

concorre ordinariamente lo Stato [inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle erogazioni per finanziamento di attività non rendicontate dalle aziende sanitarie]. Il valore assoluto di tale onere dovrà essere determinato annualmente dal Ministero della salute entro il 15 di novembre dell'anno precedente a quello di riferimento, sulla base del riparto delle disponibilità finanziarie.¹⁷⁷

Le Regioni, nel quadro di un potenziamento del monitoraggio di spesa, dovranno trasmettere trimestralmente all'AIFA, al Ministero della salute e dell'economia i dati della distribuzione diretta da parte delle farmacie ospedaliere o convenzionate per conto, nonché i dati della farmaceutica ospedaliera a pena di perdita dell'accesso al finanziamento integrativo.

Viene imposto poi alle aziende autorizzate all'immissione di farmaci uno specifico budget annuale, mentre quanto al problema del travalicamento dai tetti di spesa si prevede che sia ripartito tra aziende farmaceutiche, grossisti e farmacisti, in misura proporzionale alle quote di spettanza sui prezzi dei medicinali e tenendo conto dell'incidenza della distribuzione diretta della spesa.

Particolare incidenza sui comportamenti gestionali è destinata ad avere la disposizione che prevede che, entro il 1° dicembre di ogni anno, l'AIFA debba elaborare una stima della spesa farmaceutica territoriale relativa all'anno successivo da comunicare alle Regioni; le quali, qualora superino il limite fissato con tali stime, dovranno adottare misure di contenimento per un ammontare pari almeno al 30% dell'eccedenza, a pena della perdita all'accesso al finanziamento integrativo.

Il superamento di entrambi i limiti del 14% e del 2,4% è previsto che sia recuperato interamente a carico delle singole Regioni attraverso misure di contenimento, salvo che abbiano fatto registrare l'equilibrio economico complessivo.

7.2 Segue: il costo del personale

Come rilevato nelle precedenti relazioni di questa Corte, il costo del personale rappresenta la componente di maggior peso percentuale sul fabbisogno sanitario di parte corrente. Non a caso a partire dalla finanziaria 2005 si sono succedute misure intese al suo contenimento, cui si sono coniugate disposizioni sanzionatorie in caso di mancato adempimento.

Vanno ricordati in proposito i risparmi di spesa previsti e attesi dall'art. 1, comma 98, della finanziaria 2005, sostituito poi, con la finanziaria 2006, dal vincolo introdotto alla evoluzione di tale spesa, cui è stata imposta la riduzione del 1% rispetto a quella registrata nel 2004 [comma 204, art. 1 legge 266/2005 - finanziaria 2006], alla quale l'art. 30 del d.l. 223 del 2006 ha poi

¹⁷⁷ Tale disposizione dovrebbe positivamente influire nel senso di accelerazione della ripartizione ed erogazione di risorse spettanti alla Regioni per il finanziamento dei livelli essenziali.

aggiunto un meccanismo sanzionatorio in caso di mancato conseguimento degli obiettivi di risparmio, consistente nel divieto di procedere ad assunzioni di personale. Successivamente, con specifico riferimento al personale del servizio sanitario nazionale, il comma 565 della finanziaria 2007 ha dettato nuove disposizioni stabilendo che –fermo restando quanto già previsto per gli anni 2005 e 2006– tali spese (ivi compresi oneri riflessi e IRAP) non debbano superare per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 il corrispondente ammontare dell’anno 2004 diminuito ulteriormente del 1,4%¹⁷⁸, il cui adempimento per tutto il periodo 2005-2009 è sottoposto alla verifica del Tavolo tecnico di cui all’intesa del 23 marzo 2005 e condiziona la possibilità di accesso all’integrazione dei finanziamenti e ai ripiani del disavanzo.

Tali disposizioni, certamente severe, ma nel cui rigore la Corte costituzionale non ha ravvisato un vulnus per l’autonomia garantita [Sentenza 5.12.2007 n. 412] hanno avuto impatto determinante nella riduzione dell’evoluzione della spesa di personale, riscontrabile nel 2007 specialmente con riguardo alle Regioni che hanno adottato Piani di rientro.

Flette infatti nel 2007 l’evoluzione del tasso di crescita (+ 1,0%) rispetto agli andamenti dei tre anni precedenti che hanno segnato rispettivamente un aumento percentuale del 5,2%, 7,6% e 5,6%. Il risultato 2007 sconta, tuttavia uno slittamento al 2008 di oneri contrattuali di competenza del biennio 2006-2007 [1.500 milioni], nonché la riallocazione di alcune partite contabili per circa 700 milioni [medicina convenzionata]. Per contro, sul 2006 pesano arretrati contrattuali relativi al biennio 2004-2005 per circa 2.300 milioni. Imputando gli oneri ai periodi di competenza, la crescita della spesa nel 2007 risulterebbe poco superiore al 5%; si trattrebbe comunque di una variazione in linea con quella del 2006 e più contenuta rispetto agli anni precedenti.

Le seguenti tavelle [TAB 23/SA e 24/SA] consentono di monitorare sia il tasso di evoluzione, sia l’incidenza riferita agli anni più recenti, con particolare riferimento agli effetti dei rinnovi contrattuali del personale sanitario.

Cresce nel 2007 l’incidenza della componente “personale” sul fabbisogno complessivo attestandosi al 32,5% [contro il 33,3% del 2006 e a fronte del 32,3% registrato nel 2005]. Diverso tuttavia il peso percentuale riferibile alle singole Regioni, particolarmente elevato in Calabria [37,4% contro 36,0% del 2006] Sicilia [34,5% contro 30,4% del 2006] Liguria [34,4% contro il 36,1% del 2006], Molise [33,4 contro 35,4 del 2006], Campania [32,6% contro 33,2% del 2006], tutte sopra media nazionale, come pure Emilia Romagna e Toscana [34,4% e 35,9%], mentre al di sotto si collocano Abruzzo [31,64 contro il 32,4% del 2006] Lazio [27,1% contro il 26,6% del

¹⁷⁸ A tale fine si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni.

2006] Lombardia, [28,2%]. Tali dati scontano tuttavia diversità strutturali, poiché il ricorso a strutture private o la presenza di Ospedali classificati vale a ridurre il costo del personale, spostandolo nella differente voce degli acquisti di servizi sanitari, in misura tanto maggiore quanto più elevata è la dimensione del fenomeno, come avviene nel Lazio e in Lombardia.

TAB 23/SA**COSTI DEL SSN PER FUNZIONE DI SPESA****Anni 2004 - 2007****Personale**

(milioni di euro)

Regioni	2004	*/- anno precedente	2005	*/- anno precedente	2006	*/- anno precedente	2007	*/- anno precedente
Piemonte	2.389.043	5,1%	2.562.277	7,3%	2.707.098	5,7%	2.715.786	0,3%
V. Aosta	92.229	5,1%	96.819	5,0%	107.661	11,2%	102.175	-5,1%
Lombardia	3.866.082	2,0%	4.363.636	12,9%	4.587.176	5,1%	4.621.669	0,8%
Pa Bolzano	381.492	4,9%	396.741	4,0%	424.335	7,0%	483.584	14,0%
Pa Trento	311.285	0,0%	319.249	2,6%	337.849	5,8%	343.630	1,7%
Veneto	2.334.839	2,6%	2.401.948	2,9%	2.556.496	6,4%	2.554.526	-0,1%
Friuli	711.122	12,1%	751.178	5,6%	735.645	-2,1%	864.241	17,5%
Liguria	1.056.010	20,5%	1.097.527	3,9%	1.087.627	-0,9%	1.073.769	-1,3%
E. Romagna	2.424.629	7,2%	2.510.644	3,5%	2.662.766	6,1%	2.683.334	0,8%
Toscana	2.150.269	7,1%	2.220.721	3,3%	2.341.522	5,4%	2.337.992	-0,2%
Umbria	506.945	3,7%	519.175	2,4%	554.489	6,8%	556.462	0,4%
Marche	860.024	10,6%	895.377	4,1%	935.729	4,5%	948.423	1,4%
Lazio	2.384.544	5,1%	2.816.123	18,1%	2.940.451	4,4%	2.928.971	-0,4%
Abruzzo	677.337	0,7%	702.085	3,7%	741.226	5,6%	732.925	-1,1%
Molise	188.637	7,6%	196.521	4,2%	209.524	6,6%	206.830	-1,3%
Campania	2.778.187	9,3%	3.075.817	10,7%	3.127.425	1,7%	3.157.541	1,0%
Puglia	1.737.776	5,1%	1.827.275	5,2%	1.950.022	6,7%	2.001.533	2,6%
Basilicata	300.307	8,7%	318.940	6,2%	345.129	8,2%	352.409	2,1%
Calabria	1.067.653	1,8%	1.117.419	4,7%	1.172.690	4,9%	1.189.142	1,4%
Sicilia	2.346.020	4,0%	2.598.541	10,8%	2.862.300	10,2%	2.873.831	0,4%
Sardegna	940.940	4,0%	970.584	3,2%	1.015.182	4,6%	1.017.193	0,2%
ITALIA	29.505.370	5,6%	31.758.597	7,6%	33.402.342	5,2%	33.745.966	1,0%

Fonte:Ministero della Salute SIS, dati di consuntivo. Per l'ultimo anno, dati CE 4°trimestre

Nella successiva tabella [TAB 24/SA] sono poi ricostruiti gli effetti di cassa dei rinnovi contrattuali del personale non dirigenziale e della dirigenza area 3 e 4, relativi ai due bienni economici 2002-2003 e 2004-2005, nonché alla medicina convenzionata 2001-2006.

Va chiarito a riguardo che mentre la tabella 23/SA è riferita ai dati di competenza economica, la TAB 22/SA riporta stime di cassa riferite ai medesimi anni. Il che spiega perché i costi dei rinnovi impattano specialmente per competenza economica sull'anno 2005 con una

crescita del 7,6%, mentre è l'anno successivo a registrare gli effetti di cassa, mentre quanto al 2007 la flessione va attribuita ai mancati rinnovi contrattuali del biennio 2006-2007. La seguente tabella serve anche a chiarire il ruolo che lo slittamento dei rinnovi contrattuali è destinato ad esercitare in termini di impatto finanziario sugli anni successivi a quelli di competenza.

Nella lettura dei sussintesi dati va ricordato che, relativamente alla tornata contrattuale 2002-2005, nell'anno 2004 è stato stipulato solo il CCNL relativo al primo biennio economico del personale dei livelli, che ha comportato in tale anno effetti di cassa [per competenza e arretrati] riferibili sia ai benefici contrattuali 2002 e 2003 sia alla quota a regime per il 2004. Quanto all'impatto di cassa sul 2006, va osservato che in tale anno si sono concentrati non solo gli effetti dei rinnovi intervenuti in tale anno ma anche quelli dei contratti stipulati il 3 novembre 2005 e slittati per i tempi di esecuzione sull'anno successivo. Perciò, la cassa 2006 registra gli importi dei benefici di competenza dei quattro anni 2002-2005 e della quota a regime del 2006.

TAB 24/SA

**Oneri derivanti dai contratti collettivi nazionali di lavoro
del personale del Servizio sanitario nazionale**

(milioni di euro al lordo di o.r.)

Comparto	Destinatari	Riferimento	Unità	Data stipula	Impatto sul fabbisogno 2004-2007													
					2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2004	2005	2006	2007	2008	2009
SSN	Pers. non dirigenziale	2002-2003	571.702	apr '04	455,54	1.108,21	1.108,21	1.108,21	1.108,21	1.108,21	1.108,21	1.108,21	2.671,96	1.108,21	1.108,21	1.108,21	1.108,21	1.108,21
Area 3	dirigenza ruoli s.p.t.a.	2002-2003	20.090	nov '05	38,69	91,96	94,94	94,94	94,94	94,94	94,94	94,94	-	-	415,48	94,94	94,94	94,94
Area 4	dirigenza medico-veterinaria	2002-2003	105.315	nov '05	555,04	558,94	558,94	558,94	558,94	558,94	558,94	558,94	-	-	2.790,82	558,94	558,94	558,94
Medicina convenz.	medici di medicina generale	2001-2005	47.148	mar '05		273,03	314,04	399,83	477,37	477,37	477,37	477,37	-	986,90	477,37	477,37	477,37	477,37
Medicina convenz.	Medici specialisti amb.	2001-2005	30.513	mar '05									-					
Medicina convenz.	Pediatri	2001-2006	7.155	ott '05	-	36,00	24,00	30,00	67,00	67,00	67,00	67,00	-	90,00	67,00	67,00	67,00	67,00
Area 3	dirigenza ruoli sanitario, profess., tecnico ed ammin.	2004-2005	20.090	lug '06	-	-	33,12	72,62	88,34	88,34	88,34	88,34	-	-	194,07	88,34	88,34	88,34
Area 4	dirigenza medico-veterinaria	2004-2005	105.315	lug '06	-	-	199,78	438,23	533,14	533,14	533,14	533,14	-	-	1.171,16	533,14	533,14	533,14
SSN	personale non dirigenziale	2004-2005	542.311	giu '06	-	-	413,31	906,50	1.096,71	1.096,71	1.096,71	1.096,71	-	-	2.416,53	1.096,71	1.096,71	1.096,71
SSN	personale non dirigenziale	2006-2007	574.782	apr '08	-	-			85,04	972,58	1.057,64	1.057,64	-	-	-	2.115,26	1.057,64	
TOTALE					1.049,27	2.068,14	2.746,34	3.609,27	4.109,69	4.997,23	5.082,29	5.082,29	2.671,96	2.185,11	8.640,64	4.024,65	6.139,91	5.082,29

Fonte: Elaborazione Corte dei conti - Nucleo tecnico certificazione CCNL

I dati riportati nelle colonne relative al 2007 - 2008 - 2009, evidenziano poi la cassa a regime dell'intera tornata contrattuale 2002-2005 e del biennio 2006-2007 per il personale non dirigenziale, del biennio 2002-2005 per la dirigenza (area 3 e 4) nonché per la medicina convenzionata (2001-2006) e registrano il costo a regime per tutto il personale del SSN.

Per quanto riguarda il diverso peso economico, i dati esposti registrano gli importi contrattuali secondo l'anno di competenza e il relativo impatto di cassa che, per gli anni 2006, 2007, 2008 e 2009 segnano gli importi complessivi di 8.641 milioni, 4.025 milioni, 6.140 milioni 5.082 milioni ove il dato 2008 aggiunge a quello a regime l'incremento contrattuale del personale non dirigenziale stipulato nel aprile 2008 poi a regime per l'anno successivo.

Da una analisi più dettagliata risulta chiaro come notevole impatto in termini finanziari nel 2006 sia da attribuire al contratto relativo al personale della dirigenza medico-veterinaria, per 2.790,8 milioni, come pure, sempre sul 2006, il contratto del personale non dirigenziale biennio 2004-2005 del giugno 2006 ha pesato per 2.416,5 milioni e continua ad esercitare un notevole impatto a regime anche sugli anni successivi (1.096,7 milioni). Sul 2008 notevole crescita di costo è attribuibile al contratto del personale non dirigenziale dello scorso aprile 2008 (2.115,3 mln).

8 La spesa sanitaria per investimenti

Nelle Relazioni degli anni passati la Corte ha illustrato l'evoluzione del programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, intrapreso in attuazione dell'art. 20 della l. n. 67/88 ed articolato in due fasi. È stato altresì esaminato lo sviluppo dei programmi integrativi di seguito avviati.

Rinviano alle considerazioni di carattere generale svolte nelle precedenti Relazioni, si richiamano qui di seguito alcuni elementi d'insieme, prima di passare all'esposizione delle vicende più recenti (anni 2006 e 2007) sulla base dei dati disponibili, tratti sia dal programma generale che da quelli integrativi.

8.1 Le due fasi del programma generale

Il programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie –come segnalato nelle precedenti relazioni di questa Corte– è stato avviato sulla base di quanto disposto dall'art. 20 della legge finanziaria per il 1988, con una previsione di spesa pari a 15.493 milioni di euro destinata ai seguenti obiettivi (comma 2):

- a) riequilibrio territoriale delle strutture;
- b) sostituzione dei posti letto più degradati (20%), ristrutturazione di quelli recuperabili (30%), e conservazione di quelli efficienti (50%);
- c) completamento della rete dei presidi poliambulatoriali extraospedalieri ed ospedalieri diurni, con realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali per anziani e potenziamento delle strutture per la prevenzione;
- d) adeguamento delle misure di sicurezza degli impianti e conservazione all'uso pubblico dei beni dismessi.

Il programma riguarda sia le regioni e le province autonome sia gli Enti di cui all'art. 4, comma 15, della legge n. 412 del 1991, e successive modificazioni (IRCCS, IZS, Policlinici universitari a gestione diretta, Ospedali Classificati e ISS). I piani finanziari in origine erano articolati in trienni, successivamente trasformati in due fasi a causa dei lunghi tempi impiegati nel periodo di avvio.

La prima fase di realizzazione del Programma generale si è conclusa nel 1996 con un impegno pari a 4.854 milioni di euro, finanziato da mutui con onere di ammortamento a carico del bilancio dello Stato, ai sensi del comma 6 del citato art. 20 della legge 67/88.

La seconda fase si è aperta con una disponibilità finanziaria di complessivi 10.639 milioni di euro, ripartiti con delibera CIPE n. 52/98, di cui una prima tranche di finanziamenti (delibera

CIPE n. 53/98) per il completamento di strutture iniziate e per interventi volti alla sicurezza nella misura di 1.291 milioni di euro.

Il Programma generale è stato successivamente integrato da programmi specifici, prima con l'art. 28 della legge n. 488/99 per interventi volti al potenziamento della radioterapia (15,49 milioni di euro), e poi con l'art. 83 della l. n. 388/2000 (2.065,8 milioni di euro), questi ultimi ripartiti con la delibera CIPE n. 65/02 sia per la realizzazione di strutture per la libera professione intramoenia (826 milioni di euro) sia per altri programmi (1.240 milioni di euro), portando ad una disponibilità finanziaria della seconda fase pari a 12.720 milioni di euro, e complessiva delle due fasi del programma di 17.575 milioni di euro.

Elemento caratterizzante della seconda fase è costituito dal cambiamento delle modalità di finanziamento non più con mutui, ma con rifinanziamenti annuali nella tab. D delle leggi finanziarie e con importi da iscrivere in bilancio nella tab. F, in relazione alle autorizzazioni previste da leggi di spesa, in base agli sviluppi della programmazione negoziata tra Ministero della Salute e le Regioni (con il concerto del MEF e d'intesa con la Conferenza Stato Regioni). La programmazione negoziata si è concretizzata con gli Accordi di programma di cui all'art. 5 bis del d.lgs. n. 502/92 e con gli Accordi di programma quadro di cui all'art. 2 della legge. n. 662/1996, attivati nelle Regioni Lombardia, Toscana e Basilicata, che hanno incluso la salute nell'ambito delle Intese istituzionali di programma.

Gli Accordi di programma sono strutturati in un Protocollo d'intesa; un documento programmatico; un articolato contrattuale e sono corredati da schede tecniche.¹⁷⁹

Il valore degli Accordi di programma sottoscritti dalle regioni al 31.12.2005 ammontava –come si evince dalla Tabella 1– a 7.657 milioni di euro, ai quali vanno aggiunti 761 milioni di euro per i programmi degli enti (IRCCS, Polyclinici universitari a gestione diretta, Ospedali “classificati”, IZS e ISS), per un totale di 8.419 milioni di euro, a fronte di una disponibilità

¹⁷⁹ Il Protocollo d'Intesa definisce la convergenza sugli obiettivi politici contenuti nell'Accordo di programma e viene sottoscritto dal Ministro della salute, dal Presidente della Regione e/o suo delegato, o dal legale rappresentante dell'Ente interessato. Il documento programmatico illustra la programmazione dei soggetti interessati e definisce le strategie e gli obiettivi generali e specifici degli investimenti in cui si colloca l'Accordo di programma, nonché gli interventi previsti nel limite dell'impegno finanziario stabilito; per la formulazione del documento programmatico il Nucleo di valutazione degli investimenti pubblici del Ministero della salute ha definito, d'intesa con le Regioni e Province Autonome, una guida metodologica, allegata allo “Schema di Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità”, approvato dalla Conferenza Stato – Regioni in data 28 febbraio 2008. L'“articolato contrattuale” contiene gli impegni assunti dalle parti che hanno sottoscritto l'Accordo e l'impegno finanziario nell'ambito delle risorse disponibili nel Bilancio dello Stato. La scheda tecnica comprende le informazioni principali di ciascun intervento (che costituisce l'azione unitaria, caratterizzata da una specifica finalizzazione e orientata allo stesso presidio) contenuto nell'Accordo. Per la stipula il soggetto interessato trasmette al Ministero della Salute la documentazione, che è sottoposta al Nucleo di valutazione. Acquisito il parere di questo vi è il concerto con il MEF e successivamente l'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni. Una volta completato l'iter procedurale e sottoscritto l'Accordo, la regione, verificata l'appaltabilità degli interventi, chiede l'ammissione al finanziamento al Mds, che emana un decreto dirigenziale; successivamente il MEF provvede alle erogazioni in funzione dell'avanzamento dei lavori.

complessiva di 10.713 milioni di euro. Dalla stessa tabella si rileva che le regioni potevano ancora disporre, alla data indicata, per la sottoscrizione di nuovi Accordi di programmi, di 2.298 milioni di euro, a fronte di una disponibilità loro riservata di 9.955 milioni di euro.

8.2 L'istituzione dei processi di revoca e la situazione conseguente

Nell'ottica della razionalizzazione delle risorse disponibili per la prosecuzione del programma, la legge finanziaria 2006 (Legge 266/2005) ha introdotto nei confronti delle Regioni in ritardo nell'attuazione degli interventi una disciplina procedimentale per la risoluzione degli accordi di programma (articolo 1, commi 310-312).

In particolare si prevede (comma 310) la revoca degli impegni di spesa per quegli interventi la cui richiesta di ammissione al finanziamento non risulti presentata al Ministero della Salute entro 18 mesi dalla sottoscrizione degli Accordi, o sia stata presentata e non ritenuta ammissibile, o infine nel caso in cui pur essendo stata ammessa la domanda, non siano stati aggiudicati i lavori entro nove mesi, salvo proroghe autorizzate dal Ministero¹⁸⁰.

In fase di prima attuazione le revoche sono state percentualmente limitate al 65% delle risorse, per la riassegnazione alle Regioni o Province autonome che avessero presentato, entro il termine del 30 giugno 2006, apposita richiesta corredata da specifico elenco degli interventi da realizzare tra quelli previsti nell'Accordo, ovvero previsti in provvedimenti regionali di rimodulazione.

Con Decreto 12 maggio 2006 (I revoca) il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze ha dato esecuzione alla normativa richiamata, e in base alla ricognizione effettuata sono state individuate le risorse complessivamente disponibili, pari a circa 1.320 milioni di euro¹⁸¹.

Nel 2006 è stata quindi intrapresa l'emanaione dei relativi decreti di riassegnazione per il 35% delle risorse recuperate a seguito delle revoche¹⁸². Tali somme sono state assegnate alle

¹⁸⁰ Il comma 311 prevedeva l'utilizzazione delle risorse resesi disponibili oltre che per la sottoscrizione di nuovi accordi di programma anche per la copertura delle altre linee di finanziamento riferibili all'art. 20. Tale comma è stato oggetto della dichiarazione di illegittimità costituzionale (sentenza della Corte costituzionale n. 105 del 2007) nella parte in cui “vincola, unilateralmente e per finalità specifiche e dettagliate, la destinazione di fondi in una materia di competenza concorrente”.

¹⁸¹ Conseguentemente, in fase di prima attuazione, è stata determinata una quota dei finanziamenti, pari al 65% delle risorse disponibili, di 858 milioni di euro, sulla quale non è stato applicato il comma 312; nonché una quota, pari al 35%, di 462 milioni di euro.

¹⁸² Lazio: Decreto interministeriale 4 ottobre 2006, Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 2007

Liguria: Decreto interministeriale 12 ottobre 2006, Gazzetta Ufficiale n. 37 del 14 febbraio 2007

Marche: Decreto interministeriale 12 ottobre 2006, Gazzetta Ufficiale n. 41 del 19 febbraio 2007

Piemonte: Decreto interministeriale 12 ottobre 2006, Gazzetta Ufficiale n. 40 del 17 febbraio 2007

Veneto: Decreto interministeriale 17 ottobre 2006, Gazzetta Ufficiale n. 38 del 15 febbraio 2007

Basilicata: Decreto interministeriale 17 ottobre 2006, Gazzetta Ufficiale n. 39 del 16 febbraio 2007

dieci Regioni che hanno presentato richiesta entro il termine previsto (Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia).

Nel corso del 2007 i decreti di riassegnazione emanati hanno interessato le sole regioni Campania e Sicilia, ed hanno comportato l'attribuzione rispettivamente di 247 milioni di euro e 14,6 milioni di euro.

Successivamente è stato emanato il D.I. 12 aprile 2007 (II revoca) che ha riguardato il 100% delle risorse relative agli interventi previsti negli Accordi i cui termini di richiesta risultavano scaduti ai sensi dell'art. 1 comma 310 della legge 266/05, e che ha comportato la revoca di circa 68 milioni di euro per le regioni Valle d'Aosta, Veneto, Abruzzo, Lazio e Sicilia.¹⁸³

Un ulteriore processo di revoca ha avuto attuazione infine con il D.I. 2 agosto 2007, ed ha interessato gli interventi ammessi a finanziamento per i quali gli enti attuatori non avevano proceduto all'aggiudicazione dei lavori entro nove mesi dalla relativa comunicazione alla regione o provincia autonoma, salvo proroga autorizzata dal Ministero della salute. Le revoche in questione hanno riguardato complessivi 55 milioni di euro circa, a valere sugli Accordi di programma delle regioni Veneto, Liguria, Marche, Lazio, Campania, Sicilia e Sardegna¹⁸⁴.

La **Tabella 2** espone il quadro complessivo delle risorse interessate ai processi di revoca intervenuti, e mostra come a seguito dei due decreti emanati nel corso del 2007 l'importo complessivo di circa 123 milioni di euro è tornato a disposizione delle regioni per la sottoscrizione di nuovi accordi.

Il valore complessivo degli Accordi di programma sottoscritti dalle Regioni, aggiornato a seguito dei processi di revoca, e comprensivo anche del valore degli Accordi sottoscritti nel 2007 (a seguito delle riassegnazioni), risulta incrementato a circa 7.756 milioni di euro, a fronte di un dato 2006 di 6.674 milioni di euro, risalendo in assoluto ad una quota superiore a quella risultante nel 2005, precedentemente all'avvio dei processi di revoca.

Puglia: Decreto interministeriale 15 dicembre 2006, Gazzetta Ufficiale n. 62 del 15 marzo 2007

Friuli Venezia Giulia: Decreto interministeriale 15 dicembre 2006, Gazzetta Ufficiale n. 62 del 15 marzo 2007

Campania: Decreto interministeriale 10 aprile 2007, Gazzetta Ufficiale n. 164 del 17 luglio 2007

Sicilia: Decreto interministeriale 10 aprile 2007, Gazzetta Ufficiale n. 164 del 17 luglio 2007

¹⁸³ "Programma investimenti ai sensi dell'art. 20 della legge 67/88- ricognizione delle risorse resesi disponibili in applicazione all'art. 1 comma 310, 311, 312, della L. 266/05" pubblicato in G.U. 24.07.2007. Il dettaglio dei singoli importi revocati è il seguente: Valle d'Aosta: € 2.019.320,00; Veneto: € 18.997.004,52; Abruzzo: € 1.545.498,00; Lazio: € 805.130,48; Sicilia: € 44.451.445,30.

¹⁸⁴ "Programma investimenti ai sensi dell'art. 20 della legge 67/88- ricognizione delle risorse resesi disponibili a seguito della revoca di interventi non aggiudicati entro i termini previsti, in applicazione dell'art. 1, commi 310 e 311 della L. 266/05 pubblicato in G.U. 7.11.2007. Il dettaglio dei singoli importi revocati è il seguente: Veneto: € 10.606.143,91; Liguria: € 732.824,27; Marche: € 1.283.188,81; Lazio: € 1.958.031,63; Campania: € 2.261.216,44; Sicilia: € 6.323.291,69; Sardegna: € 32.686.040,69.

Il dettaglio regionale mostra un incremento del valore delle sottoscrizioni, rispetto al dato dell'anno precedente, per le Regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Abruzzo, Puglia e Calabria.

Nel corso del 2007 sono stati sottoscritti accordi dalle seguenti Regioni: a) Puglia (in data 26 luglio) per un importo a carico dello Stato di 432,7 milioni di euro (di cui 16,4 milioni di euro per la libera professione intramuraria) per n. 41 interventi; b) Abruzzo (31 luglio) per 23,4 milioni di euro con 13 interventi; c) Lombardia (3 agosto) per 220 milioni di euro (di cui 46 milioni di euro per libera professione) con la previsione di n. 32 interventi. Nell'ultimo trimestre risultano sottoscritti gli Accordi integrativi del Veneto (2 ottobre) per un importo di 245 milioni di euro e n. 82 interventi, quello dell'Emilia Romagna (20 novembre) per un importo di 45,4 milioni di euro e n. 8 interventi, ed infine quello della Calabria (13 dicembre) per l'importo di 178,6 milioni di euro e n. 4 interventi.

In data 23 gennaio 2008 la Regione Lombardia ha sottoscritto il quarto accordo di programma integrativo per la realizzazione di 48 interventi, per complessivi 303 milioni di euro, in tal modo esaurendo tutte le risorse ad essa assegnate dal programma straordinario di investimenti in sanità.

Perdura la situazione negativa della Campania, che mantiene al dicembre 2007 il più alto valore, in assoluto (-460 milioni di euro) e percentuale (-58%), di accordi revocati rispetto al dato 2005.

Le risorse disponibili per ulteriori sottoscrizioni da parte di tutte le regioni ammontano a 2.199 milioni di euro, a fronte di un dato 2006 di 3.281, e corrispondono a circa il 22% del totale delle risorse destinate agli Accordi di programma. La provincia autonoma di Bolzano e quella di Trento, il Veneto, la Toscana e l'Umbria hanno sottoscritto Accordi che impiegano il totale delle risorse assegnate, mentre all'opposto l'Abruzzo ed il Molise hanno il valore percentuale più alto (rispettivamente il 77% e 87%) di risorse sottoscrivibili. Il dato assoluto più critico è quello della Campania, con 505 milioni di euro disponibili per nuovi Accordi (44% del destinato), e a seguire quello della Lombardia (303 milioni di euro; 23% circa delle risorse destinate). Da segnalare anche la situazione del Lazio con 204 milioni di euro di accordi ancora da sottoscrivere, pari al 24% circa delle risorse destinate.

8.3 Le risorse integrative delle leggi finanziarie 2007 e 2008

La legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria 2007), ha previsto che il finanziamento del programma pluriennale di investimenti per l'edilizia e l'ammodernamento tecnologico in sanità sia aumentato a 20 miliardi di euro, fermo restando il limite annuale di disponibilità di bilancio (art. 1, comma 796, lett. n). Tale incremento ha reso disponibili nel prossimo triennio risorse aggiuntive per 2.425 milioni di euro circa.

Questo maggior importo risulta così vincolato: a) 500 milioni di euro per la riqualificazione strutturale e tecnologica dei servizi di radiodiagnostica e radioterapia di interesse oncologico, con prioritario riferimento alle Regioni meridionali e insulari; b) 100 milioni di euro per interventi per la realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative; c) 100 milioni di euro per l'ampliamento, l'ammodernamento e l'integrazione dei sistemi informatici delle aziende sanitarie ed ospedaliere con i sistemi sanitari delle regioni; d) 100 milioni di euro per strutture di assistenza odontoiatrica.

Nella sottoscrizione di accordi di programma con le regioni, è data, inoltre, priorità agli interventi relativi alla realizzazione di strutture sanitarie territoriali, residenziali e semiresidenziali. Il medesimo comma individua, inoltre, i criteri e le linee prioritarie di riparto di detto importo.

Il procedimento necessario per l'effettivo utilizzo delle risorse ha comportato la predisposizione da parte del Ministero di una proposta con specifici criteri di riparto per l'acquisizione dell'intesa, che è stata sottoposta alla Conferenza Stato-Regioni.

L'intesa è stata raggiunta nella seduta della Conferenza del 15 novembre 2007 sulla base di una richiesta emendativa avanzata in sede tecnica. Il CIPE ha, conseguentemente, adottato in data 25 gennaio 2008 la delibera di riparto delle disponibilità finanziarie, attribuendo le risorse così come indicato nella **Tabella 3**.

Va da ultimo evidenziato che nella seduta del 26 marzo 2008 la Conferenza ha infine perfezionato l'intesa anche sulla proposta di riparto della somma di 45 milioni di euro accantonata quale “riserva per interventi urgenti individuati dal Ministero della salute”.

L'articolo 2, comma 279, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008) ha infine elevato a complessivi 23 miliardi di euro la dotazione di risorse per il programma pluriennale di interventi nel settore degli investimenti in sanità.

Anche in questo caso il Ministero, nei primi mesi del 2008, ha avviato le procedure per la predisposizione della proposta di riparto delle ulteriori risorse, sulla quale è stata acquisita

l'intesa della Conferenza Stato – Regioni in data 28 febbraio 2008, unitamente alla definizione di nuove modalità e procedure per l'avvio dei programmi.

Le modalità di riparto concordate sono esposte nella **Tabella 4**.

Risultano considerate risorse per 2950 milioni di euro, ed è stato effettuato un riequilibrio, tra le regioni beneficiarie della programmazione aggiuntiva, a favore della Regione Umbria (+ 6 milioni di euro), ed è stata riservata poi una quota complessiva di 50 milioni di euro, da suddividere per il potenziamento e la creazione di unità di terapia intensiva neonatale (TIN) (7 milioni di euro), per l'acquisto di nuove metodiche analitiche per effettuare screening neonatali allargati per patologie metaboliche ereditarie (3 milioni di euro), per gli Istituti zooprofilattici sperimentali (20 milioni di euro), per le attrezzature e le tecnologie per la medicina penitenziaria (10 milioni di euro), e per gli interventi urgenti individuati dal Ministro della salute (10 milioni di euro).

8.4 Lo Stato di attuazione degli Accordi al 31 dicembre 2007

L'effettivo utilizzo dei finanziamenti messi a disposizione attraverso la sottoscrizione degli Accordi di programma è rappresentato nella **Tabella 5**, che riporta per ciascun anno a partire dal 2000 gli importi finanziari autorizzati sia a livello regionale, sia per gli Enti sanitari, e che rappresenta il quadro parziale e generale dello stato di attuazione.

Relativamente alla situazione determinatasi al 31 dicembre 2007 la tabella riporta alla colonna i) il valore degli Accordi di programma sottoscritti, aggiornati con le revoche successivamente intervenute e le nuove sottoscrizioni.

Anche gli importi autorizzati e ammessi al finanziamento sono riportati al netto delle risorse revocate per interventi non aggiudicati nei termini. La percentuale riportata alla colonna successiva è quindi calcolata sui valori di sottoscrizione e di autorizzazione aggiornati con il processo di revoca.

Il **grafico 1** evidenza l'andamento, a partire dal 1999 degli importi messi a disposizione delle regioni con la sottoscrizione degli Accordi di programma (istogramma scuro), e degli importi effettivamente utilizzati dalle Regioni a valere su detti Accordi (istogramma chiaro).

A fronte del decremento registrato nel 2006 degli importi relativi agli Accordi sottoscritti a seguito dell'applicazione dei processi di revoca, che sono tornati in quell'anno ad un valore assoluto di poco superiore a quello degli anni 2002 e 2003, si nota nel 2007 un significativo incremento sia in valore assoluto (7756 milioni di euro), superiore al dato 2005 precedente all'avvio degli andamenti di revoca, sia in percentuale (+ 16% circa) rispetto al dato 2006.

L'utilizzazione dei finanziamenti si mantiene in valori assoluti costante anche nel 2007 (6220 milioni di euro), ma risente in percentuale del considerevole aumento di valore degli Accordi sottoscritti, così da scendere ad una percentuale dell'80% circa di finanziamento autorizzato, in relazione ad un dato 2006 di quasi il 90%.

Se si includono i dati riguardanti gli Enti (IRCCS etc.,), nonostante un lieve aumento (dal 68% al 71%) di finanziamenti autorizzati, la percentuale scende ancora di un punto.

Il dettaglio regionale consente di rilevare un intervenuto mutamento nella progressione delle ammissioni a finanziamento: se Valle d'Aosta, le Province autonome di Trento e di Bolzano, la Toscana, l'Umbria ed il Molise confermano l'obiettivo raggiunto del 100% di risorse autorizzate, un andamento positivo si può riscontrare anche nelle Regioni Marche, (che dal 76,3% del 2006 raggiunge anch'essa il 100%) Piemonte (+9%), Lazio (+6%) e Basilicata (+2,5%), già attestate su elevati livelli percentuali.

Sostanzialmente invariate le percentuali delle Regioni Liguria, Sardegna, Friuli-VG, Sicilia e Campania, indicate in ordine decrescente, con le prime due che si attestano su percentuali prossime al 100%.

Percentuali decrescenti si registrano per la Lombardia (88,8%, ma ad inizio 2008, come accennato, il valore è tornato al 100%) e l'Emilia Romagna (92%, ma con un calo dell'8%) ma soprattutto per la Calabria (dal 100% al 25%), la Puglia (dal 96,4% al 34,6) e l'Abruzzo (dal 93,1% al 55,05%).

Va però rilevato che una corretta valutazione comparativa deve comunque tenere conto sia della data di sottoscrizione degli accordi, che nel corso del 2007 hanno interessato le Regioni Puglia, Abruzzo, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, e Calabria, sia del numero degli interventi realizzati.

Relativamente a quest'ultimo fattore, sulla base dei dati riferiti nella relazione dello scorso anno, il numero degli interventi sottoscritti nel 2006 era pari a 1564. L'analogo dato stimato da questa Corte, sulla base di dati parziali forniti dal Ministero della Salute, ascende ad oltre 1700 interventi sottoscritti tramite accordo di programma. Il che dà la misura della crescita, verificatasi nell'anno 2007, nella programmazione degli interventi anche in virtù della redistribuzione di risorse rivenienti dai procedimenti di revoca.

Ardua è allo stato l'elaborazione di un'analisi aggiornata per quanto attiene l'avanzamento dei lavori degli interventi previsti negli Accordi di programma, in conseguenza dell'incompletezza dei dati a disposizione del Ministero, dovuta alla lentezza dell'aggiornamento del monitoraggio compiuto dalle Regioni e dagli Enti interessati.

Una stima elaborata sui dati parziali a disposizione mostra che l'aumentato numero di sottoscrizioni, rispetto al precedente periodo di osservazione, ha fatto lievitare – in alcuni casi – anche il numero delle procedure propedeutiche all'appalto.. La differenza per aree geografiche già riscontrata per l'anno 2006 per quanto attiene alla conclusione degli interventi, mostra, poi, una percentuale maggiore al Nord rispetto al Centro-Sud.

Anche la stima sulla tipologia degli interventi attesta, come nel periodo precedente, un elevato numero di interventi sul territorio, in particolare per residenze sanitarie assistite in Lombardia e Toscana, e sugli ospedali e i Presidi ospedalieri in Liguria.

8.5 Altre linee di finanziamento del programma di investimenti nella sanità

Come accennato in apertura, il Programma generale di investimenti nella sanità è stato negli anni integrato con altri programmi specifici su aspetti ritenuti particolarmente importanti per il raggiungimento degli stessi obiettivi posti dall'art. 20 della legge n. 67/88, che costituisce la norma fondamentale in materia. Di questi specifici interventi si tratterà brevemente qui di seguito.

8.5.1 La libera professione intramuraria

Come è noto, la legge 23 dicembre 2000, n. 388, all'art. 83, comma 3, ha incrementato il programma di investimenti ex art. 20 di 4.000 miliardi di vecchie lire, riservandone specificamente circa 1.600 per la copertura finanziaria del programma finalizzato a consentire la libera professione intramuraria.

La normativa ha previsto la realizzazione entro il 31 dicembre 2000 di spazi per questa attività, con l'attribuzione di un potere sostitutivo alle Regioni nel caso di ritardo ingiustificato nella realizzazione delle strutture e delle tecnologie da parte dei soggetti interessati.

Con D.M. in data 8 giugno 2001 le Regioni sono risultate destinatarie di risorse per complessivi 826 milioni di euro.

Nelle precedenti relazioni la Corte ha già evidenziato come questo Programma può fornire un importante contributo alla migliore erogazione delle prestazioni con la riduzione dei tempi di attesa e contribuendo all'incremento del processo di deospedalizzazione.

La copertura del programma per la libera professione viene annualmente definita dal Ministero dell'economia e delle finanze sulla base delle disponibilità finanziarie, e tenuto conto delle esigenze rappresentate dal Ministero della Salute.

Alla data del 31 dicembre 2007, come indicato in **Tabella 6**, risultano ammesse al finanziamento il 69% delle risorse ripartite, per più di 570 milioni di euro, con un incremento di 68 milioni di euro rispetto all'anno precedente.

Quanto al numero degli interventi e alla loro localizzazione, perdura in questo settore uno squilibrio fra le Regioni, già evidenziato nelle precedenti relazioni.

In Lombardia permane un rapporto inverso tra ammontare del finanziamento disponibile e numero degli interventi autorizzati: ad un importo di 132 milioni di euro corrisponde il limitato numero di 15 interventi, mentre l'Emilia Romagna, il Lazio ed il Veneto risultano le Regioni più attive con rispettivamente 66 (stesso numero del 2006), 42 (+6 rispetto al 2006) e 40 (+11) ammissioni a finanziamento. La P.A. di Bolzano, il Friuli V.G., il Molise, la Calabria e la Sicilia non