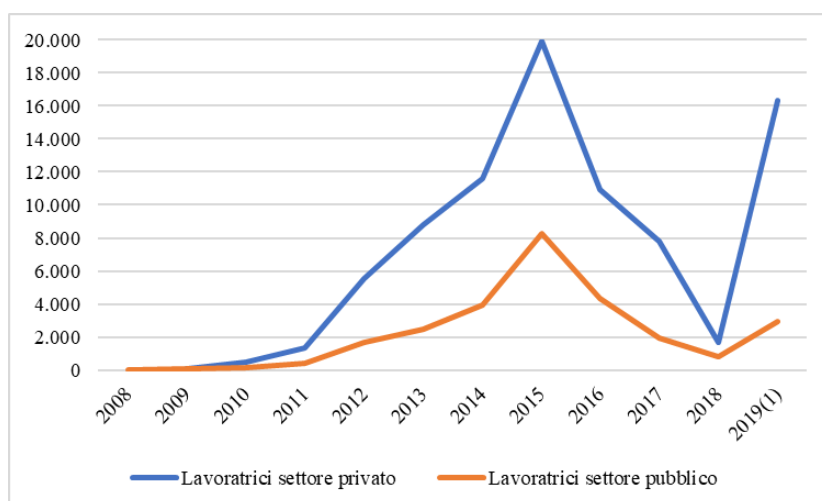


OPZIONE DONNA – PENSIONI LIQUIDATE FRA IL 2008 E IL 2019



(1) Il dato è riferito alle domande accolte al 22.1.2020 e non alle pensioni effettivamente liquidate, e potrebbe pertanto presentare un sovradimensionamento. Inoltre, il dato include un esiguo numero di domande accolte dall'1.1.2020 fino al 22.1.2020) e quindi non è riferito al solo anno 2019. Le domande ancora da esaminare, alla data del 22.1.2020, sono 2.498.

Fonte: INPS.

TAVOLA 4

APE SOCIALE  
DOMANDE ACCOLTE\* PER TIPOLOGIA DEI RICHIEDENTI - ANNI 2017-2019

Tipologia	Numero			Composizione percentuale		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Lavoratori che assistono persone con handicap in situazione di gravità	3.337	4.192	1.946	17,1	17,4	16,2
Lavoratori con riconoscimento invalidità civile di grado almeno pari al 74%	2.754	2.363	1.249	14,1	9,8	10,4
Lavoratori dipendenti addetti ad una o più delle mansioni difficoltose	1.677	2.384	583	8,6	9,9	4,9
Lavoratori disoccupati	11.788	15.098	8.213	60,3	62,8	68,5
<b>TOTALE</b>	<b>19.556</b>	<b>24.037</b>	<b>11.991</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\* Dati al 22.1.2020. A tale data risultavano giacenti 1.240 domande presentate nel 2019. Per gli anni 2017 e 2018, risultavano giacenti rispettivamente 114 e 356 domande presentate.

Fonte: INPS, dati trasmessi alla Corte dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

### Le misure per la sanità

#### 24.

Le disposizioni previste in materia sanitaria toccano diversi aspetti.

Viene stabilito, innanzitutto, il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato portandolo a 121,4 miliardi nel 2021. Tale

importo è poi previsto crescere di ulteriori 822,9 milioni nel 2022, di 527,1 milioni nel triennio successivo e di 417,9 milioni a decorrere dal 2026. (tavola 5)

TAVOLA 5

IL FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

	in milioni	
	2020	2021
<b>Il livello del finanziamento prima dei provvedimenti Covid</b>	<b>116.661</b>	<b>118.532</b>
<i>di cui</i>		
<i>Il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato per il 2020 (art. 1 comma 514 della legge 30 dicembre 2018 n. 145)</i>	<i>116.439</i>	<i>117.939</i>
<i>Incremento per ulteriori borse di studio per medici di medicina generale (comma 518 legge 30 dicembre 2018 n. 145)</i>	<i>10</i>	<i>10</i>
<i>Incremento per compilazione e trasmissione per via telematica da parte dei medici e delle strutture sanitarie dei certificati medici di infortunio e malattia professionale (comma 527e 528 legge 30 dicembre 2018 n. 145)</i>	<i>27</i>	<i>29</i>
<i>Incrementato per abolizione ticket (art. 1 comma 447 della legge 27 dicembre 2019 n. 160)</i>	<i>185</i>	<i>554</i>
<b>Incrementi disposti con il d.l. 18/2020</b>	<b>1.410</b>	
<b>Incrementi disposti con il d.l. 34/2020</b>	<b>1.968</b>	<b>945</b>
<b>Incremento disposto con il d.l.104/2020</b>	<b>478</b>	
<b>Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre lo Stato rideterminato il base ai d.l. 18 - 34 e 104 del 2020</b>	<b>120.517</b>	<b>119.477</b>
<b>Incrementi disposti con il d.d.l. di bilancio per il 2021</b>		
vi sono ricompresi		
incremento finanziamento		1.000,0
incremento dell'indennità di esclusiva		500,0
retribuzione infermieri		335,0
esecuzione dei tamponi da parte MMG e PLS		70,0
incremento dei contratti di formazione specialistica		105,0
trasferimento dei fondi della CRI dal FSN ad un capitolo del ministero della Salute		-117,1
<b>Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre lo Stato (legge di bilancio 2021)</b>	<b>120.517</b>	<b>121.370</b>
<b>PM La spesa sanitaria nei conti di finanza pubblica (NaDEF)</b>	<b>120.864</b>	<b>121.952</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati MEF

Il livello di finanziamento per il 2021, prima delle misure introdotte per affrontare l'emergenza sanitaria, era pari a 118,5 miliardi, comprensivi dei 554 milioni dovuti all'abolizione dei ticket sulle prestazioni specialistiche.

Tale importo era poi stato aumentato dal d.l. 34/2020 di 945 milioni, di cui 105 per il finanziamento delle borse di studio per contratti di formazione specialistica dei medici, 340 milioni per la copertura degli oneri sanitari conseguenti all'emersione e alla regolarizzazione di rapporti di lavoro, 5 milioni per l'erogazione di ausili e protesi in favore di persone con disabilità e 500 milioni per una parziale copertura degli oneri previsti gravare sul 2021 per l'implementazione dell'assistenza domiciliare integrata e per il personale necessario per l'introduzione dell'infermiere di famiglia e per il potenziamento delle centrali operative regionali.

I provvedimenti intervenuti in corso d'anno per far fronte all'emergenza sanitaria hanno autorizzato una maggiore spesa per il 2020 e il 2021 rispettivamente per 3,7 e 1,7 miliardi. Come è possibile trarre dalla tavola 6, se per il 2020 l'aumento del finanziamento ha corrisposto pressoché completamente al maggior fabbisogno (solo per la spesa per l'esecuzione di tamponi rapidi da parte dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta è stato previsto il ricorso al finanziamento già accordato), per il 2021 l'adeguamento è stato solo parziale. A fronte delle somme per l'implementazione dell'assistenza territoriale e ospedaliera per poco meno di 1,6 miliardi (734 milioni per l'assistenza domiciliare, 480 milioni per il personale infermieristico e per l'introduzione dell'infermiere di famiglia e 347 milioni per il personale per le nuove terapie intensive e per le ambulanze) il maggior finanziamento previsto dal decreto è stato di 500 milioni.

L'ammontare oggi riconosciuto (121,4 miliardi) sconta sia il rifinanziamento di un miliardo del livello del fabbisogno, che quello relativo ai nuovi interventi previsti (+1,1 miliardi), ma è al netto dei 117 milioni per il finanziamento della Croce rossa italiana trasferiti (pur mantenendo la stessa finalità) alla gestione del Ministero della salute.

TAVOLA 6

LE MISURE PER LA SANITÀ NEI DECRETI LEGGE PER L'EMERGENZA COVID

	maggior spesa prevista		maggiori risorse attribuite	
	2020	2021	2020	2021
<b>Misure disposte con il d.l. 18/2020</b>				
<b>articolo 18 comma 1</b>	<b>1.410</b>		<b>1.410</b>	
remunerazione delle prestazioni di lavoro straordinario del personale sanitario	250			
reclutamento di medici in formazione specialistica e di personale medico sanitario	660			
incremento del monte ore della specialistica	6			
potenziamento delle reti di assistenza attraverso contratti con strutture private	240			
utilizzo di personale in servizio presso privati con attrezzature presenti nelle strutture private	160			
Usca	104			
<b>Misure disposte con il d.l. 34/2020</b>				
<b>articolo 1 comma 11</b>	<b>1.257</b>	<b>1.246</b>	<b>1.257</b>	<b>500</b>
requisizione in uso di immobili per la gestione dei pazienti in sorveglianza attiva ed isolamento	33			
implementazione assistenza domiciliare integrata	734	734		
<i>di cui personale</i>	265	265		
reclutamento personale infermieristico e introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità (8 unità ogni 50.000 per un totale di 9.600)	333	480		
rafforzamento Usca (personale)	61			
assunzione di assistenti sociali di supporto (personale)	14			
Usca (indennità personale infermieristico)	10			
istituzione e potenziamento delle centrali operative regionali	72	33		
<i>di cui personale</i>	24			
<b>articolo 2 comma 10</b>	<b>431</b>	<b>347</b>	<b>431</b>	
personale ambulanze	52	83		
personale terapie intensive	189	264		
risorse per incentivi al personale	190			
<b>articolo 5</b>	<b>105</b>	<b>105</b>	<b>105</b>	<b>105</b>
Incremento livello finanziamento Stato del fabbisogno sanitario nazionale standard per borse di studio per contratti di formazione specialistica dei medici	105	105	105	105
<b>articolo 103</b>	<b>170</b>	<b>340</b>	<b>170</b>	<b>340</b>
Emersione rapporti di lavoro-oneri per procedure di emersione-incremento del finanziamento del Servizio Sanitario nazionale	170	340	170	340
<b>articolo 104</b>	<b>5</b>		<b>5</b>	
Incremento dotazione Fondo sanitario Nazionale per erogazione degli ausili, ortesi e protesi per rimuovere gli ostacoli che impediscono la piena inclusione sociale delle persone con disabilità	5		5	
<b>Misure disposte con il d.l. 104/2020</b>				
<b>articolo 29 comma 9</b>	<b>478</b>		<b>478</b>	
compensi per il riassorbimento liste d'attesa	478		478	
<b>Misure disposte con il d.l. 137/2020</b>				
<b>articolo 18 comma 2</b>	<b>30</b>			
esecuzione di tamponi rapidi da parte dei MMG e PLS	30			
<b>Totale</b>	<b>3.886</b>	<b>2.038</b>	<b>3.856</b>	<b>945</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati MEF

Le nuove misure che vengono specificamente finanziate comportano la riproposizione, anche nell'esercizio 2021, dell'affidamento ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta dell'esecuzione di tamponi antigenici, un nuovo incremento dei contratti di formazione specialistica dei medici specializzandi, l'aumento dei compensi per i dirigenti sanitari, medici e veterinari attraverso un incremento del 27 per cento dell'indennità di esclusiva, e la previsione di una indennità da riconoscere al personale

infermieristico a decorrere dal 1° gennaio 2021 secondo modalità da definire in sede di contrattazione collettiva nazionale.

A tale livello di finanziamento si fa riferimento anche per la copertura degli oneri connessi alla proroga per il 2021 disposta con l'articolo 77 delle disposizioni relative al personale sanitario e alle Unità speciali di continuità assistenziale (Usca) introdotte con il d.l. 18/2020. La proroga è prevista entro limiti di spesa pari, rispettivamente, a 1.100 e 210 milioni.

## 25.

Al riguardo va osservato che con le risorse disponibili per il prossimo anno, pur significativamente potenziate, le regioni dovranno far fronte rispetto a quanto precedentemente previsto, sia alle occorrenze relative al personale e alle Usca di cui era stato finanziato il costo solo per il 2020, sia alle misure introdotte con il d.l. 34 per il potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera che, come si è visto, erano state finanziate integralmente solo per il 2020.

Naturalmente nella valutazione del fabbisogno sanitario va considerato che lo stato di attuazione delle misure avviate nei mesi scorsi è ancora parziale. A fine ottobre solo 13 regioni avevano presentato un piano per la revisione dell'assistenza territoriale prevista dall'articolo 1 del decreto-legge 34/2020 (e a cui sono riferibili circa 734 milioni). Il Ministero della salute aveva predisposto una griglia di valutazione inviata alle Regioni per il monitoraggio dei piani affidandone il compito ad un gruppo di lavoro appositamente istituito presso AGENAS.

Limitata era anche l'attuazione dei piani regionali per il recupero delle liste d'attesa (d.l. 104/2020). Erano solo 12 le Regioni che hanno provveduto ad inviare i documenti. Mancavano i piani di Basilicata, Calabria, Emilia-Romagna, Lombardia, P.A Bolzano, Piemonte, Puglia, Sardegna. Dato l'attuale andamento dei contagi è tuttavia difficile che si possa effettivamente compiere il recupero delle prestazioni mancate nei mesi del primo *lockdown*.

La stessa attivazione delle Unità speciali di continuità assistenziale, che ben avrebbero potuto rappresentare uno strumento di assistenza sul territorio anche in grado di alleviare la pressione sugli ospedali, ha avuto un andamento inferiore alle attese e con forti differenze territoriali. Vi ha inciso la volontarietà dell'adesione da parte dei Medici di medicina generale e dei Pediatri e le difficoltà di disporre di adeguate attrezzature sanitarie. Nonostante in alcune regioni le realizzazioni siano state forti, la media a livello nazionale era inferiore al 50 per cento.

Anche l'attuazione delle misure che dovevano portare all'infermiere di famiglia sconta un qualche ritardo: sempre a inizio novembre, non era stata sottoposta all'esame della Conferenza Stato Regioni la bozza di intesa elaborata dalle Regioni che doveva portare all'attuazione della disposizione normativa.

A fronte dello sforzo operato sul fronte del personale, a fine ottobre erano 36.300 i nuovi addetti attivati in relazione all'emergenza sanitaria, 7.650 medici (di cui 2.950 specializzandi o medici non specializzati), 16.500 infermieri e 12.115 altri operatori sanitari. Un dato molto significativo anche se con differenziazioni territoriali importanti (tavola 7). Un incremento che potrà essere meglio valutato quando saranno disponibili con un maggior dettaglio i dati sul numero di operatori che nello stesso periodo hanno lasciato il lavoro per i raggiunti limiti di età o per la possibilità che deriva da "quota 100". La disponibilità di operatori soprattutto in alcune specializzazioni rimane uno degli aspetti più delicati della fase attuale.

POTENZIAMENTO DELLE RISORSE UMANE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE LEGATE ALLE ESIGENZE  
DERIVANTI DALL'EMERGENZA COVID-19

Regioni	Rapporti libero professionali			Rapporti libero professionali con personale collocato in quiescenza		Incarichi individuali a tempo determinato			Assunzioni a tempo indeterminato		
	Medici	Infermieri	Altro	Medici	Infermieri	Medici	Infermieri	Altro	Medici	Infermieri	Altro
Piemonte	42	39	70	11	1	21	554	676	18	351	73
Valle d'Aosta	1			5					4		
Lombardia	197	468	86	72	20	92	389	341	18	310	162
P.A. Bolzano	16	8	9	16	21	13	56	111			
P.A. Trento		3		3		10	87	44	7		1
Veneto	124	81	69	91	10	31	144	140	22	555	431
Friuli-V. Giulia	6	6	11	8	-	19	12	56	4	84	9
Liguria	19	19	78	11	1	46	23	117	1	34	19
Emilia-Romagna	349	190	86	52	8	100	1333	489	13	930	719
Toscana	19	3	6	5		375	59	215	50	1847	996
Umbria	10	20	14	6		23	78	74	2	16	1
Marche	6	2	6	10	0	12	223	134	1		
Lazio	72	3	36	27	-	237	844	842	31	675	7
Abruzzo	5	9	26	6		19	283	35		2	13
Molise	1	49	95	3							
Campania	26	261	73	28	4	93	1127	590	174	224	200
Puglia	233	0	257	18	19	49	1031	387	74	73	394
Basilicata	0	0	0	0	0	1	105	62	0	0	0
Calabria	8		17	5		26	285	147	7		24
Sicilia	74	69	92	4	-	83	925	891	7	77	20
Sardegna	32	7	6	12	-	5	175	10	0	-	95
Totale	1.240	1.237	1.037	393	84	1.255	7.733	5.361	433	5.178	3.164

	Rapporti libero professionali		Rapporti a tempo determinato	Altre tipologie			TOTALE	di cui medici	di cui infermieri
	Specializzandi	Medici abilitati non specializzati	Specializzandi ex art. 2 ter, comma 5 L. 27 del 2020 e s.m.	Medici	Infermieri	Altro			
Piemonte	127	126	7	13	189	327	2.645	365	1.134
Valle d'Aosta	2			10	13	19	54	22	13
Lombardia	261	328	59	486	985	1.093	5.367	1.513	2.172
P.A. Bolzano	1	44		4	1	-	300	94	86
P.A. Trento	1	3	8	3	5	47	222	35	95
Veneto *	103	95	0	7	6	10	1.919	473	796
Friuli-V. Giulia	16	19	8	9	47	57	371	89	149
Liguria	43	55	3	176	146	102	893	354	223
Emilia-Romagna	320		15	428	363	363	5.395	849	2.889
Toscana*			65	7	241	128	4.016	521	2.150
Umbria	13		22	60	-	1	340	136	114
Marche	44	29	1	-	-	-	468	103	225
Lazio	83	179	137	89	36	72	3.370	855	1.558
Abruzzo	43	39	6	-	143	161	790	118	437
Molise	4	15		1	-	-	168	24	49
Campania	182	85	0	134	2	1	3.204	722	1.618
Puglia	35	55	31	35	-	-	2.691	530	1.123
Basilicata	4	0	4	23	4	1	204	32	109
Calabria	1	1	7	42	1	12	583	97	286
Sicilia	70	127	16	171	19	25	2.670	552	1.090
Sardegna	111			6	72	134	665	166	254
Totale	1.464	1.200	374	1.291	2.338	2.553	36.335	7.650	16.570

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Certamente dal punto di vista finanziario, alla copertura delle misure potranno concorrere quindi le eventuali economie di risorse destinate all'attuazione delle

disposizioni non impegnate nel 2020. Andrà tuttavia valutato cosa questo comporti in termini di contabilità economica e, quindi, di aumento dell'indebitamento netto per il 2021.

Sul prossimo esercizio andranno a gravare, inoltre, i costi per il recupero del forte rallentamento dell'attività registrata nel 2020. Il rinvio dell'attività ospedaliera e di quella specialistica e ambulatoriale ordinaria, evidente nei "risparmi" rilevati nei costi delle aziende sanitarie, è destinata a tradursi in fabbisogni aggiuntivi nel prossimo anno.

## 26.

Destinati ad incidere sui risultati della gestione sanitaria regionale due ulteriori disposizioni: la rimodulazione dei tetti della spesa farmaceutica e le misure per il governo della mobilità sanitaria interregionale.

Con l'articolo 81, riconfermato nel 14,85 per cento del finanziamento sanitario il tetto complessivo della spesa farmaceutica, viene rideterminato nella misura del 7,35 per cento (rispetto al 6,69 per cento attuale) quello per gli acquisti diretti da parte delle strutture del servizio sanitario nazionale (a cui va ad aggiungersi lo 0,2 per cento per gli acquisti diretti di gas medicinali).

Punta invece a salvaguardare una mobilità sanitaria tra regioni "fisiologica" e a riassorbire, a tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, i fenomeni di mobilità non dovuti a fenomeni "fisiologici" la norma che (articolo 84) dispone che la sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale.

E' affidato al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA il compito di elaborare linee guida e set di indicatori oggettivi e misurabili al fine di armonizzare i sistemi di controllo di appropriatezza degli erogatori accreditati con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi e l'ordinata programmazione del ricorso agli erogatori pubblici e privati accreditati.

Ad esse si aggiunge un nuovo finanziamento per il programma di investimenti per l'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico. Ripartita tra regioni in base alla quota di accesso al fabbisogno sanitario, la effettiva disponibilità delle somme per la concreta sottoscrizione degli accordi di programma viene, come nel passato, condizionata alle effettive disponibilità del bilancio statale.

## 27.

Di particolare rilievo la norma che dispone la rimodulazione dei tetti previsti per la spesa farmaceutica. La modifica incide sulla dimensione degli sfondamenti e per questa via sul contributo richiesto alle imprese farmaceutiche per il *payback*. Due elementi possono aiutare a comprendere l'entità della modifica. Guardando ai risultati del 2019, con le nuove soglie 8 regioni avrebbero superato il tetto del 7,3 per cento previsto per la convenzionata, mentre il dato nazionale sarebbe risultato ancora inferiore al limite previsto (tavola 8). Diverso l'andamento nel caso degli acquisti diretti: pur confermandosi in quasi tutte le regioni un livello di spesa al di sopra del limite, lo scostamento complessivo si sarebbe ridotto sensibilmente (da 2,7 miliardi a circa due) con un conseguente ridimensionamento del *payback*. Va poi considerato che la crescita degli acquisti diretti si è fatta più forte negli ultimi tempi. Non sono ancora disponibili dati sufficientemente estesi sull'esercizio in corso. Gli ultimi diffusi dall'Aifa, relativi al primo quadrimestre dell'anno, segnalano tuttavia che se la quota del fondo sanitario

nazionale destinata alla farmaceutica convenzionata nel periodo si è ulteriormente ridotta al 7,1 per cento, quella per acquisti diretti ha registrato un ulteriore aumento, collocandosi di poco inferiore al 10 per cento.

TAVOLA 8

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA E DIRETTA

Regione	spesa convenzionata						spesa diretta					
	risult conv 2019	Tetto 7,96%	Scostam. assoluto	Inc.% su FSR	Tetto 7,30%	Scostam. assoluto	risult diretta 2019	Tetto 6,69%	Scostam. assoluto	Inc.% su FSR	Tetto 7,35%	Scostam. assoluto
Piemonte	542	668	-126	6,45	613	-71	730	562	168	8,69	617	113
Valle d'Aosta	15	19	-4	6,20	17	-3	17	16	2	7,36	17	0
Lombardia	1.493	1.502	-9	7,91	1.377	116	1.398	1.262	136	7,41	1.387	11
P.A. Bolzano	48	75	-28	5,04	69	-21	87	63	24	9,24	70	18
P.A. Trento	62	78	-16	6,32	72	-10	79	66	13	8,05	72	7
Veneto	549	734	-186	5,95	673	-125	766	617	149	8,30	678	88
Friuli V.G.	158	182	-24	6,90	167	-9	247	153	94	10,78	168	79
Liguria	208	251	-44	6,58	231	-23	293	211	82	9,29	232	61
Emilia-Romagna	475	674	-199	5,61	618	-143	822	566	256	9,71	622	200
Toscana	445	571	-126	6,21	524	-79	680	480	200	9,48	528	153
Umbria	124	136	-12	7,28	125	0	180	114	66	10,53	125	54
Marche	208	233	-25	7,12	213	-5	296	196	100	10,12	215	81
Lazio	848	878	-30	7,69	805	43	996	738	258	9,03	811	186
Abruzzo	198	198	0	7,98	182	17	263	166	96	10,56	183	80
Molise	42	47	-5	7,16	43	-1	59	40	19	9,96	43	15
Campania	854	854	0	7,96	783	71	1.082	717	364	10,09	788	293
Puglia	600	601	-1	7,94	551	49	788	505	283	10,44	555	233
Basilicata	82	86	-4	7,60	79	3	113	73	41	10,45	80	34
Calabria	290	290	0	7,95	266	24	371	244	127	10,18	268	103
Sicilia	671	736	-65	7,26	675	-4	799	619	180	8,64	680	119
Sardegna	231	243	-13	7,55	223	8	334	205	130	10,93	225	109
Totale	8.144	9.058	-914	7,16	8.307	-163	10.400	7.613	2.787	9,14	8.364	2.036

Regione	spesa convenzionata						spesa diretta					
	risult. conv gen-apr	Tetto 7,96%	Scostam. assoluto	Inc.% su FSR	Tetto 7,30%	Scostam. assoluto	risult diretta gen-apr	Tetto 6,69%	Scostam. assoluto	Inc.% su FSR	Tetto 7,35%	Scostam. assoluto
Piemonte	182	233	-51	6,23	213	-31	292	196	96	9,99	215	77
Valle d'Aosta	5	7	-2	6,12	6	-1	7	6	1	7,96	6	1
Lombardia	529	526	3	8,00	482	46	514	442	72	7,78	485	29
P.A. Bolzano	17	27	-10	4,96	24	-8	32	22	10	9,56	25	7
P.A. Trento	21	28	-6	6,20	25	-4	31	23	7	8,84	25	5
Veneto	188	257	-69	5,82	236	-48	310	216	95	9,62	237	73
Friuli V.G.	54	64	-10	6,73	59	-5	83	54	29	10,34	59	24
Liguria	71	87	-16	6,52	80	-9	114	73	41	10,43	80	34
Emilia-Romagna	163	236	-73	5,50	217	-54	330	199	132	11,12	218	112
Toscana	153	199	-47	6,10	183	-30	284	167	117	11,35	184	100
Umbria	42	47	-5	7,11	43	-1	72	40	32	12,06	44	28
Marche	70	81	-11	6,85	74	-5	112	68	44	11,03	75	37
Lazio	289	306	-17	7,52	280	9	362	257	105	9,43	282	80
Abruzzo	67	69	-2	7,69	63	3	100	58	42	11,53	64	36
Molise	15	16	-2	7,04	15	-1	24	14	10	11,39	15	8
Campania	295	297	-2	7,92	272	23	398	249	149	10,68	274	124
Puglia	205	209	-4	7,81	192	13	295	176	120	11,25	193	102
Basilicata	28	30	-2	7,46	28	1	44	25	18	11,58	28	16
Calabria	98	101	-2	7,78	92	6	128	85	43	10,11	93	35
Sicilia	236	256	-20	7,33	235	1	294	215	79	9,16	236	58
Sardegna	81	85	-4	7,57	78	3	130	71	59	12,23	78	52
Totale	2.808	3.159	-351	7,07	2.897	-89	3.957	2.655	1.302	9,97	2.917	1.040

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati AIFA

Anche guardando i risultati di bilancio relativi al primo semestre dell'anno si ha conferma di tale andamento. A fronte di una flessione degli acquisti in convenzione, particolarmente forte nelle regioni del centro sud, si riscontra una crescita degli acquisti diretti che in media nazionale è del 2,6 per cento, ma che cresce in misura rilevante nelle regioni del nord, più colpite dalla crisi sanitaria (tavola 9). La misura in esame subordina

la rimodulazione dei tetti di spesa all'integrale pagamento, da parte delle aziende farmaceutiche, degli oneri per il ripiano degli sfondamenti dell'anno 2018 (quelli maturati fino al 2017 erano stati già oggetto di un accordo) entro il gennaio 2021 e dell'applicazione anche al 2022 al pagamento entro il prossimo giugno degli sfondamenti a carico delle imprese nel 2019.

TAVOLA 9

LA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA E DIRETTA NEL PRIMO SEMESTRE 2020 (TASSI DI VARIAZIONE)

Regione	spesa convenzionata	Spesa diretta
Piemonte	-4,9	3,7
Valle d'Aosta	-1,4	7,9
Lombardia	0,1	1,1
P.A. Bolzano	-0,2	4,2
P.A. Trento	0,7	4,7
Veneto	-1,7	9,7
Friuli V.G.	-0,3	3,4
Liguria	-0,4	1,6
Emilia-Romagna	-1,5	3,4
Toscana	-3,3	-0,1
Umbria	-0,1	2,3
Marche	-6,4	-0,9
Lazio	-5,5	0,0
Abruzzo	-5,9	0,8
Molise	-2,8	8,0
Campania	-2,4	3,4
Puglia	-3,4	5,5
Basilicata	-2,2	7,1
Calabria	-4,2	0,2
Sicilia	-1,5	1,4
Sardegna	-2,0	0,7
Totale	-2,5	2,6

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati NSIS

Al riguardo va osservato che, se il ricorso a tetti di spesa ha prodotto anche nel recente passato distorsioni e conseguenze negative sulle scelte degli operatori, nonché un prolungato contenzioso, gli andamenti della spesa farmaceutica diretta che potrebbero riproporsi anche nel 2021 rendono necessaria per la norma proposta una attenta valutazione degli effetti associati, sotto il profilo delle entrate nette regionali, e spingono ad una riconsiderazione complessiva del meccanismo.

## 28.

La norma prevista in tema di mobilità sanitaria extraregionale si muove in coerenza con quanto disposto con il Patto per la salute 2019-2021, sottoscritto il 18 dicembre 2019. In esso ci si proponeva di valutare e migliorare i processi di mobilità nell'ottica di salvaguardare una mobilità "fisiologica" e recuperare un più equo e trasparente accesso alle cure.

Il Ministero della salute, a tal fine, ha effettuato a fine 2019 un'analisi per inquadrare e misurare correttamente il fenomeno della mobilità, distinguendo la componente fisiologica da quella determinata da carenze dell'offerta della regione di residenza del paziente. L'obiettivo è fornire uno strumento di analisi innovativo, che consenta di individuare le criticità e le carenze di offerta che costringono i residenti ad allontanarsi dalla propria regione per accedere più velocemente alle cure o ricevere assistenza di qualità migliore.

Usualmente le analisi sulla mobilità si basano sul semplice confronto dei flussi tra la regione di residenza e la regione di ubicazione dell'istituto di ricovero. Una analisi che fornisce una valutazione corretta del



fenomeno e degli oneri che la regione di residenza del paziente si trova a dovere rimborsare alla regione che ha erogato le prestazioni. Si tratta di una analisi che, tuttavia, non consente di porre in evidenza con chiarezza la dimensione del fenomeno dovuto alle criticità della regione di residenza. Occorre, infatti, escludere i casi riconducibili alla componente fisiologica della mobilità, ovvero quella dovuta ad una scelta dal paziente che non origina da carenze dell'offerta della propria regione di residenza anagrafica.

Va pertanto esclusa la mobilità fisiologica nelle aree di confine, dovuta ai flussi di pazienti che varcano il limite amministrativo della propria regione di residenza per essere ricoverati in un ospedale che si trova in una provincia adiacente e appartenente a un'altra regione. Una mobilità che difficilmente può essere ricondotta a carenze nella rete di offerta della regione di residenza, ma più verosimilmente a una scelta del paziente basata su comodità di tipo logistico. L'analisi del Ministero ha posto in evidenza che questa componente della mobilità extraregionale rappresenta, a livello nazionale, circa il 34 per cento dei casi di ricoveri fuori regione, con percentuali anche superiori al 60 per cento nelle regioni di piccole dimensioni (Valle d'Aosta, PA di Trento, Umbria e Molise) e in Emilia-Romagna per l'elevato numero di regioni confinanti.

Vi è poi una mobilità da ricondurre a soggetti che, pur ancora residenti nelle regioni di origine, risultano domiciliati nella regione di ricovero. Pur figurandosi come paziente extra regione, in realtà la persona compie la scelta naturale di ricoverarsi nella regione vicino a casa. Anche in questo caso, il luogo di ricovero non ha alcuna relazione con lo stato della rete di offerta della regione di origine.

Secondo le stime dell'amministrazione cui si è fatto riferimento nel Rapporto di coordinamento 2020 si tratta nel complesso di circa 34 mila ricoveri, il 6 per cento della mobilità complessiva in termini di casi, il 5,1 del valore dei ricoveri in degenza ordinaria (tavola 10). Una quota che potrebbe essere anche superiore ove una quota dei casi per cui non si è riusciti a identificare la domiciliazione effettiva rientrasse in questa fenomenologia (il 7 per cento dei casi e il 4,5 per cento del valore). Al netto di tali due fenomeni, la mobilità risulta ridimensionata da 576.729 a 342.390 casi, inferiore del 40 per cento (va poi considerato che esiste anche una componente stagionale legata al periodo feriale in cui un assistito si trova nella condizione di ricoverato in altra regione in quanto villeggiante; un fenomeno che può riguardare una parte della mobilità nel mese di agosto).

TAVOLA 10

LA MOBILITÀ SANITARIA

regione di residenza	n. casi totale	n. casi residenti ricoverati extraregione		n. casi in mobilità extraregione, residenti in provincia adiacente		n. casi domiciliati nella regione di ricovero		n. casi residenti ricoverati extraregione netti	
	residenti	n.casi	% casi	n.casi	% casi	n.casi	% casi	n.casi	% casi
Piemonte	491.991	35.048	7,1	18.570	53,0	1.492	4,3	14.986	3,0
Valle d'Aosta	16.235	2.438	15,0	1.507	61,8	87	3,6	844	5,2
Lombardia	1.142.979	53.232	4,7	23.860	44,8	3.393	6,4	25.979	2,3
P.A. Bolzano	68.351	3.077	4,5	1.678	54,5	145	4,7	1.254	1,8
P.A. Trento	59.559	8.480	14,2	5.837	68,8	187	2,2	2.456	4,1
Veneto	545.914	35.854	6,6	14.114	39,4	1.356	3,8	20.384	3,7
Friuli V.G	143.035	10.804	7,6	5.052	46,8	539	5,0	5.213	3,6
Liguria	200.005	28.990	14,5	15.166	52,3	1.153	4,0	12.671	6,3
Emilia Romagna	573.739	34.296	6,0	20.994	61,2	1.422	4,1	11.880	2,1
Toscana	405.252	28.215	7,0	10.857	38,5	1.712	6,1	15.646	3,9
Umbria	108.490	13.506	12,4	8.885	65,8	364	2,7	4.257	3,9
Marche	181.342	24.187	13,3	9.541	39,4	917	3,8	13.729	7,6
Lazio	648.128	54.954	8,5	20.151	36,7	3.045	5,5	31.758	4,9
Abruzzo	159.034	25.945	16,3	9.972	38,4	1.120	4,3	14.853	9,3
Molise	34.952	9.884	28,3	6.042	61,1	392	4,0	3.450	9,9
Campania	620.231	60.514	9,8	12.835	21,2	3.626	6,0	44.053	7,1
Puglia	476.494	44.107	9,3	4.583	10,4	3.043	6,9	36.481	7,7
Basilicata	62.828	15.082	24,0	7.994	53,0	975	6,5	6.113	9,7
Calabria	205.263	40.941	19,9	2.490	6,1	3.529	8,6	34.922	17,0
Sicilia	509.847	37.166	7,3			4.288	11,5	32.878	6,4
Sardegna	183.569	10.009	5,5			1.426	14,2	8.583	4,7
Totale	6.837.238	576.729	8,4	200.128	34,7	34.211	5,9	342.390	5,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Non può che essere positiva la valutazione di tale misura, soprattutto nella logica di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza nell'utilizzo dei fattori produttivi e di concentrare gli sforzi per il superamento delle carenze e delle criticità gestionali nelle regioni a forte mobilità passiva. Il superamento delle distorsioni contribuirà inoltre a mantenere più saldo il principio di unitarietà del Servizio sanitario.

## 29.

Certamente positivo il nuovo stanziamento di 2 miliardi per interventi infrastrutturali in sanità. Un importo che aumenta le risorse da utilizzare per la sottoscrizione di nuovi accordi di programma.

Al 31 dicembre 2019 le risorse ancora da utilizzare per la sottoscrizione di Accordi di programma erano pari a 2,7 miliardi, a cui si aggiungevano i 4 miliardi ripartiti dalla delibera CIPE n. 51/2019 e i 2 miliardi assegnati con la legge di bilancio per il 2020. Alla stessa data erano stati sottoscritti 85 Accordi di programma per un importo pari a 12,5 miliardi, di cui 10,9 già ammessi a finanziamento (tavola 11).

Nella tavola che segue le somme destinate a tali finalità sono distinte per regione. In crescita il valore degli accordi sottoscritti solo in Campania, dove crescono di 1.186 milioni. In flessione a ragione delle revoche, gli importi sottoscritti con il Piemonte (-2 milioni), Lombardia (-32,4 milioni), Toscana (-12,7 milioni) e Basilicata (-29,7 milioni).

Le somme richieste e ammesse a finanziamento a fine 2019 avevano superato i 10.891 milioni. Si tratta del 87 per cento dei valori sottoscritti e riguarda 2.472 interventi (92 più del 2018). L'incremento del 2019 (214,2 milioni) riguarda solo otto regioni tutte del Centro-Nord: Piemonte Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Lazio.

TAVOLA 11

### PROGRAMMA PLURIENNALE DI INVESTIMENTI IN SANITÀ ART. 20 LEGGE N. 67/1988

#### MONITORAGGIO ACCORDI DI PROGRAMMA

#### STATO DI ATTUAZIONE

REGIONI	Risorse destinate ad Accordi di programma (Delibere CIPE nn. 52/98 al netto delle risorse assegnate con CIPE n. 53/98 - 65/2002 - 98/2008 - 97/2008)	Risorse destinate ad Accordi di programma (Delibere CIPE n. 51/2019)	Risorse destinate ad Accordi di programma	Valore degli Accordi di programma sottoscritti al 2020 (al netto delle Revoche)	Risorse residue per Accordi di programma da sottoscrivere	% risorse sottoscritte su risorse destinate	Risorse ammesse a finanziamento a valere sugli Accordi sottoscritti	% risorse ammesse a finanziamento a valere su accordi sottoscritti	Numero interventi ammessi a finanziamento
	a	b	c=a+b	d	e=c-d	f=d/c	g	h=g/d	i
<b>Piemonte</b>	1.049,1	301,3	1.350,4	907,3	443,1	67,2	810,5	89,3	151
<b>Valle D'Aosta</b>	43,8	8,6	52,3	43,8	8,6	83,6	43,8	100,0	8
<b>Lombardia</b>	2.072,7	672,6	2.745,3	2.040,2	705,1	74,3	2.024,6	99,2	229
<b>P.A. Bolzano</b>	115,1	0,0	115,1	115,1	0,0	100,0	67,7	58,8	7
<b>P.A. Trento</b>	120,7	0,0	120,7	93,5	27,2	77,5	93,5	100,0	11
<b>Veneto</b>	1.036,3	330,2	1.366,4	1.036,3	330,2	75,8	1.036,3	100,0	244
<b>F. Venezia Giulia</b>	291,3	84,0	375,3	291,3	84,0	77,6	291,3	100,0	8
<b>Liguria</b>	493,6	110,1	603,7	493,6	110,1	81,8	468,2	94,9	248
<b>E. Romagna</b>	947,1	302,4	1.249,6	947,1	302,4	75,8	947,1	100,0	269
<b>Toscana</b>	877,5	256,8	1.134,3	864,8	269,5	76,2	860,8	99,5	160
<b>Umbria</b>	138,2	60,9	199,2	138,2	60,9	69,4	135,1	97,7	75
<b>Marche</b>	325,5	104,9	430,4	325,2	105,2	75,6	325,2	100,0	119
<b>Lazio</b>	1.227,2	393,5	1.620,7	915,1	705,6	56,5	665,1	72,7	197
<b>Abruzzo</b>	359,6	89,6	449,2	131,1	318,1	29,2	130,6	99,7	54
<b>Molise</b>	127,7	21,1	148,8	27,4	121,4	18,4	27,4	100,0	10
<b>Campania</b>	1.721,8	379,0	2.100,7	1.721,8	379,0	82,0	535,5	31,1	45
<b>Puglia</b>	1.204,5	270,3	1.474,7	640,2	834,5	43,4	640,2	100,0	126
<b>Basilicata</b>	203,7	38,4	242,0	174,0	68,0	71,9	174,0	100,0	71
<b>Calabria</b>	608,6	130,5	739,1	350,1	389,0	47,4	339,6	97,0	26
<b>Sicilia</b>	1.774,4	334,2	2.108,7	971,3	1.137,4	46,1	971,3	100,0	215
<b>Sardegna</b>	547,7	111,7	659,4	303,8	355,6	46,1	303,7	100,0	199
<b>TOTALE</b>	15.286,0	4.000,0	19.286,0	12.531,3	6.754,7	65,0	10.891,5	86,9	2472

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Risorse che sicuramente possono contribuire a dare risposta al fabbisogno per edilizia sanitaria emerso da un esame condotto dal Ministero della salute e dalle Regioni nel

2018 (tavola 12). Una analisi che aveva stimato il fabbisogno per interventi in infrastrutture da realizzare sull'intero territorio nazionale (disomogeneo sia per classificazione sismica, sia per vincoli storico-artistici, e altresì per caratteristiche impiantistiche e strutturali degli immobili) in circa 32,1 miliardi. Di questi, in base ai nuovi criteri di classificazione sismica, il fabbisogno edilizio nelle aree più critiche ammontava a 12,4 miliardi. Era emersa anche l'esigenza per investimenti in tecnologie sanitarie: la rilevazione effettuata con le regioni sul fabbisogno per il triennio 2018-2020 ha riguardato il numero di sistemi che si intende acquisire sia come nuove acquisizioni (per potenziare l'offerta) che come sostituzioni per obsolescenza, per i quali non si dispone delle relative risorse finanziarie. Il fabbisogno complessivo finalizzato al piano di rinnovo e potenziamento delle tecnologie è risultato di oltre 1,5 miliardi in relazione a 1.799 macchine. Si tratta di 1.401 macchine da sostituire per una spesa di oltre 1,1 miliardi e di 398 nuove tecnologie da acquisire per il potenziamento del parco tecnologico per una spesa di 405,3 milioni.

TAVOLA 12

FABBISOGNI INFRASTRUTTURALI E INVESTIMENTI IN TECNOLOGIE SANITARIE - I DATI PER REGIONE

	Il fabbisogno in un arco 2019-2045		Il fabbisogno per regione nel triennio 2018-2020			
	gli investimenti infrastrutturali prima valutazione di massima		gli investimenti in tecnologie sanitarie (b)		di cui per sostituzioni (1)	per potenziamento (2)
Valle d'Aosta	98,8	0,3	13,6	0,9	13,6	0
Piemonte	3.174,50	9,9	119,7	7,9	84,7	34,9
Lombardia	5.438,90	16,9	273,3	18,1	273,3	0
Veneto	3.560,70	11,1	37,6	2,5	35	2,6
Friuli V. G.	477,1	1,5	53,4	3,5	53,4	0
Liguria	783,3	2,4	56,4	3,7	50,2	6,3
Emilia-Romagna	3.109,70	9,7	85,2	5,7	71,8	13,5
Toscana	945,4	2,9	46,4	3,1	39,2	7,1
Marche	459,1	1,4	40,8	2,7	35,6	5,1
Umbria	374,7	1,2	31	2,1	26,8	4,2
Lazio	2.250,80	7	142,3	9,4	102,7	39,6
Abruzzo	714,1	2,2	33,1	2,2	15,1	18
Molise	219,6	0,7	4,1	0,3	3,8	0,3
Campania	2.466,00	7,7	144,6	9,6	62,8	81,8
Puglia	2.182,60	6,8	83,7	5,5	46,6	37,1
Basilicata	390,6	1,2	17	1,1	13,3	3,7
Calabria	1.397,40	4,3	82,2	5,4	44,5	37,7
Sicilia	3.020,90	9,4	153,6	10,2	67,2	86,4
Sardegna	1.063,00	3,3	90	6	63,9	26,1
<b>TOTALE</b>	<b>32.127,00</b>	<b>100</b>	<b>1.507,70</b>	<b>100</b>	<b>1.103,40</b>	<b>404,3</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

30.

Di rilievo prevalentemente per l'amministrazione centrale sono infine le disposizioni che riguardano la gestione degli indennizzi in favore dei soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie e da sindrome da talidomide, nonché quanto previsto per il finanziamento e per la ricollocazione del personale della Croce rossa italiana.

Nel primo caso la misura è volta a superare il contenzioso scaturito sull'importo della base di calcolo dell'indennizzo riconosciuto dalla legge n. 229/2005. Sia nel caso dei soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, sia nel caso dei soggetti affetti da sindrome da talidomide viene previsto un finanziamento per adeguare tutti gli indennizzi erogati nel corso degli anni e per il futuro. Inoltre, in base alla sentenza della Corte Costituzionale n. 55/2019, viene riconosciuto il diritto a percepire l'indennizzo per i danni da talidomide ai nati nel 1958 e nel 1966 dalla data di entrata in vigore della legge n. 244/07.

### *Le disposizioni in materia di istruzione, università e ricerca*

#### **31.**

Le misure previste nel disegno di legge di bilancio per il 2021 in materia di istruzione, sono in larga parte indirizzate a potenziare, nel loro complesso, i diversi piani di intervento già presenti nel sistema scolastico, universitario e degli enti ed istituti di ricerca pubblici e privati.

In tale ottica, il settore della scuola riceve uno stanziamento aggiuntivo per il Fondo per l'arricchimento e l'ampliamento dell'offerta formativa e per gli interventi perequativi (articolo 1 della legge 18 dicembre 1997, n. 440). Si tratta nello specifico di 117,8 milioni di euro nell'anno 2021, di 106,9 milioni di euro nell'anno 2023, di 7,3 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024 e 2025 e di 3,4 milioni per l'anno 2026; risorse attraverso le quali si intende contrastare le diseguaglianze e a favorire l'ottimale fruizione del diritto all'istruzione, anche per i privi di mezzi.

Il Fondo in questione è destinato: alla piena realizzazione dell'autonomia scolastica, all'insegnamento di una seconda lingua comunitaria nelle scuole medie, all'innalzamento del livello di scolarità e del tasso di successo scolastico, alla formazione del personale della scuola, alla realizzazione di iniziative di formazione post-secondaria non universitaria, allo sviluppo della formazione continua e ricorrente, agli interventi per l'adeguamento dei programmi di studio dei diversi ordini e gradi, ad interventi per la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia del sistema scolastico, alla realizzazione di interventi perequativi in favore delle istituzioni scolastiche tali da consentire, anche mediante integrazione degli organici provinciali, l'incremento dell'offerta formativa, alla realizzazione di interventi integrati, alla copertura della quota nazionale di iniziative cofinanziate con i fondi strutturali dell'Unione europea. Annualmente, il Ministero attraverso una direttiva definisce gli interventi prioritari, i criteri generali per la ripartizione delle somme destinate a ciascuno e le modalità della relativa gestione, le indicazioni sul monitoraggio, il supporto e la valutazione degli interventi stessi.

Si interviene, inoltre, per potenziare le azioni per l'innovazione didattica e digitale delle scuole (art. 87) con il coinvolgimento degli animatori digitali<sup>13</sup>.

In particolare, rispetto al processo di digitalizzazione, la Corte ritiene centrale l'intervento attraverso il quale si realizza un sistema informativo integrato, strumento

---

<sup>13</sup> L'animatore digitale, docente a tempo indeterminato, è individuato, ai sensi della normativa vigente (articolo 1, comma 58, lettera d), della legge n. 107 del 2015 ) dall'istituzione scolastica, per un periodo di durata triennale, salvo proroghe, per favorire il processo di digitalizzazione nelle scuole, nonché per implementare l'innovazione didattica attraverso azioni di stimolo e di sostegno sui temi del Piano nazionale per la scuola digitale (PNSD) sul territorio, attraverso il coinvolgimento di tutto il personale della scuola e la costituzione di gruppi di lavoro.