

LA SANITÀ AL TEMPO DEL CORONA-VIRUS

Posted on 9 Marzo 2020 by La redazione

Categories: [Democrazia e contabilità](#), [Tutti i contributi](#)

Tags: [lea](#), [parifica](#), [parificazione](#), [sanità](#), [spesa sanitaria](#)

La valutazione dei trasferimenti e dei fabbisogni sanitari nelle Regioni con minori capacità fiscali e sistemi sanitari con problemi di bilancio

Pubblichiamo uno stralcio della decisione di parifica sui rendiconti 2017 e 2018 della Regione Campania, la cui esperienza appare paradigmatica nell'evidenziare le ragioni del collasso delle sanità regionali meridionali e con essa del principio di uguaglianza alla prova della prima grande emergenza sanitaria nazionale del dopo-guerra

Si tratta della [decisione n. 217/2019/PARI della Sezione regionale di controllo per la Campania](#), pubblicata il 27 dicembre 2019.

A questo link: [la decisione](#).

Allo scopo della veloce comprensione di quel che qui si riporta, si ricorda che la Regione Campania proviene da un **piano di rientro che è durato oltre 12 anni**.

Il giudice Campano ha osservato che le risorse fornite per il supporto al risanamento da parte dello stato, garante dell'uguaglianza delle prestazioni su tutto il territorio nazionale (art. 117 comma 2, lett. m Cost e art. 119 Cost.) non hanno consentito il recupero immediato, **allargando il gap di servizio** tra Regioni con minori capacità fiscali ed in crisi con quelle più ricche. Infatti, la spesa pro-capite a favore di un cittadino meridionale campano risulta ad oggi sensibilmente inferiore a quelle delle regioni più ricche (*"i cittadini campani ricevono 1.793 euro pro-capite per essere assistiti dal proprio servizio sanitario regionale, a fronte di una media nazionale di 1.839 euro per cittadino."*)

In pratica, in caso di crisi, le sanità entrano in un circolo vizioso che alimenta il loro sottosviluppo, specie in termini comparativi.

Infatti, afferma il Collegio Campano, a proposito della crisi della sanità regionale e del suo risanamento: *«il percorso di risanamento e l'attuazione dei programmi operativi, comunque, si è tradotto in un'erogazione delle prestazioni essenziali sotto i livelli standard per oltre 12 anni, con un danno al principio di uguaglianza che non va inteso solo in senso personalistico, ma anche economico, atteso che **la diseguaglianza induce mobilità sanitaria negativa per le Regioni in difficoltà, con una***

redistribuzione indiretta del Fondo sanitario nazionale a favore delle regioni più virtuose, che registrano prestazioni adeguate ed in linea con la c.d. "griglia LEA"

In definitiva, il dato della lunghezza del tempo di rientro, ha realizzato un vero e proprio trade-off tra equilibrio finanziario "a risorse date" meramente contabile e garanzia dei LEA, che ha reso molto difficile e arduo il recupero sul terreno delle "griglie"»

Per comprendere queste affermazioni occorre fornire alcuni dati di contesto. La disciplina del Piano di rientro è dettata dall'art. 1, comma 174, della L. n. 311/2004 (come modificato dall'art. 1, comma 277 della L. n. 266/2005), il quale prevede che in caso di gravi squilibri finanziari del settore sanitario, le Regioni devono appositare piani operativi che dovrebbero durare 3 anni. Tale disposizione, segnatamente, prevede che le Regioni, la cui sanità è in squilibrio, devono elaborare un programma operativo di riorganizzazione, "riqualificazione" e potenziamento del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

L'impianto normativo è stato introiettato, confermato e disciplinato "convenzionalmente" dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. L'intesa è stata aggiornata con successivi accordi della medesima natura a carattere triennale; è stata altresì seguita da leggi e regolamenti statali che ne hanno variamente introiettato i contenuti di tali accordi.

Per il controllo dell'effettivo e contestuale raggiungimento degli scopi citati, gli articoli 12 e 9 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 hanno istituito due "tavoli di monitoraggio". Si tratta segnatamente:

a) del **Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali (c.d. STEM)**, istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze, coordinato da un rappresentante del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato;

b) del preesistente **Comitato permanente per l'erogazione dei LEA (c.d. Comitato LEA)**, istituito presso il Ministero della salute.

Entrambi i Tavoli di monitoraggio costituiscono organi amministrativi a composizione mista e plurilivello; segnatamente vedono la partecipazione dei due livelli di governo del settore sanitario, lo Stato e le Regioni, nonché la partecipazione ed il supporto delle agenzie sanitarie, l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e l'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa).

Il **Siveas** (Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza, istituito ai sensi dell'art. 1, comma 288, della L. n. 266/2005) è il sistema all'interno del quale vengono elaborati i parametri di valutazione "qualitativa" delle prestazioni, ossia, la c.d. "griglia LEA", il cui fulcro di verifica, in caso di crisi (comma 174) ma anche per l'erogazione di finanziamenti "aggiuntivi" (comma 173).

Il Sistema (d.m. 17 giugno 2006) è apicalmente coincidente con la Direzione centrale della Programmazione sanitaria (art. 1), la quale si avvale altresì: a) della Commissione nazionale per

l'aggiornamento dei LEA (art. 1, commi 556-558 della L. n. 208/2015); b) del Nucleo di supporto per l'analisi delle disfunzioni e la revisione organizzativa (SAR, art. 2, comma 6, D.L. n. 528/1984), c) dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Agenas), d) nonché del Comitato LEA (art. 9 della Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005).

Gli **indici di misurazione** sono elaborati dalla "**Commissione nazionale per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza** e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale" che ha assorbito le competenze a suo tempo della Commissione di cui all'art.4-bis, comma 10, del D.L. n. 63/2002 (conv. L. 112/2002).

Lo *standard* dei livelli essenziali di assistenza (LEA) viene fissato con apposito regolamento interministeriale, ai sensi dell'art. 17, comma 3, della L. n. 400/1988 (art. 1, comma 169, della L. n. 311/2004).

Concretamente, il Siveas elabora alcuni parametri di misurazione qualitativa delle prestazioni, cui vengono attribuiti dei "pesi" con relativi punteggi (0; 3; 6; 9). Tali punteggi sfociano in un "valore assoluto" che deve corrispondere ad una soglia minima di adempienza (pari a 160) fino ad un punteggio massimo (di 225 punti).

Successivamente, il Siveas provvede alla misurazione del punteggio per ciascuna Regione. Sulla base di tali verifiche, vengono attribuiti finanziamenti premiali (art.2, comma 68 della Legge n. 191/2009, disposizioni prorogate dall'art. 15 comma 24 del D.L. n. 95/2012).

Tanto premesso sul piano organizzativo, con specifico riguardo alla materia dei "piani di rientro", il giudizio emesso da entrambi i "Tavoli" è essenziale per la fuoriuscita dallo stato di crisi e, in caso di commissariamento, dal commissariamento medesimo.

Mentre il Tavolo di monitoraggio emette giudizi sull'attuazione sui risultati degli obiettivi economico-finanziari, il Comitato Lea emette giudizi sul raggiungimento degli obiettivi di "riqualificazione", che si misurano sulla base della parametrizzazione espressa dalla "griglia LEA.

Inoltre, e più in generale, l'art. 2, comma 68, della L. n. 191/2009 affida al Comitato LEA la verifica degli "adempimenti" LEA anche al fine della percezione "finanziamenti integrativi" erogabili dallo Stato in caso di certificazione di determinati livelli di efficacia dei servizi.

L'aspetto qualitativo, a presidio del quale è preposto il Comitato LEA è, in caso di piano di rientro, tanto importante quanto quello economico-finanziario. Infatti, «*Per una Regione sottoposta a Piano di rientro la determinazione del livello essenziale "uniforme", quale è precisata e circostanziata in ambito nazionale, costituisce un parametro decisivo*» per l'attuazione del Piano di rientro (Consiglio di Stato, sez. III, sentenza n. 604/2015).

Tanto promesso, segue lo stralcio della Decisione del Giudice Campano (Allegato a, §§ 7.8. e 7.9.1)

1. La questione del risanamento a mezzo di un massiccio ricorso all'indebitamento

«Lo squilibrio strutturale del SSR campano, per il quale si procedeva all'attivazione del "Piano di Rientro" ai sensi dell'art. 1, comma 174, della L. 311/2004, era ascrivibile a tre fattori:

1. uno squilibrio economico e di flusso, ossia una strutturale carenza del risultato economico d'esercizio, costantemente negativo, superiore alla soglia consentita in proporzione ai ricavi consolidati del SSR (a suo tempo, nel massimo del 5%);
2. uno squilibrio finanziario proveniente da esercizi precedenti, corrispondente ad un debito netto del servizio sanitario regionale (SSR) vs. terzi, di oltre 6,9 miliardi al 31.12.2005. Di questo totale,
 1. 2,75 miliardi venivano fatti oggetto di un'operazione complessa di indebitamento, in parte verso il mercato privato, in parte verso lo Stato, nei termini che si spiegano appresso;
 1. 4,16 miliardi venivano fatto oggetto di interventi di ripiano straordinario da parte dello Stato;
3. uno squilibrio "qualitativo" nell'erogazione dei LEA, ossia, la Regione, valutata in base al punteggio nella cd. "griglia LEA", risultava al di sotto della soglia minima di punteggio prevista dall'ordinamento e carente di specifici provvedimenti di programmazione sanitaria (ad es.: Piano Ospedaliero non validato dai Ministeri, ecc.).

Per fare fronte alla parte del disavanzo pregresso non ripianato dallo Stato, la Regione ha effettuato una operazione complessa che ha portato, tramite una cartolarizzazione, alla collocazione del proprio debito sui mercati finanziari, a mezzo di due società veicolo (Posillipo I e Posillipo II). Segnatamente, l'operazione di cartolarizzazione ha preso le mosse dalla legge finanziaria regionale per il 2006 (la L.R. n. 24/2005).»

«In estrema sintesi, in base a tale legge, la Regione doveva trasformare in titoli di credito il debito pregresso. All'uopo, avrebbe accentrato una parte del debito commerciale delle aziende sanitarie su una società partecipata So.Re.Sa. spa, in precedenza istituita con la Legge Regionale istitutiva n. 28 del 24 dicembre 2003.

La So.Re.Sa doveva altresì coordinare una vasta operazione di transazione con i vari fornitori delle aziende sanitarie.

Successivamente, So.Re.Sa, e non direttamente la Regione, avrebbe dovuto contrarre un debito per poi acquistare il debito cartolarizzato tramite una società veicolo, con il compito di collocare sul mercato i titoli. La Regione avrebbe garantito il pagamento del titolo alle varie scadenze, tramite una delegazione di pagamento rilasciata a So.re.Sa., realizzando un ricorso "indiretto" al mercato.

In questo modo il ripiano del debito pregresso è stato portato all'esterno del bilancio regionale, sul quale grava l'ammortamento dell'operazione di finanziamento, e tuttavia, per effetto della garanzia, il patrimonio della Regione risulta direttamente esposto in caso di inadempimento della società partecipata.»

«Nel tempo, infatti, in attuazione del piano di rientro, sono stati implementati altri sostegni da parte statale. Segnatamente lo Stato:

1. (art.1, comma 796, L. n. 296/2006) ha concesso alla Regione un Fondo transitorio di sostegno del conto economico annuale per gli esercizi 2006 (384 milioni), 2007 (355 milioni), 2008 (302 milioni) e 2009 (248 milioni);
2. (D.L. n. 23/2007 e DM 4.5.07 in G.U. 122 del 28.5.07) ha concesso alla Regione un contributo straordinario di euro 363 milioni (inizialmente previsto per 320 milioni nel Piano di Rientro) a valere sul fondo di Euro 3 miliardi stanziato dal Governo per il ripiano al 31 dicembre 2005 del disavanzo sanitario delle Regioni in affiancamento: l'incasso è avvenuto a dicembre 2007;
3. ha sbloccato ed erogato nel corso degli anni 2007 - 2010, in funzione delle verifiche dell'avanzamento del riequilibrio economico e della estinzione del debito pregresso, 2,5 miliardi di euro di risorse 2001 - 2006 già assegnate dallo Stato alla Sanità campana, di cui 2,3 miliardi di euro per quote premiali del riparto del FSN indistinto per la spesa corrente 2001 - 2006 e 287 milioni di euro per residui contributi statali a ripiano disavanzi 2001 - 2004.
4. (art. 2, commi da 46 a 48, della L. n. 244/2007, sul modello oggi previsto, a regime, dall'art. 2, comma 98 della L. n. 191/2009) ha concesso di elevare da 650 a 1.180 milioni il prestito MEF a lungo termine, stabilito nel Piano di Rientro per concorrere alla estinzione dei debiti maturati al 31.12.2005, poi utilizzato, come si è detto sopra, per soli 1.000 milioni, in modo da bilanciare il minor importo della cartolarizzazione (2,2, invece di 2,7 mld);

Quest'ultimo è stato previsto tra le misure "concordate" *«per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173»*, vale a dire l'accesso al c.d. "finanziamento integrativo".

In buona sostanza, in base all'accordo ex art. 1, comma 180 L. n. 311/2004, si dava copertura per legge ad un indebitamento per spesa diversa da investimento, sulla base di appositi provvedimenti normativi:

1. l'art. 2, commi da 46 a 48, della L. n. 244/2007 per il prestito MEF;
2. l'art. 6 della L. n. 28/2003 per l'operazione di Cartolarizzazione così come sopra descritta.»

«In buona sostanza, l'accordo ex art. 1, comma 180 della L. n. 311/2004 prevedeva, da un lato, la distribuzione delle responsabilità sul terreno del ripiano del disavanzo pregresso, dall'altro un programma di riqualificazione del servizio e della struttura dei conti dei bilanci delle aziende sanitarie.

Lo Stato si rendeva disponibile a sostenere il rientro con misure straordinarie e premiali; la Regione si impegnava a finanziare l'ammortamento del mutuo per il ripiano del debito pregresso, non fatto oggetto di trasferimenti perequativi e solidali da parte dello Stato, ma oggetto di operazioni di indebitamento, con le aliquote addizionali IRPEF e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP), portata ai massimi di legge, fuori dal flusso derivante dal Fondo sanitario nazionale (ma comunque rientrante dal perimetro sanitario, come si evince dall'Allegato 37 ai due schemi di rendiconti oggetto di analisi).»

«L'operazione si è dunque basata chiaramente su ampio ricorso all'indebitamento, con lo Stato e con il mercato privato, per ripianare il disavanzo pregresso.

Tale operazione, per quanto inserita in un quadro di interventi solidali, non appare in linea con l'art. 119 comma 6 Cost, che vieta l'indebitamento per spesa diversa da investimento. Tale divieto, è bene precisarlo, ha come scopo principale quello di stabilire un limite a politiche economiche statali che alterino la doverosa solidarietà finanziaria che deve sussistere nel sistema di relazioni Stato-autonomie, evitando manovre elusive dei principi stabiliti ai commi 3 e 5 dello stesso art. 119 Cost.. Il ripiano dei disavanzi, derivanti da spesa indifferenziata, deve avvenire con il concorso della politica di bilancio dell'ente in disavanzo, con il limite della tutela dei livelli essenziali della prestazione che, ove minacciati, devono essere garantiti con l'intervento finanziario dello Stato (art. 117 comma 2 lett. m) Cost; art. 118; art. 120), il quale può certamente subordinare tale soccorso sostitutivo ad obiettivi specifici e variamenti sanzionare tali inadempimenti.

Sicché, la sopra esposta ricostruzione, non contestata dalla Regione, basterebbe a radicare un dubbio di costituzionalità, se non fosse che non vi è, allo stato degli atti, certezza della "rilevanza" in fatto, atteso che l'esame dei contratti e la verifica dei singoli passaggi dell'operazione, sopra sommariamente costruiti, non sono stati verificati a causa dell'economia processuale e dei tempi di approvazione del bilancio, che preme funzionalmente sull'odierno giudizio di parificazione.

L'evidenza della struttura della complessa operazione, infatti, è emersa soltanto *in limine* all'attività istruttoria e segnatamente nell'ambito dell'audizione urgente convocata il 20 novembre 2019, sulla base della nota istruttoria prot. C.d.c. 7975 del 19 novembre 2019.

Nel fare riserva sulla verifica delle legittimità costituzionale di questa complessa operazione, a fronte di ulteriori approfondimenti istruttori, che non hanno potuto completarsi nel corso di questo ciclo di parificazione, il Collegio ritiene pertanto di parificare con riserva le poste del conto del bilancio impiegate per l'ammortamento del debito e, segnatamente:

- U01033, U01043 e U01039 per quello che concerne il prestito MEF;

- U01036 per quello che riguarda il sostentamento degli oneri in garanzia dell'operazione di cartolarizzazione, per effetto della richiamata delegazione di pagamento.

Tale spesa, infatti, sostenuta responsabilmente dalla Regione, ha consentito allo Stato di ridurre il proprio apporto perequativo, aumentando i costi sulla finanza regionale, soprattutto in termini di interessi.»

2. L'impatto sui LEA e sull'uguaglianza

« Soprassedendo sulla vicenda ancora sospesa (sebbene solo formalmente, sulla base delle dichiarazioni in atti) relativa alla richiesta di certificazione della fuoriuscita dal Piano di rientro, ex art. 2, comma 88 della Legge n. 191/2009 (su cui attualmente l'ordinamento non attribuisce competenze alla Sezione regionale di controllo, ferme restando quelle delle Sezioni giurisdizionali, ai sensi degli artt. 103 comma 2 Cost e 20 L. n. 243/2012, tramite il giudizio ad istanza di parte), questa Corte, come già la Corte costituzionale (sent. n. 199/2018), non può non rilevare l'illegittimità in sé del grave ritardo nel conseguimento degli obiettivi.

Ci si è infatti ampiamente discostati dall'orizzonte temporale triennale previsto "teoricamente" per il Piano di rientro.

La responsabilità del ritardo appare di difficile imputazione (nel complesso e farraginoso circuito Stato-Tavoli-Regioni). Responsabilità, ovviamente, intesa come *accountability* (responsività), riferita alla "contabilità di mandato", cui deve obbedire la logica di questo giudizio e della contabilità pubblica in generale.

Nel dare atto dei risultati infine raggiunti dalla Regione, Il Collegio non può non rilevare come un simile ritardo non possa non dipendere in gran parte da un sottodimensionamento delle risorse rispetto al fabbisogno finanziario, su cui grava l'ammortamento del debito pregresso.

All'esito dell'analisi dei dati e degli atti amministrativi prodotti, si può affermare che:

- il percorso di risanamento e l'attuazione dei programmi operativi, comunque, si è tradotto in un'erogazione delle prestazioni essenziali sotto i livelli standard per oltre 12 anni, con un danno al principio di uguaglianza che non va inteso solo in senso personalistico, ma anche economico, atteso che **la disuguaglianza induce mobilità sanitaria negativa per le Regioni in difficoltà, con una redistribuzione indiretta del Fondo sanitario nazionale a favore delle regioni più virtuose, che registrano prestazioni adeguate ed in linea con la c.d. "griglia LEA";**
- la logica della responsabilità finanziaria regionale, promossa attraverso i piani di rientro, non ha sopperito all'urgenza della garanzia degli *standards*, che sono stati subordinanti agli obiettivi economico-finanziari. Ciò ha portato a sottrarre annualmente risorse al recupero del gap qualitativo nella erogazione dei LEA, certificate dalle c.d. griglie (per le quali occorre raggiungere un punteggio minimo di 160, calcolato sulla base di complessi *standard* tecnici).

In definitiva, il dato della lunghezza del tempo di rientro, ha realizzato un vero e proprio *trade-off* tra equilibrio finanziario “a risorse date” meramente contabile e garanzia dei LEA, che ha reso molto difficile e arduo il recupero sul terreno delle “griglie”.

Il fabbisogno per l'erogazione dei livelli *standard* di assistenza, infatti, deve essere adeguatamente sostenuto da risorse, da reperire secondo le competenze e responsabilità disegnate dalla Costituzione (art. 117, comma 2 lett. m), art. 119 comma 5, art. 120 Cost.) e dal legislatore ordinario, sulla base di una disciplina attuativa della L. n. 42/2009 che ha penalizzato fortemente la Regione Campania.

Giova rammentare che fabbisogni e costi *standard* e logiche perequative previste dalla L. n. 42/2009 (legge sul federalismo fiscale) e dal D.lgs. n. 68/2011 (recante “Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario”) non sono stati mai attuati, come ha avuto modo di sottolineare la Corte costituzionale nella sentenza n. 169/2017.

Segnatamente, l'art. 26, comma 1, e l'art. 27, commi 5 e 7, del D.lgs. n. 68/2011 prevedevano e prevedono che fabbisogni e costi standard siano calcolati sulla base di articolati criteri, volti, da un lato a individuare un costo medio “efficiente” e, dall'altro, un fabbisogno da coprire, sulla base di una serie articolata di criteri, in modo da quantificare l'eventuale intervento perequativo.

In via transitoria, tra l'altro, lo stesso criterio della c.d. “quota capitaria” (art. 1, comma 34, della L. n. 662/1996), utilizzabile in luogo di costi e fabbisogni standard per ripartire il Fondo sanitario nazionale (FSN), è stato oggetto di una ripartizione forfettaria che non tiene conto dei veri bisogni sanitari dei territori.

Tale norma, infatti, prevede che, ai fini della determinazione della quota capitaria, in sede di ripartizione del FSN, occorre stabilire i pesi da attribuire ai seguenti elementi: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali.

Lo stesso D.lgs. n. 68/2011, a decorrere dall'anno 2015, richiama all'art. 27, comma 7, i pesi di cui all'art. 1, comma 34, della L. n. 662/1996. Tali “pesi”, avrebbero dovuto essere definiti con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

Per effetto di tale criterio, i cittadini campani ricevono 1.793 euro pro-capite per essere assistiti dal proprio servizio sanitario regionale, a fronte di una media nazionale di 1.839 euro per cittadino.

Cionondimeno, di anno in anno, il riparto del FSN continua ad essere effettuato, in sede di legge di bilancio, sulla base dell'unico criterio della frequenza dei consumi sanitari: quello dell'età.

Non è pertanto irragionevole affermare che il risanamento assorbe una parte delle risorse destinate ai LEA, scaricando sui diritti gli effetti degli squilibri finanziari.

Né, d'altra parte, è stato possibile verificare in quale misura il *trade-off* tra equilibrio finanziario e qualità dei LEA dipenda da inefficienze interne della Regione, la quale, per parte propria e sebbene in oltre 12 anni, ha raggiunto l'equilibrio finanziario e aumentato il punteggio delle "griglie" LEA, a risorse date.

Se è vero che lo scarto tra equilibrio e output costituzionalmente obbligatorio può essere facilmente letto in contropiede, mettendo a confronto i risultati di conto economico, ormai positivi, e le griglie LEA (che offrono parametri di valutazione qualitativi della prestazione) le ragioni e le quote di responsabilità di Stato o Regione in ordine a tale ritardo, scaricatosi sulla uguaglianza dei cittadini, non sono al momento individuabili, ergo, non sindacabili in sede di controllo, a causa del fallimento rappresentativo del "modello LA", che dovrebbe fornire le informazioni necessarie ad emettere un siffatto giudizio.

Infatti, il citato "modello LA" – previsto tra gli schemi di bilancio della contabilità civilistica del settore sanitario – non consente la misurazione dell'efficienza di erogazione delle prestazioni costituzionalmente necessarie da parte dell'Azienda di erogazione "consolidata" Regione. Non è cioè in grado di sopperire, in nessun modo, alla mancanza di costi e fabbisogni *standard*, ai sensi del D.lgs. n. 68/2011, come già del resto evidenziato dalla Corte costituzionale.

In buona sostanza, il richiamato schema di bilancio congloba i costi di erogazione per ciascun servizio, esprimendo in modo indistinguibile (e quindi non misurabile) per ciascun LEA, il costo indiretto di produzione (personale, auto-amministrazione etc.), insieme al valore in sé del servizio reso in *output*. In tal modo, il valore espresso può essere comparativamente identico a quello di Regioni e aziende più efficienti.

Si realizza per tale via un fallimento della "perimetrazione" invocata della sent. n. 169/2017 e della contabilità pubblica, intesa come "contabilità di mandato" (cfr. sent. n. 105/2019), attraverso cui misurare e quindi valutare meriti e responsabilità del gruppo dirigente. Si creano così "zone d'ombra" di responsabilità democratica, allocata nel circuito Stato-Regione, che non consentono di individuare e rendere pubblici i fattori del ritardo nel risanamento (e le responsabilità che si possono allocare a livello regionale, ma ancor di più in quello statale, atteso che è responsabilità dello Stato la garanzia dei LEA). L'effetto, nelle Regioni in piano di rientro, è il rinvio *sine die* dei percorsi di risanamento e di riequilibrio, in uno con il commissariamento».