRC Lazio ha fondato l'analisi sulla base delle più recenti delibere CIPE (oggi CIPESS) e leggi di bilancio che hanno assegnato alla Regione finanziamenti ex art. 20 della l. n. 67/1988⁵³¹ (III fase)⁵³², per complessivi euro 628.193.386,77. La Regione ha sottoscritto l'accordo di programma relativo alla terza fase dei finanziamenti in materia di edilizia sanitaria per un importo di euro 264.441.089,72 e, con d.g.r. n. 861/2017 è stato assegnato il finanziamento alle aziende sanitarie. La SRC, partendo dagli accordi tra il Ministero della Salute e la Regione Lazio⁵³³ e dalla normativa vigente, riporta le casistiche circa lo stato di attuazione delle singole Schede del finanziamento⁵³⁴ e le date di aggiudicazione di alcuni appalti avviati ed afferenti ai progetti già ammessi a finanziamento⁵³⁵. Infine, la SRC Lazio ha evidenziato che la Giunta, in seguito alla richiesta del Ministero della Salute, ha provveduto

⁵³⁰ La SRC Liguria, con la del. n. 47/2022/PAR, rileva che "Per gli investimenti in sanità, in disparte quanto già riferito nel capitolo sul PNRR, è proseguita l'analisi, sotto il profilo della sostenibilità finanziaria ed economica, in aderenza alle funzioni attribuite dalla legge alle Sezioni regionali di controllo, dei principali interventi finanziati dallo Stato o dalla Regione, in particolare della realizzazione del Nuovo Ospedale Galliera, del presidio "Felettino" di La Spezia, dell'Ospedale del ponente genovese in località Erzelli, dell'Ospedale unico ad Arma di Taggia e della riqualificazione del presidio Santa Corona di Pietra Ligure. L'iter attuativo dei primi due, per motivazioni differenti, risulta attualmente rallentato, necessitando di una rinnovata valutazione della congruità delle coperture finanziarie previste. Per tutti, dovrà essere valutato l'impatto del recente incremento dei costi energetici e per materiali da costruzione".

⁵³¹ La SRC Lazio, con del. n. 109/2021/PARI, ha evidenziato che "i finanziamenti riferibili all'art. 20 della legge n. 67/88 sono articolati generalmente in una quota pari al 95% a carico dello Stato e una quota pari al 5% a carico della Regione. Sono riferibili ad accordi di programma costituiti da documenti che devono essere predisposti concordemente dal Ministero della salute e dalla Regione (attraverso il protocollo d'intesa, il documento programmatico, l'articolato contrattuale e le schede tecniche relative ai singoli interventi). Si dividono in "Fasi", in relazione al loro stato di attuazione. Con tale legge statale il legislatore ha autorizzato l'esecuzione della prima fase del programma straordinario di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, a partire dal 1988 e, per la Regione Lazio risulta quanto segue: prima fase: avviata nel 1995 e principalmente conclusa nel 1996 con finanziamento a carico dello Stato di euro 394.592.389,04 (5 mutui attivati presso Cassa depositi e prestiti); seconda fase: avviata nel 1999 con accordo sottoscritto con il Ministero della salute in data 22.09.2000, con finanziamento a carico dello Stato di euro 755.755.137,46 (importo totale: 795.531.723,6) – 181 schede; terza fase: distinta in: - stralcio 0, accordo di programma sottoscritto in data 26/11/2015 "Adeguamento della rete dell'emergenza della città di Roma per il Giubileo straordinario", ai sensi della l. 6/8/2015, n. 125, art. 9 decies, comma 1, per un importo a carico dello Stato di euro 33.512.338,00 (importo totale: 35.276.145,26); - stralcio 1 A, accordo di programma sottoscritto in data 9/10/2017 sulla base del dca 314 del 12.10.2016 "II accordo di programma integrativo, per il settore degli investimenti sanitari", per un importo a carico dello Stato di euro 251.219.035,23 (importo totale: 264.441.089,72); - stralcio 1 B1, accordo di programma ancora da sottoscrivere, per un importo a carico dello Stato di euro 103.641.933,81 (importo totale: 109.096.772,43); - stralcio 1 B2, accordo di programma ancora da sottoscrivere, per un importo a carico dello Stato di euro 208.410.410,39 (importo totale: 219.379.379,36)".

⁵³² La SRC Lazio, con del. n. 109/2021/PARI, rileva che "La terza fase degli investimenti previsti ai sensi dell'art. 20 della legge n. 67/88 è caratterizzata da una logica di razionalizzazione dell'offerta sanitaria regionale nell'ottica di una sua rilettura che riporti al proprio interno le avvenute trasformazioni sociali e conseguenti necessità, tenendo conto anche delle esigenze di rientro dal debito".

⁵³³ La SRC Lazio, con del. n. 109/2021/PARI, rileva che "In data 9 ottobre 2017 è stato sottoscritto tra il Ministero della salute e la Regione Lazio un accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari, a valere sulle risorse di cui all'art. 20 della l. n. 67/1988 il cui termine, come definito dall'art. 1, comma 310 della l. n. 266/2005, (poi modificato dall'art. 1 comma 436, della l. n. 205/2017), era fissato al 09 aprile 2020. Successivamente in attuazione art. 4-quinquies d.l. 18 aprile 2019, n. 32, convertito con modificazioni dalla l. n. 55 del 14 giugno 2019, con Decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2020 è stato assegnato un termine congruo per l'attuazione degli interventi previsti nell'Accordo di programma secondo una tabella allegata allo stesso Decreto".

⁵³⁴ Nella del. n. 109/2021/PARI la SRC Lazio riepiloga le Schede del finanziamento che sono: "1. progetti ammessi a finanziamento: numero 76 schede; 2. progetti approvati con Determinazione Dirigenziale, per i quali si è in attesa del Decreto Ministeriale di ammissione al finanziamento: numero 1 scheda (scheda n. 43 Asl Rm 6); 3. progetti approvati con Determinazione Dirigenziale, per i quali è in corso l'iter di richiesta di ammissione al finanziamento: numero 4 schede (Schede n. 64 Asl Viterbo e Schede nn. 44, 45 e 46 Asl Rm 6; 4. progetti in attesa di trasmissione da parte dell'Azienda, cui farà seguito l'esame del Nucleo di Valutazione Regionale e la predisposizione della Determinazione Dirigenziale di approvazione per la successiva ammissione a finanziamento: numero 1 Scheda (scheda n. 74 A.O. Policlinico Umberto I)".

⁵³⁵ Come evidenziato dalla SRC Lazio nella del. n. 109/2021/PARI le date di aggiudicazione sono: "– ASL ROMA 5 - Scheda n. 38: aggiudicazione per le acquisizioni di arredi ed attrezzature sanitarie necessarie per l'ammodernamento tecnologico e l'implementazione delle attività dei reparti e servizi aziendali (Delibera aziendale n. 841 del 4 luglio 2019); – ASL VITERBO - Scheda n. 61: aggiudicazione degli interventi di manutenzione straordinaria per l'adeguamento e messa a norma dell'ospedale di Belcolle (Delibera aziendale n. 2570 del 17 marzo 2021); – ASL VITERBO - Scheda n. 63: aggiudicazione degli interventi di manutenzione straordinaria opere edili e impianti del presidio di Ronciglione (Delibera aziendale n. 2184 del 22 ottobre 2020); – AZIENDA SAN CAMILLO FORLANINI - Scheda n. 72: aggiudicazione per l'acquisizione di attrezzature e arredi per la rete perinatale (Delibera aziendale n. 1524 del 24 ottobre 2020). Per gli altri interventi ammessi a finanziamento sono in corso da parte delle Aziende Sanitarie le procedure di gara per l'individuazione del contraente".

all'integrazione della documentazione relativa al programma per l'utilizzazione dei fondi *ex art. 20* della l. n. 67/1988 per l'utilizzo delle risorse di cui all'art. 4 del d.l. n. 18/2020. Tuttavia, non essendo ancora stata disposta l'ammissione a finanziamento da parte del Ministero della Salute, non sono stati eseguiti pagamenti rispetto agli importi previsti dal d.l. n. 18/2020 per la Regione Lazio⁵³⁶.

Si segnala, infine, che la SRC Calabria ha approfondito la tematica sulle grandi attrezzature in uso presso il SSR⁵³⁷.

⁵³⁶ La SRC Lazio, con del. n. 109/2021/PARI, rileva che "In coerenza con il Programma Operativo, per la gestione Emergenza COVID-19 - anno 2020, nell'ottica di fronteggiare l'emergenza COVID, la Regione Lazio ha emanato il DCA U00102 del 22 luglio 2020 che ha approvato il programma per l'utilizzazione dei fondi stanziati e riferiti all'art. 20 della Legge n. 67/1988 in materia di edilizia sanitaria, richiedendo l'ammissione a finanziamento per l'utilizzo delle risorse di cui all'art. 4 del d.l. 17 marzo 2020, n. 18 (Fondi *ex art. 20* Legge 67/88). Come riferito dalla Regione, il Ministero della Salute, esaminata la documentazione trasmessa e in considerazione del programma operativo presentato dalla Regione Lazio ha rappresentato la necessità di integrazione della documentazione ricevuta, in particolare la dichiarazione che il fondo di cui al d.l. n. 18/2020 non si sovrapponesse ad ulteriori finanziamenti. Per la predisposizione degli atti integrativi per il Ministero della Salute, la Regione Lazio ha richiesto a ciascuna Azienda le dichiarazioni integrative e a seguito dei riscontri delle Aziende sanitarie la Regione Lazio ha provveduto all'aggiornamento del programma per l'utilizzazione dei fondi stanziati e riferiti all'art. 20 della Legge n. 67/1988 in materia di edilizia sanitaria per l'utilizzo delle risorse di cui all'art. 4 del d.l. n. 18/2020 (Fondi *ex art. 20* Legge 67/88) di cui al DCA U00102/2020. In data 23 febbraio 2021 è stata adottata la Deliberazione di Giunta n. 91 per l'approvazione del Programma degli interventi aggiornato, ai sensi dell'art. 20 della Legge 67/88 per l'utilizzo delle risorse di cui all'art. 4 del d.l. 17 marzo 2020, n. 18, richiesto dal Ministero della Salute". Relativamente ai finanziamenti *ex art. 20* l. n. 67/1988, la SRC Lazio riporta che, quanto allo Stralcio "Rete dell'emergenza Giubileo" - III Fase "Lavori e attrezzature collaudate. I reparti e le attrezzature sono in uso. A seguito di presentazione della rendicontazione da parte delle aziende sanitarie, risulta liquidato dalla Regione Lazio circa il 66.1% dell'importo assegnato (dati al 31 dicembre/2019)". Quanto allo Stralcio 1 A) - dgr 861/2017 (III fase) "La Regione Lazio monitora le attività dell'intero processo edilizio, verificando lo stato di avanzamento rispetto al cronoprogramma attuativo dell'intervento comunicato dalle aziende".

⁵³⁷ Come riportato nella Sintesi orale del Giudizio di parificazione del Rendiconto generale della Regione Calabria, la SRC Calabria sostiene che: "Nell'ambito dell'analisi sull'offerta dei servizi ospedalieri, la Sezione, quest'anno, ha ritenuto di doversi soffermare sulle grandi attrezzature in uso presso il SSR: l'indagine ha avuto l'obiettivo, tra gli altri, di individuarne il numero (confrontandolo con il dato nazionale e con la popolazione), la distribuzione sul territorio regionale e il grado di obsolescenza. Sono state considerate nove apparecchiature sanitarie (Acceleratori lineari, Angiografi, Gamma Camera computerizzata; Mammografi; Risonanze magnetiche; Sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica; TAC/Gamma camera, TAC/PET, TAC/Tomografi). Delle tipologie considerate, sul territorio calabrese ne sono presenti n.213, di cui n. 120 in uso presso le strutture pubbliche e n. 93 in uso presso le strutture private; il numero è pari al 3% di quelle della stessa natura presenti a livello nazionale".

CORTE DEI CONTI - CENTRO UNICO PER LA FOTORIPRODUZIONE E LA STAMPA - ROMA

