



Garantire la corretta programmazione
e la rigorosa gestione
delle risorse pubbliche

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

Rapporto n. 11

2022
2023
2024
2025



MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

Roma, dicembre 2024

INDICE

Introduzione.....	11
Sezione I – Monitoraggio spesa sanitaria - Aggiornamento	14
CAPITOLO 1 - Analisi degli effetti della progressiva implementazione del sistema di monitoraggio.....	15
1.1 - Premessa.....	15
1.2 - Spesa sanitaria corrente di CN.....	16
1.2.1 - Analisi degli andamenti generali	16
1.2.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa	21
1.2.3 - Risultati di CN per l'anno 2023	39
1.3 - Spesa sanitaria corrente di CE	43
1.3.1 - Analisi degli andamenti generali	43
1.3.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa	51
Box 1.1 – Livelli essenziali di assistenza	71
CAPITOLO 2 - Verifiche dei Tavoli tecnici sui conti dell'anno 2023	74
2.1 - Verifica dell'equilibrio annuale – Metodologia anno 2023	74
2.2 - Esiti delle regioni non sottoposte a Piano di rientro	88
2.3 - Verifica della corresponsione al SSR del 100% delle risorse ricevute durante l'anno solare 2022 per le regioni non in piano di rientro	94
2.4 - Esiti delle regioni sottoposte a Piano di rientro	94
Box 2.1 - Monitoraggio della spesa sanitaria delle autonomie speciali	115
CAPITOLO 3 - Il Sistema Tessera Sanitaria: l'analisi dei dati	117
3.1 - Premessa: che cos'è il Sistema Tessera Sanitaria	117
3.2 - Sistema TS – servizi online per gli assistiti.....	123
3.3 - Il Sistema TS, il PNRR e i progetti europei.....	123
3.4 - ANA - L'Anagrafe nazionale assistiti	124
3.5 - L'evoluzione della Tessera Sanitaria	125
3.6 - Dematerializzazione delle ricette mediche e Piani terapeutici	127
3.6.1 - Farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale SSN – Anni 2014-2024 (gen-ott)	129
3.6.2 - Il monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	135
3.6.3 - PTE: Nota 97, Nota 99, Nota 100 e PAXLOVID	135
3.6.4 - Ricetta bianca elettronica	137
3.6.5 - L'autenticazione a 2 o più fattori per l'accesso al Sistema TS.....	139
3.6.6 - Televisita.....	139
3.7 - La compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria a carico del SSN.....	141
3.8 - La spesa sanitaria sostenuta dai cittadini.....	142

3.8.1 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: dati di sintesi per gli anni 2016-2023	143
3.8.2 - Consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie	145
3.8.3 - La spesa veterinaria privata	146
3.9 - Fascicolo sanitario elettronico (FSE): l'infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI)	147
3.9.1 - Esercizio della facoltà dell'opposizione al recupero del pregresso per l'alimentazione del FSE	149
3.10 - Collaborazioni con AIFA.....	152
3.11 - Collaborazioni con ISTAT	153
3.12 - Il coinvolgimento del Sistema TS in ambito UE	153
3.12.1 - Il progetto NCPeH	153
3.12.2 - Il progetto POTENTIAL - Pilots for European Digital Identity Wallet	154
3.12.3 - La digitalizzazione della EHIC in ambito UE	154
3.13 - Certificati di malattia, di nascita e decesso	154
3.14 - Il cruscotto di monitoraggio del Sistema TS.....	155
3.15 - Supporto del Sistema TS nell'emergenza epidemiologica da Covid-19	157
3.16 - Supporto del Sistema TS per le attività di cui all'Ordinanza della Protezione Civile n. 881/2022	159
3.17 - Profilo per età della spesa sanitaria.....	159
3.17.1 - Rilevanza, finalità ed utilizzazione	159
3.17.2 - Spesa per la farmaceutica convenzionata	160
3.17.3 - Spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale	164
Box 3.1 - Regole regionali sulla compartecipazione farmaceutica convenzionata	168
Box 3.2 - Regole regionali sulla compartecipazione alla specialistica ambulatoriale	170
Box 3.3 - Regole regionali sulla compartecipazione dei farmaci erogati in DPC.....	171
Box 3.4 - Regole regionali sulla compartecipazione dei farmaci stupefacenti prescritti per la terapia del dolore	172
CAPITOLO 4 - Piano nazionale di ripresa e resilienza e SSN	173
4.1 - Premessa.....	173
4.1.1 - La Missione n. 6 del PNRR "Salute"	173
4.1.2 - Le ulteriori missioni contenenti misure inerenti al settore sanitario: la Missione n. 1 e la Missione n. 5	176
4.1.3 - La riprogrammazione delle misure PNRR	177
4.2 - Gli obiettivi istituzionali del MEF-Ragioneria Generale dello Stato in ambito sanitario.....	178
4.3 - Dettaglio delle misure PNRR relative al settore sanitario.....	178
4.3.1 - Introduzione	178
4.3.2 - Le Riforme previste dalla Missione 6 e dalla Missione 5 del PNRR	179
4.3.3 - Le misure previste dalla Missione 6, Missione 1 e Missione 5.....	182
4.3.3.1 - Misure previste dalla Missione n. 6.....	183
4.3.3.2 - Misure previste dalla Missione n. 1	194

4.3.3.3 - Misure previste dalla Missione n. 5.....	195
CAPITOLO 5 - Investimenti sanitari.....	198
5.1 - Investimenti sanitari.....	198
Sezione II - Nota tecnico-illustrativa.....	208
CAPITOLO 6 - Spesa sanitaria corrente – quadro normativo	209
6.1 - Premessa.....	209
6.2 - Intese Stato-Regioni in materia sanitaria	209
6.3 - Monitoraggio dei conti del sistema sanitario nazionale.....	214
6.3.1 - Modelli di rilevazione dei dati economici e sistema di monitoraggio	214
6.3.2 - Procedura annuale di verifica dell’equilibrio dei conti sanitari regionali (articolo 1, comma 174 della legge n. 311 del 2004).....	216
6.4 - Processo di razionalizzazione dell’acquisto di beni e servizi.....	219
6.5 - Definizione di spesa sanitaria corrente	222
6.6 - Il monitoraggio dei tempi di pagamento.....	224
6.7 - Spesa sanitaria e invecchiamento demografico	227
CAPITOLO 7 - Piani di rientro	229
7.1 - Premessa.....	229
7.2 - Caratteristiche dei piani di rientro.....	230
7.3 - Principali interventi previsti nei piani di rientro	231
7.4 - Attuazione dei piani di rientro.....	232
7.5 - Attività di affiancamento	233
7.6 - Verifiche di attuazione dei piani di rientro.....	234
7.7 - Mancata attuazione del piano di rientro: diffida e commissariamento.....	236
7.8 - Prosecuzione dei piani di rientro: i programmi operativi	238
7.9 - Normativa per l’adozione di un piano di rientro a partire dall’anno 2010.....	239
CAPITOLO 8 - Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011	242
8.1 - Premessa.....	242
8.2 - Decreto legislativo n. 118 del 2011	242
8.3 - Metodologia per la verifica del risultato di gestione	246
8.4 - Metodologia di analisi dello stato patrimoniale	246
8.5 - Certificabilità dei bilanci degli enti del SSR.....	252
Bibliografia	255

INDICE DELLE FIGURE

Fig. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2015-2023 (<i>variazioni percentuali</i>).....	17
Fig. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2014-2023 (<i>milioni di euro</i>).....	19
Fig. 1.3: spesa sanitaria corrente di CN per componente – Anni 2014-2023 (<i>composizioni percentuali</i>).....	22
Fig. 1.4: spesa di CN per i redditi da lavoro dipendente - Anni 2015-2023 (<i>variazioni percentuali</i>).....	24
Fig. 1.5: spesa di CN per i consumi intermedi - Anni 2015-2023 (<i>variazioni percentuali</i>).....	27
Fig. 1.6: spesa di CN per la farmaceutica convenzionata - Anni 2015-2023 (<i>variazioni percentuali</i>).....	31
Fig. 1.7: spesa di CN per l'assistenza medico-generica da convenzione - Anni 2015-2023 (<i>variazioni percentuali</i>).....	34
Fig. 1.8: spesa di CN per le altre prestazioni sociali in natura da privato - Anni 2015-2023 (<i>variazioni percentuali</i>).....	35
Fig. 1.9: altre componenti della spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2015-2023 (<i>variazioni percentuali</i>).....	39
Fig. 1.10: spesa sanitaria corrente di CE per gruppi di regioni – Anni 2015-2023 (<i>variazioni percentuali</i>).....	48
Fig. 1.11: disavanzi sanitari per gruppi di regioni – Anni 2014-2023 (<i>milioni di euro</i>).....	50
Fig. 1.12: spesa per i redditi da lavoro dipendente per gruppi di regioni – Anni 2015-2023 (<i>variazioni percentuali</i>).....	54
Fig. 1.13: spesa per i prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2015-2023 (<i>variazioni percentuali</i>).....	57
Fig. 1.14: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per gruppi di regioni –Anni 2015-2023 (<i>variazioni percentuali</i>).....	60
Fig. 1.15: spesa per la farmaceutica convenzionata per gruppi di regioni – Anni 2015-2023 (<i>variazioni percentuali</i>).....	63
Fig. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per gruppi di regioni – Anni 2015-2023 (<i>variazioni percentuali</i>).....	66
Fig. 1.17: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per gruppi di regioni – Anni 2015-2023 (<i>variazioni percentuali</i>).....	69

Fig. 3.1: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2003-2019	120
Fig. 3.2: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2020-2021	121
Fig. 3.3: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2022-2024	122
Fig. 3.4: Tessera sanitaria - TEAM.....	126
Fig. 3.5: ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale sul Totale delle ricette (dematerializzate + cartacee).....	130
Fig. 3.6: dettaglio prestazioni di specialistica ambulatoriale – Anni 2020-2024 (gen-ott).....	131
Fig. 3.7: ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata, utilizzate dagli assistiti, rispetto al totale delle ricette di farmaceutica convenzionata utilizzate dagli assistiti, periodo gen-ott – Anni 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024.....	131
Fig. 3.8: ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale, utilizzate dagli assistiti, rispetto al totale delle ricette di specialistica ambulatoriale utilizzate dagli assistiti, periodo gen-ott – Anni 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024	132
Fig. 3.9: andamento dell’incidenza delle ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale, utilizzate dagli assistiti e prescritte da MMG/PLS, periodo gen-ott – Anni 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024.....	133
Fig. 3.10: andamento dell’incidenza delle ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale, utilizzate dagli assistiti e prescritte da medici diversi da MMG/PLS, periodo gen-ott – Anni 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024	133
Fig. 3.11: andamento delle ricette erogate di specialistica ambulatoriale – Anni 2019-2023 e gen-ott 2024 (<i>milioni di ricette</i>)	135
Fig. 3.12: percentuale di dematerializzazione dei farmaci prescritti con nota 97, nota 99 e nota 100 – periodo gen 2022 – nov 2024.....	137
Fig. 3.13: andamento del numero di ricette farmaceutiche non a carico SSN prescritte tramite ricetta dematerializzata – periodo gen 2022 – nov 2024.....	139
Fig. 3.14: andamento del numero di prestazioni erogate in Televisita – periodo gen 2022 – nov 2024	140
Fig. 3.15: spesa sanitaria privata 2023 – distribuzione percentuale per tipologia di spesa e struttura di erogazione.....	145
Fig. 3.16: distribuzione percentuale per tipologia di errore segnalata	146
Fig. 3.17: opposizione al Progresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN al 30/06/2024 – transazioni giornaliere.....	151

Fig. 3.18: numero di utenti che accedono al cruscotto TS suddivisi per tipologia e relativo numero di visualizzazioni di report.....	156
Fig. 3.19: numero di visualizzazioni di report per tipologia di cruscotto tematico in percentuale rispetto al totale delle visualizzazioni	157
Fig. 3.20: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2023.....	161
Fig. 3.21: spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN. Valore pro capite standardizzato per sesso e area geografica – Anno 2023.....	162
Fig. 3.22: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per regione – Anno 2023	162
Fig. 3.23: spesa farmaceutica netta convenzionata con il SSN. Valore pro capite standardizzato per età, sesso e area geografica – Anno 2023	163
Fig. 3.24: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2023	165
Fig. 3.25: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata. Valore pro capite standardizzato per sesso e area geografica - Anno 2023	165
Fig. 3.26: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2023	166
Fig. 3.27: spesa specialistica ambulatoriale per macro area geografica. Valore pro capite standardizzato per età, sesso e area geografica- Anno 2023	167
Fig. 5.1: Pagamenti operati per interventi finanziati dall'articolo 20 della legge 67/1988 – Anni 1998-2023 (<i>milioni di euro</i>).....	206
Fig. 6.1: attuazione procedura del comma 174 della L 311/2004 sui risultati di gestione al IV trimestre di ciascun anno di verifica.....	218

INDICE DELLE TABELLE

Tab. 1.1: finanziamento ordinario del SSN, spesa sanitaria corrente di CN e PIL – Anni 2014-2023 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	18
Tab. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN per componente – Anni 2014-2023 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	21
Tab. 1.3: spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2014-2023 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	44
Tab. 1.4: risultati d’esercizio valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti per regione – Anni 2014-2023 (<i>valori in milioni di euro</i>).....	49
Tab. 1.5: finanziamento effettivo della spesa sanitaria per regione – Anni 2014-2023 (<i>milioni di euro</i>).....	50
Tab. 1.6: risultati d’esercizio in percentuale del finanziamento effettivo per regione – Anni 2014-2023	51
Tab. 1.7: spesa di CE per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2014-2023 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	52
Tab. 1.8: spesa per i redditi da lavoro dipendente in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2014-2023	55
Tab. 1.9: spesa di CE per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2014-2023 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	56
Tab. 1.10: spesa per i prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2014-2023.....	58
Tab. 1.11: spesa di CE per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2014-2023 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	59
Tab. 1.12: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2014-2023	61
Tab. 1.13: spesa di CE per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2014-2023 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	62
Tab. 1.14: spesa per la farmaceutica convenzionata in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2014-2023	64
Tab. 1.15: spesa di CE per l’assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2014-2023 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	64
Tab. 1.16: spesa per l’assistenza medico-generico da convenzione in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2014-2023	67

Tab. 1.17: spesa di CE per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2014-2023 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	68
Tab. 1.18: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2014-2023	70
Tab. 3.1: servizi al cittadino disponibili sul portale del Sistema TS	123
Tab. 3.2: interventi PNRR inerenti al coinvolgimento del Sistema TS	123
Tab. 3.3: progetti UE inerenti al coinvolgimento del Sistema TS	124
Tab. 3.4: ricette dematerializzate utilizzate dal cittadino, farmaceutica convenzionata e specialistica – Anni 2014-2024 (gen-ott) (<i>milioni di unità</i>).....	130
Tab. 3.5: valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate – Anni 2016-2024 (gen-ott) (<i>valori in milioni di euro</i>).....	134
Tab. 3.6: variazioni percentuali del valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate – Anni 2016-2023	134
Tab. 3.7: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione dei Piani terapeutici Nota 97, Nota 99, Nota 100 e Paxlovid.....	136
Tab. 3.8: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione delle ricette farmaceutiche non a carico SSN	138
Tab. 3.9: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione delle ricette contenenti prestazioni erogate in modalità Televisita	140
Tab. 3.10: compartecipazione alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale a carico del SSN – Anni 2016-2024 (gen-ott)(<i>valori in miliardi di euro</i>)	141
Tab. 3.11: soggetti tenuti alla trasmissione delle spese sanitarie private al Sistema TS.....	143
Tab. 3.12: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata – Anni 2016-2023 (valori in miliardi di euro e variazioni percentuali)	144
Tab. 3.13: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi. Dettaglio regionale – Anni 2016-2023 (valori in miliardi di euro e variazioni percentuali)	144
Tab. 3.14: spesa veterinaria privata trasmessa al Sistema TS per il 730-precompilato – Anni 2016-2023 (valori in milioni di euro e variazioni assolute).....	146

Tab. 3.15: opposizione al caricamento del Pregresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN al 30/06/2024 – transazioni assistiti	150
Tab. 3.16: opposizione al caricamento del Pregresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN al 30/06/2024 - transazioni operatori ASL.....	151
Tab. 5.1: Livello di finanziamento complessivo del programma di edilizia sanitaria – Anni 1988-2024 (<i>euro</i>).....	200
Tab. 5.2: Fasi di sviluppo del programma di edilizia sanitaria – Anni 1988-2024 (<i>euro</i>).....	201
Tab. 5.3: Accordi di programma (ADP) complessivamente sottoscritti per Regione negli anni dal 1998 al 2023 (<i>euro</i>).....	205
Tab. 5.4: Ulteriori atti di finanziamento, diversi dagli ADP, complessivamente sottoscritti per Regione negli anni dal 1998 al 2023 (<i>euro</i>).....	205
Tab. 5.5: Pagamenti complessivi alle regioni e province autonome sugli atti di finanziamento assegnati negli anni di gestione, dal 1998 al 2023 (<i>euro</i>).....	206
Tab. 5.6: Attuazione degli Accordi di programma (ADP) sottoscritti per Regione negli anni dal 2014 al 2024 (<i>euro</i>).....	207
Tab. 7.1: attività di affiancamento - Anno 2023	234

Introduzione¹

Il miglioramento del livello generale delle condizioni di salute e la salvaguardia dello stato di benessere psico-fisico della popolazione costituiscono un obiettivo fondamentale delle politiche pubbliche.

Ferma rimanendo tale priorità, alla luce dei vincoli di bilancio e delle caratteristiche demografiche del Paese è opportuna una costante azione di consolidamento e di rafforzamento delle attività di monitoraggio dei costi e della qualità delle prestazioni erogate nelle diverse articolazioni territoriali del Servizio sanitario nazionale (SSN).

Negli ultimi venti anni, in particolare, il SSN è stato interessato da importanti interventi di riforma che, gradualmente, hanno delineato un articolato sistema di *governance*, che ha consentito di migliorare l'efficienza del settore, fermo restando il principio della garanzia del diritto alla salute costituzionalmente garantito.

Gli interventi più significativi del processo di riforma hanno riguardato: la sottoscrizione di specifiche Intese tra Stato e Regioni, con finalità programmatiche e di coordinamento dei rispettivi ambiti di competenza, l'introduzione e il potenziamento di un sistema di rilevazione contabile economico-patrimoniale, l'attivazione di specifici Tavoli di verifica degli equilibri finanziari e della qualità delle prestazioni erogate dal settore sanitario.

Nella regolamentazione dei rapporti fra lo Stato e le Regioni, costituiscono strumenti essenziali del sistema di *governance*: l'obbligo regionale di garantire l'equilibrio nel settore sanitario con riferimento a ciascun anno, tramite l'integrale copertura degli eventuali disavanzi sanitari, ove presenti; l'obbligo della redazione di un Piano di rientro per le regioni con disavanzi sanitari superiori alla soglia fissata per legge fino al commissariamento della funzione sanitaria, qualora il Piano di rientro non sia adeguatamente redatto o non sia attuato da regione nei tempi e nei modi previsti.

L'attività di analisi e monitoraggio della gestione della spesa sanitaria a livello regionale ha dimostrato, tra l'altro, che le conseguenze di una gestione non efficiente delle risorse finanziarie in campo sanitario sono la formazione di rilevanti disavanzi e la cattiva qualità dei servizi sanitari assicurati ai cittadini. Ne è una conferma il fatto che, negli anni, nelle regioni sottoposte ai Piani di rientro dai *deficit* sanitari si è registrato, contestualmente alla riduzione del disavanzo, anche un miglioramento nell'erogazione dei LEA, seppure in misura non uniforme e con diversa velocità. Queste evidenze rafforzano l'esigenza e la strategicità di un monitoraggio costante dell'andamento della spesa sanitaria, nonché l'esigenza di individuare le pratiche migliori che emergono nei diversi modelli organizzativi presenti a livello regionale, favorendone la diffusione.

Il rafforzamento dell'azione di governo del sistema sanitario, con l'adozione di interventi incisivi in tutte quelle situazioni che evidenziano inefficienza o inappropriatelyzza nella produzione ed erogazione delle prestazioni, costituisce uno strumento efficace anche nel fronteggiare le tendenze espansive della domanda di prestazioni sanitarie indotte dalle

¹ I riferimenti ai provvedimenti legislativi richiamati nel presente Rapporto si intendono nei testi vigenti, in particolare per i decreti legge nei testi convertiti in legge, e successive modifiche eventualmente intervenute.

dinamiche demografiche. L'esperienza in tale ambito, ha mostrato che esistono margini di efficientamento e di razionalizzazione del sistema che possono essere utilmente attivati per far fronte agli effetti dell'invecchiamento della popolazione garantendo la qualità e l'universalità dei servizi erogati.

Nell'ambito del processo di potenziamento del sistema di *governance*, la realizzazione del Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS) ha rappresentato una tappa importante. Tale progetto prevede, infatti, l'implementazione di un sistema informativo delle prescrizioni mediche in grado di potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria e la verifica della appropriatezza prescrittiva, attraverso la rilevazione, su tutto il territorio nazionale, dei dati relativi alle ricette mediche. Tali funzionalità sono state progressivamente ampliate sia in riferimento alla trasmissione delle spese mediche per il modello 730 precompilato che all'implementazione, più di recente, del sistema di interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico, quest'ultimo in coerenza con gli interventi previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

L'emergenza sanitaria conseguente alla diffusione del virus SARS-COV-2, ha reso ancora più centrale il ruolo del SSN. In particolare, al fine di fronteggiare gli effetti della pandemia, è stato necessario introdurre significativi mutamenti nell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale che dovranno essere consolidati.

In aggiunta a ciò, non può non richiamarsi il ruolo assunto dal PNRR ed, in particolare, dalla c.d. "Missione 6 – Salute", che, nel promuovere le attività per il predetto adeguamento e ammodernamento del SSN, destina risorse significative al settore della salute e prevede rilevanti interventi di riforma strutturale che si pongono l'obiettivo di riformare la rete di assistenza sanitaria territoriale perseguendo una maggiore capillarità dei servizi sanitari disponibili sul territorio, un ammodernamento delle strutture tecnologiche disponibili ed un potenziamento della digitalizzazione del SSN per un miglioramento nella capacità di erogazione dei servizi sanitari e del relativo monitoraggio (Capitolo 4).

Rispetto alle precedenti edizioni del Rapporto è stato introdotto il Capitolo inerente agli investimenti sanitari in cui vengono fornite informazioni di contesto e di dettaglio sull'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico.

Il presente Rapporto è strutturato in due sezioni. Nella prima sezione sono presenti informazioni e dati aggiornati rispetto a quelli contenuti nel precedente Rapporto n. 10. In particolare, nel Capitolo 1 viene fornita una rendicontazione quantitativa degli effetti finanziari e di struttura conseguenti al sistema di *governance*, con riferimento sia ai dati di Contabilità nazionale sia ai dati di Conto economico, questi ultimi articolati anche a livello regionale. Il capitolo contiene l'aggiornamento dei dati al 2023. Il Capitolo 2 espone le risultanze delle riunioni di verifica dei Tavoli tecnici relative al risultato di gestione del settore sanitario regionale con riferimento ai dati di IV trimestre 2023. Il Capitolo 3 illustra lo stato di avanzamento del Sistema Tessera Sanitaria, anche in relazione ai compiti aggiuntivi assegnati dalla normativa vigente. Il capitolo fornisce, inoltre, l'aggiornamento di alcune indicazioni quantitative sulla spesa farmaceutica e specialistica desunte dall'archivio dei dati rilevati. Il Capitolo 4 dà conto delle misure PNRR relative al settore sanitario. Infine, il Capitolo 5 è dedicato all'edilizia sanitaria.

La seconda sezione contiene le principali informazioni di contesto relative al quadro normativo che regola il settore sanitario e riporta in aggiornamento l'evoluzione legislativa registratasi nell'ultimo anno. In particolare, il Capitolo 6 illustra gli aspetti principali della *governance* nel settore a partire dal 2001, anno della riforma del Titolo V della Costituzione. I restanti Capitoli contengono un *focus* sui Piani di rientro e sul Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011, che ha modificato, a partire dal 2012, le regole

contabili nel settore sanitario.

Sezione I – Monitoraggio spesa sanitaria - Aggiornamento

CAPITOLO 1 - Analisi degli effetti della progressiva implementazione del sistema di monitoraggio

1.1 - Premessa

Il presente capitolo intende offrire una valutazione degli effetti prodotti dalla progressiva implementazione del sistema di *governance* nel settore sanitario pubblico italiano attraverso l'analisi della spesa sanitaria corrente risultante dalla Contabilità Economica (CE²) degli Enti Sanitari Locali (ESL) e quella desumibile dalla Contabilità Nazionale (CN) con riferimento al settore istituzionale delle Amministrazioni pubbliche³ (c.d. spesa sanitaria corrente di CN).

Negli ESL sono ricomprese quattro specifiche tipologie di enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): le Aziende Sanitarie Locali (ASL), le Aziende Ospedaliere (AO), le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU⁴) e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico. Di contro, nelle summenzionate amministrazioni pubbliche sono da annoverare, oltre agli ESL, anche altri enti⁵ in relazione alle prestazioni sanitarie da questi erogate⁶.

Il SSN è da intendersi come il sistema di sicurezza sociale posto in essere dallo Stato, dalle regioni e da altri soggetti istituzionali atto a garantire un complesso di funzioni e di attività assistenziali a tutela della salute individuale e collettiva nel rispetto dei principi di universalità, eguaglianza ed equità. In forza dell'articolo 32 della Costituzione, il SSN è stato, infatti, istituito con la legge n. 833/1978 al fine di superare il preesistente sistema mutualistico che forniva assistenza limitatamente agli iscritti a specifici regimi assicurativi. Con l'istituzione del SSN l'erogazione delle cure mediche è stata prevista per l'intera popolazione in funzione del bisogno sanitario, senza distinzioni (sociale, economica, di condizione di salute, ecc.) e in modo uniforme⁷.

Con riferimento alle due succitate definizioni di spesa sanitaria (CE e CN), la Sezione II del presente Rapporto riporta alcune specificazioni di dettaglio.

² Fino al 2018, i modelli di rilevazione contabile sono stati quelli previsti dal Decreto ministeriale 15 giugno 2012 e precedenti. Successivamente, il Decreto ministeriale 24 maggio 2019 ha previsto una revisione incrementandone i contenuti informativi.

³ Tale tipologia di spesa è riportata nel Conto economico consolidato della sanità relativo alle Amministrazioni pubbliche, nell'ambito dei Conti della Protezione sociale all'interno dei Conti nazionali, predisposto dall'Istituto nazionale di Statistica (ISTAT).

⁴ Articolo 2 del decreto legislativo n. 517/1999.

⁵ Stato, Enti locali, ecc.

⁶ Per mera specificità, si precisa che la spesa degli ESL rappresenta ordinariamente la quasi totalità della spesa sanitaria corrente di CN, al netto di taluni periodi, per esempio la gestione durante il Covid nel corso del quale è stato rilevante anche il ruolo svolto direttamente dallo Stato centrale.

⁷ Articolo 1, commi 1 e 2, del decreto legislativo n. 502/1992 e Luiss (2008), pagina 24.

1.2 - Spesa sanitaria corrente di CN

1.2.1 - Analisi degli andamenti generali

Le politiche in ambito sanitario, oltre a garantire l'imprescindibile obiettivo di tutela della salute dei cittadini, sono contrassegnate da uno specifico sistema di *governance* finalizzato al monitoraggio e all'efficientamento dell'intero settore e dei singoli Servizi Sanitari Regionali (SSR⁸).

Gli effetti dell'implementazione di tali interventi hanno generato ripercussioni sulla dinamica della spesa sanitaria corrente di CN in relazione al conseguente contenimento del *trend* di crescita. Il tasso di incremento medio annuo riscontrabile a decorrere dal 2010 è stato inferiore a quello registrato nelle annualità precedenti⁹. Nella fattispecie, dal 2000 al 2010 l'aumento medio annuo è stato del 5,2% a fronte dell'1,3% osservato nel periodo successivo¹⁰.

Tale ultimo tasso sarebbe risultato ancora più basso se non fosse stato fortemente condizionato dall'incremento caratterizzante il triennio 2020-2022, interessato dal Covid, successivamente stabilizzatosi nel 2023. In effetti, se i tassi di variazione annua dal 2010 al 2019 non hanno oltrepassato i 2 punti percentuali¹¹, dal 2020 al 2022 i medesimi quozienti hanno superato la soglia del 3%, peraltro toccando il 6,1% nel 2020¹². Nel 2023 i costi si sono sostanzialmente attestati sullo stesso livello dell'anno precedente (Fig. 1.1).

I rilevanti aumenti tra il 2020 e il 2022 sono fondamentalmente imputabili alle azioni poste in essere per arginare la diffusione del virus SARS-CoV-2¹³. Quest'ultima, dai primi mesi del 2020, ha generato un'emergenza sanitaria in Italia¹⁴, e nel resto del mondo, per il cui contrasto è stato necessario adottare specifici interventi normativi¹⁵ finalizzati al potenziamento della *performance* del SSN in termini di reclutamento di personale, di ottimizzazione delle prestazioni erogate e di adeguamento delle infrastrutture. L'attuazione di tali misure ha comportato un consistente aumento della spesa per la cui copertura sono state stanziare ingenti risorse, talune direttamente gestite dallo Stato.

⁸ I SSR, previsti dall'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo n. 502/1992, sono infatti contraddistinti da propri modelli organizzativi per l'erogazione dei servizi assistenziali.

⁹ I dati antecedenti al 2014 sono disponibili all'indirizzo: <http://dati.istat.it/>. Valutazioni sulla dinamica della spesa sanitaria a decorrere dal 2002 possono rinvenirsi in Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2019), benché i dati risultino essere differenti per revisioni effettuate nel corso del tempo dall'ISTAT. Alcune delucidazioni in merito a queste ultime sono reperibili nel paragrafo inerente alla definizione di spesa sanitaria corrente riportata nella Sezione II del presente Rapporto.

¹⁰ Per mera specificazione, in CN la spesa nel 2020 è stata di 66.758 milioni di euro, mentre nel 2010 è risultata pari a 110.883 milioni di euro.

¹¹ Nel periodo 2010-2013 sono riscontrabili anche valori negativi.

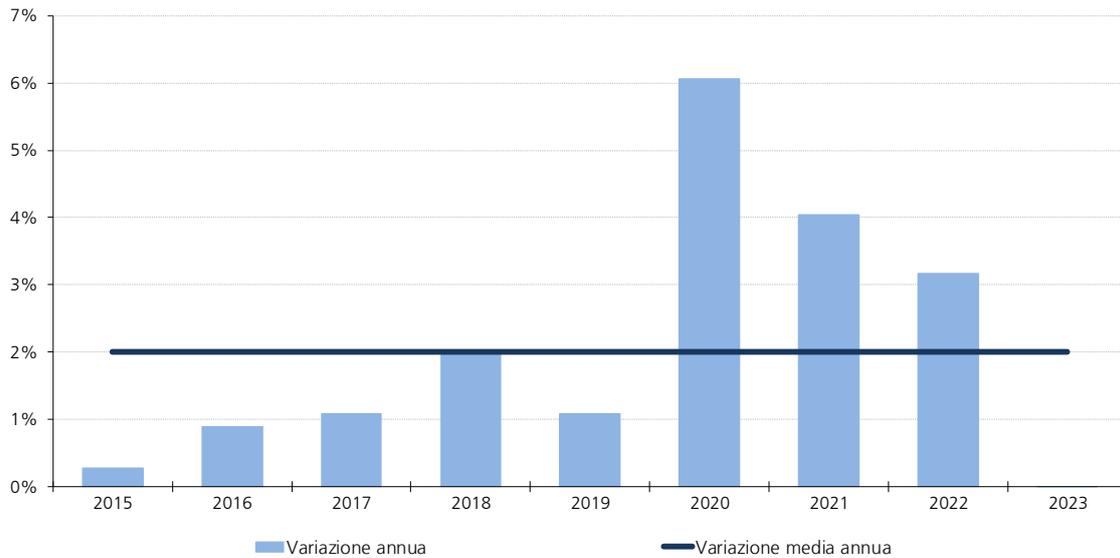
¹² Il tasso di incremento medio annuo dal 2014 al 2023 è pari al 2%.

¹³ Nel seguito denominato anche Covid-19.

¹⁴ Durata fino al 31 marzo 2022 (articolo 1, comma 1, del decreto-legge n. 221/2021).

¹⁵ In particolare, si possono citare i decreti-legge 18, 34, 104 e 137 del 2020, la legge 178 del 2020, i decreti-legge 41, 73 e 105 del 2021 e la legge n. 234 del 2021.

Fig. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2015-2023 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2024.

Nel 2022, oltre al consolidamento di alcuni costi maturati nei due anni precedenti¹⁶, l'incremento della spesa è stato influenzato, tra l'altro, dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche, conseguente allo scoppio della guerra in Ucraina¹⁷. Terminata la fase emergenziale pandemica, il 2023 ha mostrato una sostanziale stabilizzazione dei costi tenuto anche conto del protrarsi degli oneri sul SSN connessi con le ostilità belliche in Ucraina¹⁸.

La succitata crisi epidemiologica da Covid-19 ha prodotto riflessi pure sulla dinamica del Prodotto Interno Lordo (PIL). In particolare, nel 2020 si è riscontrata una contrazione del 7,5% per via delle limitazioni imposte normativamente agli spostamenti individuali sul territorio nazionale nonché della sospensione o rallentamento delle attività in diversi settori economici¹⁹.

In relazione a ciò, l'incidenza della spesa sanitaria corrente di CN sul PIL tra il 2020 e il 2022 è cresciuta registrando valori non inferiori a quelli degli anni precedenti, con una punta del 7,4% nel 2020, primo anno del triennio citato (Tab. 1.1).

¹⁶ Con finalità non esaustive, si cita l'articolo 1, comma 409, della legge n. 178/2020.

¹⁷ A causa del conflitto, sono gravati sul SSN ulteriori oneri atti a garantire l'assistenza ai cittadini ucraini accolti sul territorio italiano e richiedenti protezione temporanea (articolo 44, comma 1, lettera c), del decreto-legge n. 50/2022). Per maggiori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo relativo ai risultati di CN per il 2023.

¹⁸ Articolo 1, comma 6, del decreto-legge n. 16/2023.

¹⁹ Con finalità non esaustive, si cita l'articolo 14, comma 1, del decreto-legge n. 18/2020. Restrizioni meno stringenti sono state imposte anche negli anni seguenti (articolo 10-bis del decreto-legge n. 52/2021; articolo 9, comma 1, lettera a), del decreto-legge n. 105/2023).

Tab. 1.1: finanziamento ordinario del SSN, spesa sanitaria corrente di CN e PIL – Anni 2014-2023 (valori assoluti in milioni di euro)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Finanziamento ordinario del SSN ^(a)	109.928	109.715	111.002	112.577	113.404	114.474	120.557	122.061	125.980	128.869
% del PIL	6,8%	6,6%	6,5%	6,5%	6,4%	6,4%	7,3%	6,7%	6,4%	6,2%
Variazione %		-0,2%	1,2%	1,4%	0,7%	0,9%	5,3%	1,2%	3,2%	2,3%
Spesa sanitaria corrente di CN ^(b)	109.712	110.008	110.977	112.185	114.423	115.663	122.679	127.627	131.674	131.119
% del PIL	6,7%	6,6%	6,5%	6,5%	6,5%	6,4%	7,4%	7,0%	6,7%	6,3%
Variazione %		0,3%	0,9%	1,1%	2,0%	1,1%	6,1%	4,0%	3,2%	-0,4%
Prodotto interno lordo ai prezzi di mercato ^(c)	1.627.406	1.655.355	1.695.787	1.736.593	1.771.391	1.796.649	1.661.240	1.821.935	1.962.846	2.085.376
Variazione %		1,7%	2,4%	2,4%	2,0%	1,4%	-7,5%	9,7%	7,7%	6,2%

^(a) Fonte: Disposizioni normative e relative intese tra lo Stato e le Regioni.

^(b) Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2024. Valori scaricabili dalla banca dati disponibile all'indirizzo <http://dati.istat.it>.

^(c) Fonte: Istat, Conti e aggregati economici nazionali annuali con valutazione a prezzi correnti, Marzo 2024. Valori scaricabili dalla banca dati disponibile all'indirizzo <http://dati.istat.it>.

La spesa sanitaria corrente di CN può essere messa in relazione anche con il fabbisogno sanitario nazionale *standard*, ossia l'insieme delle risorse preordinate per il SSN al cui finanziamento concorre ordinariamente lo Stato²⁰. Tali provviste sono costituite da poste derivanti dalla fiscalità regionale, come l'Imposta Regionale sulle Attività Produttive (IRAP) e l'addizionale all'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche (IRPEF), da risorse statali derivanti dalla compartecipazione all'Imposta sul Valore Aggiunto (IVA) oltre che dalla compartecipazione delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano²¹ e dalle entrate proprie "cristallizzate"²² dei SSR. Il livello del fabbisogno sanitario, costituito da una componente indistinta e una vincolata al perseguimento di determinati obiettivi²³, è definito mediante interventi normativi e intese Stato-Regioni²⁴, coerentemente con il quadro macroeconomico e i vincoli di finanza pubblica²⁵ nonché con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA²⁶) da erogarsi in condizioni di efficienza e di appropriatezza. Tali due ultime dimensioni hanno il fine di favorire l'ottimizzazione della *performance* del SSN. In particolare, l'appropriatezza può declinarsi in una duplice accezione. Da un lato quella clinica, intesa come l'erogazione di una prestazione necessaria e più adeguata a fronte di uno specifico bisogno²⁷, e dall'altro quella prescrittiva, identificabile come la somministrazione dell'assistenza più efficace anche a livello economico²⁸.

Il riparto del finanziamento ordinario del SSN tra i vari soggetti destinatari viene sancito, previa Intesa Stato-Regioni, mediante una delibera del Comitato Interministeriale

²⁰ In altre parole, i fabbisogni sanitari *standard*, insieme ai costi *standard*, rappresentano il riferimento a cui rapportare il finanziamento integrale della spesa sanitaria (articolo 25 e seguenti del decreto legislativo n. 68/2011).

²¹ A decorrere dal 2022, è stato riconosciuto alla Sicilia uno specifico contributo statale a titolo di concorso all'onere per l'innalzamento della quota di compartecipazione regionale al 49,11% (articolo 1, comma 162, della L 197/2022; articolo 9, comma 1, del decreto-legge n. 145/2023; articolo 1, comma 448, della legge n. 213/2023).

²² Sono ricavi dei SSR derivanti dai *ticket* o dall'attività di *intramoenia* per un ammontare prestabilito, in poco meno di 2.000 milioni di euro, da un'Intesa Stato-Regioni.

²³ Oltre alla quota destinata alle regioni, sono ricomprese provviste a favore di altri enti che erogano prestazioni sanitarie (Centro nazionale trapianti, Istituto zooprofilattico sperimentale, ecc.).

²⁴ Per mera esemplificazione, si cita il c.d. "Patto per la salute" identificabile come l'intesa, di norma triennale, per mezzo della quale i soggetti istituzionali coinvolti, a decorrere dal 2001, individuano le provviste da destinare al SSN e concertano la *governance* del settore fissandone le modalità per il monitoraggio.

²⁵ Articolo 25, comma 2, del decreto legislativo n. 68/2011.

²⁶ Per dettagli in merito si rinvia al pertinente Box del presente capitolo.

²⁷ Ad esempio, l'utilizzo pertinente di una tecnologia.

²⁸ Ministero della salute (2005), pag. 26; articolo 11, comma 7, lettera b), del decreto-legge n. 78/2010; articolo 9-quater del decreto-legge n. 78/2015; articolo 15-decies del decreto legislativo n. 502/1992.

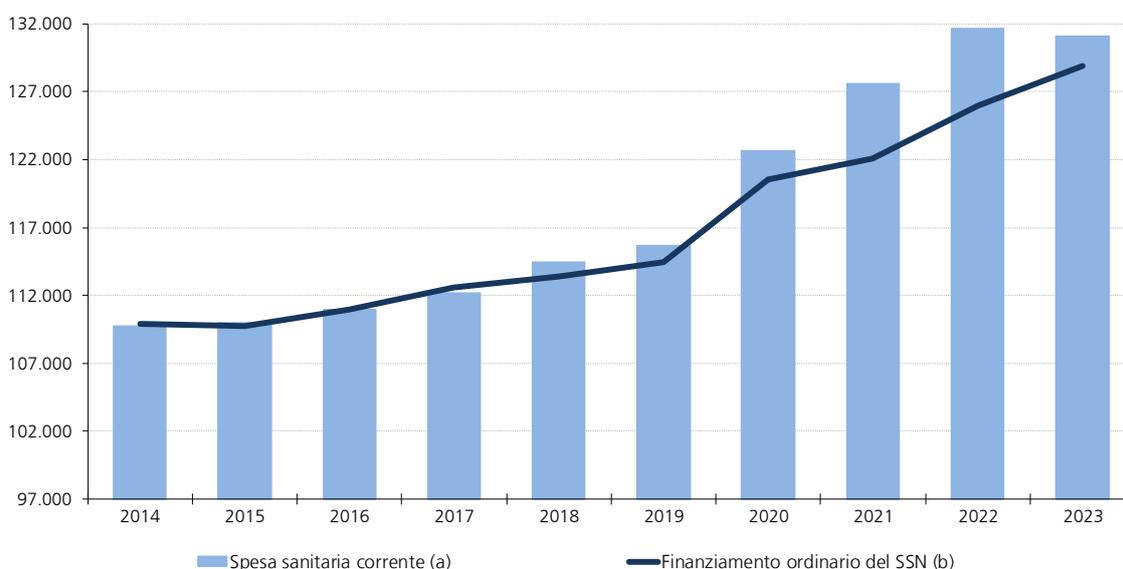
per la Programmazione Economica e lo Sviluppo Sostenibile (CIPESS). Nell'ambito del riparto del finanziamento vengono assicurate anche le compensazioni finanziarie, tra le diverse regioni e tra Stato e regioni, inerenti alla mobilità extraregionale e internazionale²⁹.

Il confronto intertemporale tra il finanziamento ordinario del SSN e la spesa sanitaria corrente di CN mette a disposizione informazioni utili a valutare la congruità in termini di copertura dei costi, pur insistendo sulla spesa sanitaria corrente di CN criteri di contabilizzazione propri del Sistema Europeo dei Conti nazionali e regionali (SEC) che differiscono dai criteri di assegnazione dei finanziamenti.

Dal 2014 al 2023, il fabbisogno sanitario nazionale ha evidenziato un andamento tendenzialmente crescente, al pari della spesa sanitaria³⁰ (Fig. 1.2). Le maggiori divergenze tra le due grandezze sono riscontrabili nel 2017, anno in cui il finanziamento ordinario è risultato superiore alla spesa sanitaria corrente di CN per circa 400 milioni di euro, e nel biennio 2021-2022, periodo in cui è risultato inferiore di oltre 5.500 milioni di euro.

Il consistente scostamento rilevato in tali due ultime annualità è fondamentalmente imputabile a tre diversi ordini di motivi.

Fig. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2014-2023 (milioni di euro)



^(a) Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2024.

^(b) Fonte: Disposizioni normative e relative intese tra lo Stato e le Regioni.

Il primo concerne la facoltà, preordinata normativamente, di coprire costi correnti adoperando eventuali economie maturate su risorse destinate al contrasto del Covid-19 non impiegate nell'anno di competenza, anche per finalità diverse da quelle previste dall'originaria linea di finanziamento³¹.

²⁹ Articolo 12, comma 3, lettera b), del decreto legislativo n. 502/1992.

³⁰ Valori leggermente negativi si registrano esclusivamente nel 2015 per il finanziamento e nel 2023 per la spesa.

³¹ Articolo 26, commi 3 e 4, del decreto-legge n. 73/2021; articolo 16, comma 8-*novies*, del decreto-legge n. 146/2021; articolo 1, comma 279, della legge n. 234/2021; articolo 4, comma 9-*septies*, del decreto-legge n. 198/2022. Con riferimento agli interventi normativi emanati per fronteggiare il Covid-19 (decreti-legge 18, 34 e 104 e la legge 178 del 2020 nonché i decreti-legge 41 e 73 del 2021) risultano quote inutilizzate per quasi 1.600 milioni di euro a valere sul finanziamento ordinario del 2020 e di circa 350 milioni di euro su quello del 2021. Sui primi hanno trovato copertura costi

La seconda ragione riguarda l'inclusione nella spesa sanitaria corrente di CN dei costi sostenuti dal Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica da Covid-19³² nonché dalla subentrante Unità per il completamento della campagna vaccinale e per l'adozione di altre misure di contrasto della pandemia³³. La copertura di tali oneri è assicurata attraverso provviste statali stanziare *ad hoc* e trasferite su un'apposita contabilità speciale³⁴, gestite direttamente a livello nazionale, che hanno costituito finanziamenti ulteriori rispetto al fabbisogno sanitario nazionale *standard*. Con particolare riferimento al 2021, sulla spesa del Commissario di cui all'articolo 122 del decreto-legge n. 18/2020 ha inciso l'implementazione del Piano vaccinale anti Covid-19 che ha visto il coinvolgimento dell'intero Sistema Paese³⁵. Con il supporto di alcuni attori istituzionali³⁶, sono stati posti in essere specifici interventi che hanno portato a un considerevole reclutamento di vaccinatori³⁷, alla realizzazione di svariati *hub* vaccinali³⁸, all'interessamento di diversi soggetti³⁹, ecc. L'attuazione del Piano è stata possibile in ragione della costituzione di un'affidabile struttura organizzativa incentrata su tre linee operative: a) l'approvvigionamento e la distribuzione⁴⁰; b) il monitoraggio dei fabbisogni; c) la capillarizzazione della somministrazione⁴¹.

La terza motivazione, relativa solo al 2022, attiene al rinnovo del contratto per il triennio 2019-2021 del personale non dirigente del SSN. Sulla spesa sanitaria corrente di tale annualità grava, infatti, il pagamento degli arretrati, onorati nell'anno di

per quasi 950 milioni di euro nel 2021 e intorno ai 400 milioni di euro nel 2022, mentre con i secondi sono stati regolati oneri per circa 150 milioni di euro nel 2022. Le quote residuali sono state, in buona parte, utilizzate nel corso del 2023.

³² Articolo 122 del decreto-legge n. 18/2020.

³³ Tale struttura ha operato dal 1° aprile 2022 fino al 30 giugno 2023 visto che successivamente il Ministero della salute ne ha assunto le funzioni (articolo 2 del decreto-legge n. 24/2022). Per l'espletamento delle attività in questione, l'ISTAT ha attribuito una spesa di poco più di 1.850 milioni di euro nel 2020, di oltre 3.560 milioni di euro nel 2021, di quasi 2.720 milioni di euro nel 2022 e di circa 770 milioni di euro nel 2023.

³⁴ Con finalità non esaustive, articolo 14 del decreto-legge n. 34/2020, articolo 40 del decreto-legge n. 41/2021 e articolo 30 del decreto-legge n. 17/2022.

³⁵ Il Piano, diffuso il 13 marzo 2021, è stato elaborato in coerenza con il Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 adottato con il Decreto del Ministero della salute del 12 marzo 2021 ai sensi dell'articolo 1, comma 457, della legge n. 178/2020.

³⁶ In particolare, i ministeri, le regioni, gli enti del SSN e il dipartimento della protezione civile.

³⁷ Articolo 1, comma 460, della legge n. 178/2020.

³⁸ Non solo presso le strutture sanitarie esistenti, ma anche in scuole, caserme, associazioni e siti produttivi. Ad esempio, con riferimento a questi ultimi è stato siglato il Protocollo nazionale per la realizzazione dei piani aziendali finalizzati all'attivazione di punti straordinari di vaccinazione anti Covid-19 nei luoghi di lavoro (articolo 19-bis del decreto-legge n. 41/2021).

³⁹ Associazioni di volontariato, società di distribuzione, ecc.

⁴⁰ In particolare, per la distribuzione delle dosi è stata istituita una Piattaforma informativa nazionale in raccordo con l'Anagrafe nazionale dei vaccini (articolo 3 del decreto-legge n. 2/2021). Specifiche indicazioni in merito a quest'ultima sono contenute nell'intesa sul Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) per il 2023-2025 sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 2 agosto 2023.

⁴¹ La finalità principe è stata l'inoculazione giornaliera di 500 mila dosi per immunizzare l'80% della popolazione entro settembre 2021 nonostante non fosse previsto l'obbligo vaccinale per i cittadini, ma solo specifiche tutele per i soggetti incapaci (articolo 1-quinquies del decreto-legge n. 172/2020). L'organizzazione delle attività di somministrazione è stata supportata dal Sistema Tessera sanitaria, gestito dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS), per i cui dettagli si rinvia al capitolo dedicato.

perfezionamento della procedura negoziale, mediante le disponibilità opportunamente accantonate dagli ESL, per competenza, nei corrispondenti anni precedenti⁴².

1.2.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa

La spesa sanitaria corrente di CN può suddividersi in quattro diverse categorie economiche: Redditi da lavoro dipendente, Consumi intermedi, Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori *market*⁴³ e Altre componenti di spesa. Per una maggiore analiticità, le Prestazioni sociali in natura vengono ulteriormente scomposte in Farmaceutica convenzionata, Assistenza medico-generica da convenzione e Altre prestazioni sociali in natura da privato⁴⁴. Tali ultimi aggregati necessitano, infatti, di un'analisi distinta essendo contraddistinti da peculiarità e andamenti significativamente diversi fra loro (Tab. 1.2).

Tab. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN per componente – Anni 2014-2023 (valori assoluti in milioni di euro)

Componenti di spesa	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<i>Valori in milioni di euro</i>										
Redditi da lavoro dipendente	35.649	35.171	34.910	34.862	35.730	36.705	37.277	38.202	40.799	40.073
Consumi intermedi	30.972	31.924	33.271	34.280	35.206	35.231	39.206	42.875	44.242	44.356
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market	39.696	39.195	39.198	39.301	40.079	40.416	41.096	41.980	42.108	42.397
- Farmaceutica convenzionata	8.392	8.245	8.100	7.624	7.566	7.581	7.301	7.445	7.540	7.563
- Assistenza medico-generica da convenzione	6.663	6.654	6.690	6.672	6.818	6.656	7.403	7.125	6.952	6.759
- Altre prestazioni sociali in natura da privato	24.641	24.296	24.408	25.005	25.695	26.179	26.392	27.410	27.616	28.075
Altre componenti di spesa	3.395	3.718	3.598	3.742	3.408	3.311	5.100	4.570	4.525	4.293
Spesa sanitaria corrente di CN	109.712	110.008	110.977	112.185	114.423	115.663	122.679	127.627	131.674	131.119
<i>Variazioni percentuali</i>										
Redditi da lavoro dipendente		-1,3%	-0,7%	-0,1%	2,5%	2,7%	1,6%	2,5%	6,8%	-1,8%
Consumi intermedi		3,1%	4,2%	3,0%	2,7%	0,1%	11,3%	9,4%	3,2%	0,3%
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market		-1,3%	0,0%	0,3%	2,0%	0,8%	1,7%	2,2%	0,3%	0,7%
- Farmaceutica convenzionata		-1,8%	-1,8%	-5,9%	-0,8%	0,2%	-3,7%	2,0%	1,3%	0,3%
- Assistenza medico-generica da convenzione		-0,1%	0,5%	-0,3%	2,2%	-2,4%	11,2%	-3,8%	-2,4%	-2,8%
- Altre prestazioni sociali in natura da privato		-1,4%	0,5%	2,4%	2,8%	1,9%	0,8%	3,9%	0,8%	1,7%
Altre componenti di spesa		9,5%	-3,2%	4,0%	-8,9%	-2,8%	54,0%	-10,4%	-1,0%	-5,1%
Spesa sanitaria corrente di CN		0,3%	0,9%	1,1%	2,0%	1,1%	6,1%	4,0%	3,2%	-0,4%

Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2024. Valori assoluti scaricabili dalla banca dati disponibile all'indirizzo <http://dati.istat.it>

L'incidenza delle singole componenti sulla spesa sanitaria complessiva, pur mantenendo una certa coerenza e stabilità nelle reciproche relazioni, è variata nel corso del tempo per via di specificità ingeneratesi nelle diverse annualità (Fig. 1.3).

Nella fattispecie, i redditi da lavoro dipendente hanno rappresentato fino al 2019 il fattore di spesa preponderante con una rilevanza media di poco inferiore al 32%. Nell'ultimo quadriennio tale incidenza si è ridotta di oltre un punto percentuale a cui è corrisposto un incremento dei consumi intermedi che, a partire dal 2020, hanno evidenziato una crescita, divenendo il fattore di spesa preminente. Le altre prestazioni sociali in natura da privato sono da considerarsi, da sempre, il terzo aggregato in termini

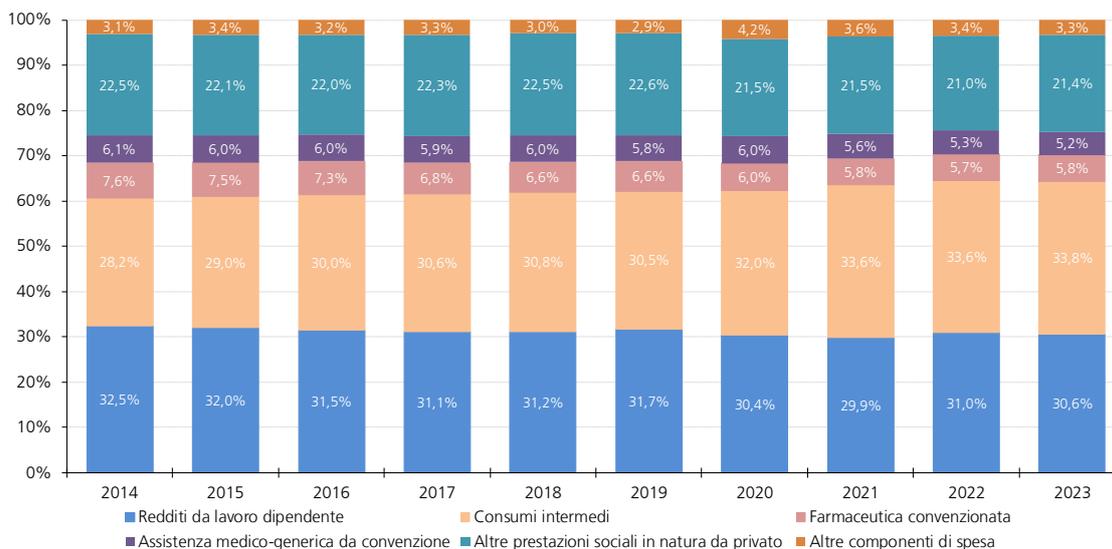
⁴² L'entità di tali provviste è pari a circa 1.200 milioni di euro. In via ulteriore, si segnala che dal 2018 al 2020 la spesa sanitaria di CN ha risentito del pagamento degli arretrati al personale dipendente e convenzionato con il SSN per il rinnovo degli accordi relativi al triennio 2016-2018. Nella fattispecie, tali oneri sono quantificabili in oltre 400 milioni di euro nel 2018, in quasi 700 milioni di euro nel 2019 e in poco meno di 600 milioni di euro nel 2020. Maggiori dettagli sulla contabilizzazione degli adeguamenti retributivi nella spesa sanitaria corrente di CN sono riportati nei pertinenti paragrafi seguenti.

⁴³ Rappresentano i costi a carico del SSN per l'acquisto dei servizi di assistenza sanitaria erogati alla collettività da soggetti privati che operano in convenzione e accreditamento con il SSN.

⁴⁴ Siffatto dettaglio aggiuntivo è riportato nei Conti della Protezione sociale per classificazione delle prestazioni secondo evento, rischio e bisogno all'interno dei Conti nazionali prodotti dall'ISTAT.

di prevalenza con un peso all'incirca del 22%, registrando anche queste una leggera flessione nell'ultimo quadriennio. In successiva sequenza si collocano la farmaceutica convenzionata e l'assistenza medico-generica da convenzione. La tendenziale decrescita della prima ha, negli ultimi anni, ridotto lo scostamento tra le reciproche incidenze. Il divario di 1,6 punti percentuali presente nel 2014 (7,6% contro un 6,1%) è sceso allo 0,6% nel 2023 (5,8% contro un 5,2%). Le altre componenti di spesa sono da identificarsi come l'aggregato con la minor influenza sul totale (mediamente il 3,3%).

Fig. 1.3: spesa sanitaria corrente di CN per componente – Anni 2014-2023 (composizioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2024. La somma delle percentuali relative ai vari aggregati può non corrispondere con il totale per effetto di arrotondamenti.

Redditi da lavoro dipendente⁴⁵. Il livello medio della spesa tra il 2014 e il 2023 è stato di poco inferiore ai 37.000 milioni di euro, equivalente a un aumento medio annuo dell'1,3% (Fig. 1.4). A tale tasso di crescita non è corrisposta una quota incrementale in ogni singola annualità.

Fino al 2017 l'aggregato ha evidenziato una costante contrazione corrispondente a un decremento medio annuo dello 0,7%, da imputarsi soprattutto al blocco della parte economica relativa alle procedure contrattuali e negoziali per il periodo 2010-2015⁴⁶ e al mancato perfezionamento di quelle del triennio successivo⁴⁷.

⁴⁵ Rappresentano il compenso riconosciuto per la prestazione svolta da un lavoratore. Oltre al corrispettivo percepito dai dipendenti con contratto a tempo indeterminato sono da includere anche le retribuzioni relative ad altre tipologie di personale come, ad esempio, quello a tempo determinato.

⁴⁶ Articolo 9, comma 17, del decreto-legge n. 78/2010. La spesa per i redditi da lavoro dipendente di CN è fortemente influenzata dalla contabilizzazione degli adeguamenti retributivi. In accordo con il SEC, tali oneri vengono registrati nei Conti nazionali nell'anno di effettivo perfezionamento dei contratti in quanto solo dopo la sottoscrizione di questi ultimi sorge l'obbligazione giuridica per il pagamento degli incrementi stipendiali, inclusivi degli eventuali arretrati.

⁴⁷ Le dimensioni degli incrementi retributivi, al lordo degli oneri riflessi, per il rinnovo del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) sono definite dal Governo (articolo 48, comma 2, del decreto legislativo n. 165/2001), nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, e vengono enumerate nella legge di bilancio (articolo 21, comma 1-ter, lettera e), della legge n. 196/2009). In via generale, la procedura negoziale viene concertata separatamente per i dipendenti (c.d. comparto) e per i dirigenti (c.d. aree) come desumibile dagli articoli 2 e 7 del Contratto Collettivo Nazionale Quadro (CCNQ) del 3 agosto 2021.

Dal 2018 al 2022 la spesa ha mostrato, invece, un persistente incremento equivalente a un aumento medio annuo superiore al 3%. Tale dinamica di crescita trova origine in vari presupposti.

In primis, è da considerare il riconoscimento degli aumenti retributivi, inclusivi della corresponsione degli arretrati, relativamente alle tornate contrattuali 2016-2018⁴⁸ e 2019-2021⁴⁹. Con riferimento alla prima, incidono soprattutto nel 2018 gli oneri per il rinnovo della procedura negoziale relativa al personale non dirigente del SSN⁵⁰, nel 2019 quelli della dirigenza sanitaria medica e non medica del SSN⁵¹ e nel 2020 quelli della dirigenza professionale tecnica e amministrativa del SSN⁵². Di contro, con riferimento al triennio 2019-2021, grava nel 2022 la parte economica per il perfezionamento del contratto del personale del comparto del SSN, come evidenziato in precedenza.

In secondo luogo, è da annoverare l'autorizzazione a bandire concorsi straordinari e a indire procedure di stabilizzazione⁵³ nel rispetto del piano sul fabbisogno di personale⁵⁴. In via ulteriore, è da ricordare la facoltà di rinviare il pensionamento dei dirigenti medici del SSN⁵⁵, di agevolare il conseguimento delle abilitazioni professionali⁵⁶, di derogare o favorire l'equipollenza tra i titoli di accesso⁵⁷ nonché di favorire il reclutamento degli specializzandi⁵⁸.

Infine, sono da elencare gli ingenti oneri connessi con gli interventi attivati nel triennio 2020-2022 anche in ragione dell'emergenza da SARS-CoV-2⁵⁹, alcuni dei quali

⁴⁸ Articolo 1, comma 469, della L 208/2015 e articolo 1, comma 682, della legge n. 205/2017.

⁴⁹ Articolo 1, comma 438, della L 145/2018; articolo 1, comma 127, della legge n. 160/2019; articolo 1, commi 409, 414 e 959, della legge n. 178/2020; articolo 1, commi 604 e 612, della legge n. 234/2021.

⁵⁰ La consistenza degli arretrati è pari a circa 300 milioni di euro.

⁵¹ La consistenza degli arretrati è pari a quasi 700 milioni di euro.

⁵² La consistenza degli arretrati è all'incirca di 40 milioni di euro. La dirigenza Professionale, Tecnico e Amministrativa (PTA) è regolamentata mediante accordi distinti rispetto alle restanti aree dirigenziali (articolo 2, comma 5, del CCNQ del 10 agosto 2021).

⁵³ Articolo 20, commi 10 e 11-bis, del decreto legislativo n. 75/2017.

⁵⁴ Articolo 6, comma 1, del decreto legislativo n. 165/2001 e articolo 1, comma 541, lettera b), della L 208/2015. Tenuto conto della grave carenza di operatori di interesse sanitario (articolo 15-bis del decreto-legge n. 34/2023), specie di infermieri [OECD (2022), pag. 184], dal 2022 è stata prevista l'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale (articolo 11, comma 1, sesto periodo, del decreto legge n. 35/2019) i cui criteri devono essere adeguati dal 2025 sulla scorta di nuove specifiche indicazioni, in assenza delle quali continuano ad applicarsi le disposizioni vigenti (articolo 5, commi 2 e 3, del decreto-legge n. 73/2024).

⁵⁵ Articolo 5-bis, comma 2, del decreto-legge n. 162/2019.

⁵⁶ Articolo 12, comma 1, del decreto-legge n. 35/2019.

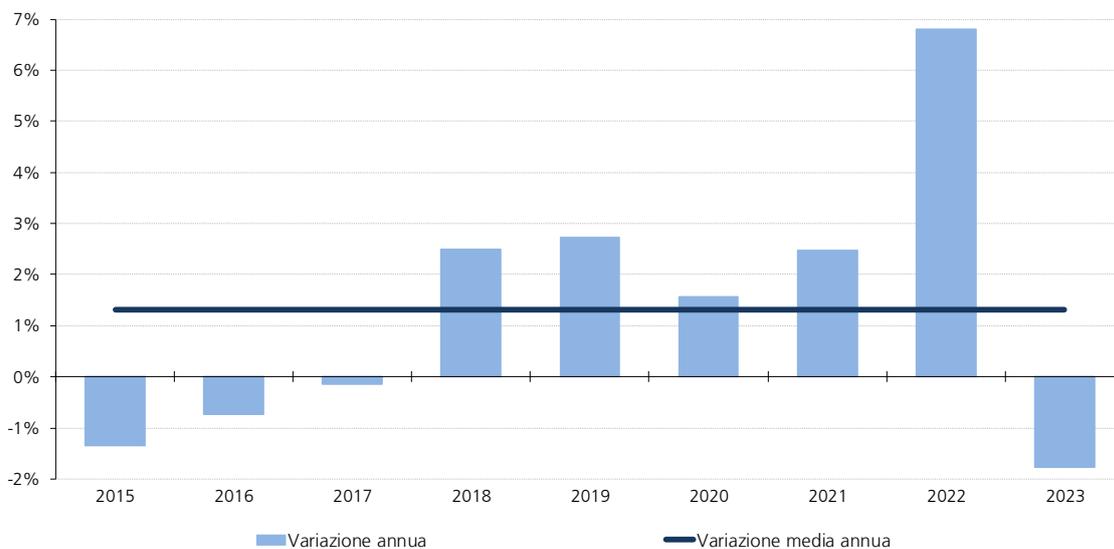
⁵⁷ Articolo 1, comma 539 e seguenti, della legge n. 145/2018; articolo 6-bis del decreto-legge n. 105/2021; articolo 4, comma 3-bis, lettera a), del decreto-legge n. 228/2021.

⁵⁸ Articolo 1, comma 547 e seguenti, della legge n. 145/2018. In merito, è da evidenziare che ai fini della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), sono state introdotte ulteriori facilitazioni per le assunzioni (articolo 44-quater del decreto-legge n. 19/2024) nonché sono state stanziati provviste aggiuntive per la formazione medico-specialistica rispetto ai previgenti specifici finanziamenti nazionali (articolo 1, comma 421, della legge n. 178/2020 e articolo 1, comma 260, della legge n. 234/2021). Tali novazioni dovrebbero contribuire al superamento definitivo del c.d. "imbuto formativo", ossia la differenza tra i laureati in medicina e i posti di specializzazione. Per ulteriori dettagli in merito al Missione 6 del PNRR si rinvia al capitolo dedicato.

⁵⁹ Tali misure hanno riguardato diversi aspetti, quali l'abilitazione all'esercizio (articoli 13, comma 1, e 102 del decreto-legge n. 18/2020), le assunzioni (articoli 2-bis, 2-ter e 13, comma 2, del decreto-legge n. 18/2020; articolo 2, comma 5-bis, del decreto-legge n. 34/2020), l'accesso alle specializzazioni (articoli 237, comma 3, del decreto-legge n. 34/2020), i fondi contrattuali (articoli 1, comma 1, del decreto-legge n. 18/2020), le indennità (articolo 18-bis del decreto-legge n. 41/2021), la quiescenza (allegato A, n. 2 all'articolo 10 del decreto-legge n. 24/2022), le qualifiche professionali (articolo 13 del decreto-legge n. 18/2020), ecc.

con riflessi negli anni futuri⁶⁰ e altri circostanziati temporalmente⁶¹. Non è possibile cogliere nitidamente l'incidenza di tali costi in quanto risultano, al contempo, presenti gli effetti connessi con il rinnovo contrattuale del personale del comparto del SSN. A titolo esemplificativo, se nel 2019 non fossero contabilizzati i citati arretrati per il rinnovo del contratto per il triennio 2016-2018, l'incremento di spesa dell'1,6% registrato nel 2020 sarebbe stato più elevato di quasi 2 punti percentuali⁶². Gli aumenti osservati nel 2020 e nel 2021 sono risultati comunque inferiori rispetto a quanto programmato a livello normativo per via del ritardo con cui talune regioni hanno attuato le disposizioni legislative e a causa delle difficoltà riscontrate nel reclutamento di personale, specie per talune tipologie⁶³.

Fig. 1.4: spesa di CN per i redditi da lavoro dipendente - Anni 2015-2023 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2024.

⁶⁰ Ad esempio, viene favorita la stabilizzazione del personale che ha acquisito professionalità, specie durante la pandemia (articolo 1, comma 268, lettera b), della L 234/2021 e articolo 4, comma 9-quinquiesdecies e seguenti, del decreto-legge n. 198/2022). In via generale è da evidenziare che durante il periodo emergenziale sono state introdotte anche disposizioni, di carattere generale, a garanzia del personale sanitario, quali le tutele penali di cui alla L 24/2017 per l'esercizio della professione (articolo 4, comma 8-septies, del decreto-legge n. 215/2023), le iniziative di solidarietà in favore dei familiari (articolo 31 del decreto-legge n. 17/2022), il contrasto degli atti di violenza (articolo 16 del decreto-legge n. 34/2023), ecc.

⁶¹ Articolo 1, comma 423, della legge n. 178/2020.

⁶² Di contro, la crescita osservata nel 2021 (+2,5%) è quasi del tutto esente da tale circostanza visti gli effetti del tutto marginali connessi con il rinnovo dei contratti della dirigenza PTA per il triennio 2016-2018 avvenuto nel 2020. Nel 2022, invece, l'incremento del 6,8% ha risentito degli arretrati per il comparto del SSN della tornata 2019-2021 in assenza dei quali la crescita sarebbe stata più contenuta.

⁶³ In via sussidiaria gli enti del SSN, in coerenza con le misure emergenziali, hanno potuto far ricorso alle forme di lavoro flessibile, che hanno assicurato tempi di reclutamento più veloci, implicando una conseguente crescita dei consumi intermedi, aggregato in cui afferisce la spesa per siffatte tipologie di lavoratori. Per arginare tale *modus operandi*, specie a seguito del ridursi delle esigenze di contrasto al Covid-19, l'articolo 10 del decreto-legge n. 34/2023, come ribadito anche nel successivo paragrafo inerente ai risultati di CN per il 2023, ha limitato l'affidamento dei servizi medici e infermieristici a terzi, ossia ai professionisti del settore gestiti, ad esempio, da cooperative per l'utilizzo dei quali gli ESL pagano costi elevati (c.d. "gettonisti" o "personale a chiamata").

Nel 2023 la spesa ha, invece, subito una contrazione dell'1,8% principalmente per il venir meno degli arretrati del rinnovo del personale del comparto scontati nell'anno precedente⁶⁴.

Oltre agli interventi sopra esposti, l'evoluzione della spesa per l'aggregato in esame risente anche degli effetti prodotti dagli strumenti di *governance* vigenti in materia nel corso degli anni. In particolare, si segnala:

- il blocco automatico del *turn over* del personale, vigente fino a giugno 2019, nel caso di mancata attuazione dei provvedimenti per il ripianamento del disavanzo di gestione del SSR⁶⁵;
- il divieto, dal 2011 al 2014, del riconoscimento di aumenti retributivi che implicino il superamento del trattamento ordinariamente spettante per il 2010⁶⁶;
- il limite alle spese del personale che non può oltrepassare specifiche soglie fissate normativamente⁶⁷;
- il vincolo agli incrementi del trattamento accessorio, rideterminato anche in relazione al personale dipendente cessato⁶⁸;
- il parziale perfezionamento del rinnovo contrattuale per il triennio 2019-2021⁶⁹ e la mancata definizione di quello della tornata 2022-2024⁷⁰;
- il rispetto degli obiettivi in materia di personale previsti nei Piani di rientro regionali⁷¹;
- la regolamentazione dell'indennità di vacanza contrattuale⁷² e, ove presente, dell'elemento perequativo⁷³.

Consumi intermedi⁷⁴. La spesa tra il 2014 e il 2023 è passata da 30.972 a 44.356 milioni di euro evidenziando un incremento medio annuo del 4,1% (Fig. 1.5). La crescita si è manifestata in tutte le annualità considerate, oltrepassando il 9% nel 2020 e nel 2021.

I rilevanti costi incrementali sostenuti in tale biennio sono dovuti alle eccezionali azioni messe in campo per contrastare l'emergenza sanitaria da Covid-19. L'aumento medio in queste due annualità è, infatti, superiore ai 3.800 milioni di euro, a dispetto di una crescita media fino al 2019 inferiore ai 900 milioni di euro. La crescita dell'aggregato

⁶⁴ Per ulteriori dettagli si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo relativo ai risultati di CN per il 2023.

⁶⁵ Articolo 11, comma 4-ter, del decreto-legge n. 35/2019.

⁶⁶ Articolo 16, comma 1, lettera b), del DL 98/2011 e articolo 1, comma 1, lettera a), del DPR 122/2013.

⁶⁷ Articolo 17, comma 3, del DL 98/2011; articolo 11, comma 1 del decreto-legge n. 35/2019; articolo 44-ter del decreto-legge n. 19/2024; articolo 5 del decreto-legge n. 73/2024.

⁶⁸ Articolo 9, comma 2-bis del decreto-legge n. 78/2010. In merito, possono prevedersi specifiche deroghe (articolo 1, comma 1, del decreto-legge n. 18/2020 e articolo 8, comma 5, del decreto-legge n. 13/2023).

⁶⁹ Fino al 2023 non risultano ancora sottoscritti i contratti per le diverse tipologie di dirigenza.

⁷⁰ Articolo 1, comma 610, della legge n. 234/2021.

⁷¹ Articolo 17, comma 3-ter, del decreto-legge n. 98/2011. Per maggiori dettagli sui Piani di rientro si rinvia a quanto detto nel paragrafo sulla spesa sanitaria di CE nonché nel capitolo dedicato.

⁷² Articolo 16 del decreto-legge n. 98/2011; articolo 1, comma 1, lettera d) del DPR 122/2013; articolo 1, comma 452 della legge n. 147/2013; articolo 1, comma 440, lettera a), della legge n. 145/2018; articolo 1, comma 609, secondo periodo, della legge n. 234/2021.

⁷³ Articolo 1, comma 869, della legge n. 178/2020.

⁷⁴ Rappresentano il valore dei beni e servizi consumati quali *input* nel processo produttivo, ossia per fornire servizi erogati direttamente dal SSN attraverso gli enti produttori di prestazioni sanitarie.

è dovuta agli effetti di diversi fattori, tra cui l'importante ricorso alle forme di lavoro flessibile⁷⁵, particolarmente accentuato nella fase iniziale dell'emergenza pandemica. L'utilizzo di siffatta tipologia di lavoratori, come anticipato in precedenza, è stato necessario per assicurare tempestività nel reperimento degli operatori sanitari, stante sia le più lunghe procedure per il reclutamento di personale dipendente sia le criticità a reperire talune figure professionali⁷⁶. La dinamica espansiva dell'aggregato riflette altresì gli aumenti che hanno contraddistinto alcune peculiari sue componenti dirette a fronteggiare la situazione emergenziale più grave⁷⁷.

Nel 2022 la spesa, con un aumento di poco più di 1.350 milioni di euro, ha denotato un evidente rallentamento rispetto ai due anni precedenti mostrando un incremento molto più prossimo a quello storicamente osservato.

Nel 2023, invece, si è registrata una sostanziale stabilizzazione dei costi (+0,3%).

Con riferimento all'ultimo biennio, la spesa ha risentito dei riflessi derivanti da due ulteriori fattori, aventi effetti opposti: i fattori espansivi correlati al già menzionato rincaro dei prezzi delle fonti energetiche e gli elementi riduttivi connessi con la contabilizzazione del *pay-back*⁷⁸ relativo al superamento del tetto dei dispositivi medici⁷⁹.

⁷⁵ A mero titolo esemplificativo, articolo 1, comma 542, della legge n. 208/2015.

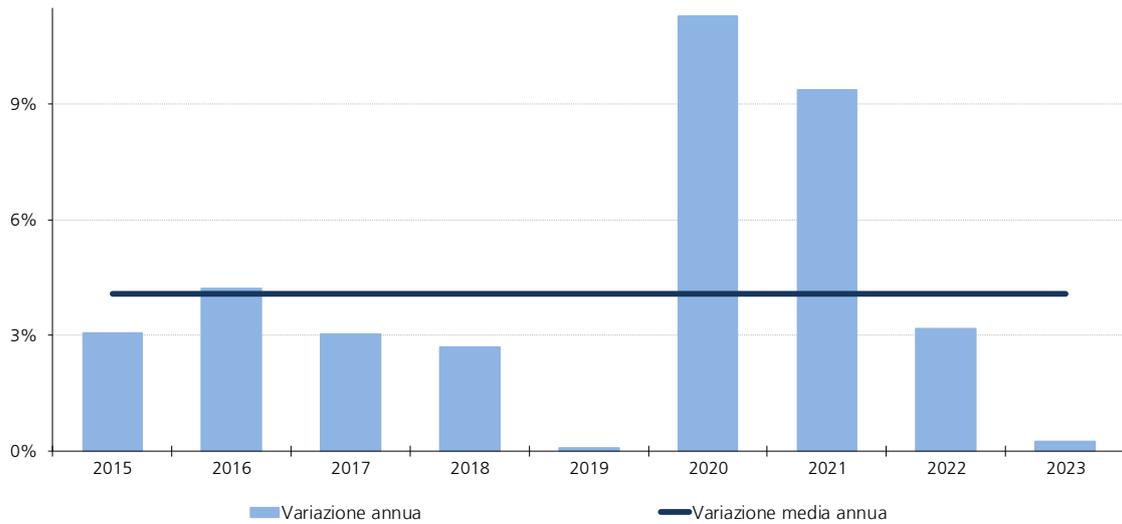
⁷⁶ Articolo 1, commi 5 e 7-bis, del decreto-legge n. 34/2020; articolo 29, comma 2, lettera c) del decreto-legge n. 104/2020; articoli 33 e 34, comma 9, del decreto-legge n. 73/2021; articolo 4, comma 7, del decreto-legge n. 228/2021.

⁷⁷ Con finalità non esaustiva, si citano i maggiori costi per la locazione dei c.d. Covid hotel (articolo 21 del decreto-legge n. 41/2021), per le attività di pulizia e sanificazione, per l'acquisto di medicinali, di dispositivi di protezione individuale (DPI) e altro materiale necessario per fronteggiare l'emergenza (tute, visiere), ecc. Si rammenta, altresì, la citata possibilità data alle regioni di utilizzare in modo flessibile le risorse stanziato per il contrasto del Covid-19, potendo normativamente destinarle a una finalità non preordinata dall'originaria linea di finanziamento.

⁷⁸ Con il termine *pay-back* si intende il meccanismo di rimborso da parte dei fornitori che si attiva quando la spesa per l'acquisto di specifici prodotti oltrepassa il relativo tetto prefissato normativamente al fine di ricondurla sul livello programmato.

⁷⁹ Per ulteriori dettagli si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo relativo ai risultati di CN per il 2023. In via aggiuntiva, si segnala l'istituzione di un fondo quale concorso statale alle regioni al fine di permettere alle aziende fornitrici, nel caso di rinuncia al contenzioso, di versare solo una parte (48%) dell'importo totale del rimborso prestabilito nei pertinenti provvedimenti amministrativi (articolo 8 del decreto-legge n. 34/2023). In merito, si è espressa anche la Corte costituzionale con le sentenze 139 e 140 del 2024. È da precisare che il contributo statale non è stato scontato in CN come posta di sterilizzazione della spesa dei consumi intermedi in quanto registrato nella voce di entrata AA0150 del CE di consuntivo del 2022. Tale modalità di rendicontazione giustifica anche la consistente diminuzione tra il CE del IV trimestre e quello di consuntivo del 2022 delle provviste iscritte nella voce AA0921 inerenti il *pay-back* dei dispositivi medici.

Fig. 1.5: spesa di CN per i consumi intermedi - Anni 2015-2023 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2024.

Nell'ultimo quadriennio sono scontati anche gli importanti oneri sostenuti dal Commissario di cui all'articolo 122 del decreto-legge n. 18/2020 e dalle citate subentranti strutture di cui all'articolo 2 del decreto-legge n. 24/2022⁸⁰. Al netto di questi ultimi si sarebbero comunque rilevati tassi annui di crescita superiori a quelli riscontrabili negli anni precedenti.

Storicamente l'andamento dell'aggregato di spesa in esame ha risentito delle risultanze derivanti dall'implementazione delle manovre di contenimento attivate nel corso degli anni. Da oltre un decennio sono, infatti, in atto processi di razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi. In particolare, si segnala:

- il citato *pay-back* relativo ai dispositivi medici la cui soglia, dal 2014, è pari al 4,4% del fabbisogno sanitario *standard*⁸¹;
- la rinegoziazione dei contratti relativi alla fornitura dei dispositivi medici⁸² al fine di garantire il rispetto del sopra riportato tetto di spesa fissato normativamente;

⁸⁰ Quantificabili in quasi 1.300 milioni di euro nel 2020, in poco meno di 3.200 milioni di euro nel 2021, in circa 2.680 milioni di euro nel 2022 e intorno ai 770 milioni di euro nel 2023.

⁸¹ La percentuale per il calcolo del tetto e la regolamentazione della modalità di rimborso sono state rimodulate nel tempo (articolo 17, commi 1, lettera c) e 2, del decreto-legge n. 98/2011; articolo 1, comma 131, lettera b), della L 228/2012; articolo 9-ter, comma 9, del DL 78/2015; articolo 1, comma 287, della L 234/2021). Sono stati poi introdotti anche meccanismi di ripiano per la spesa relativa ai dispositivi medici in vitro (articolo 25 del decreto legislativo n. 138/2022) ed è stato confermato l'obbligo nella modalità di utilizzo della fatturazione elettronica (articolo 8, comma 4, del decreto-legge n. 34/2023).

⁸² Articolo 9-ter, comma 1, lettera b), del decreto-legge n. 78/2015. I decreti legislativi 137 e 138 del 2022 hanno preordinato l'adeguamento della normativa italiana ai regolamenti comunitari in materia. Nelle more della definizione di una nuova disciplina per la gestione della spesa relativa ai dispositivi medici, che consideri le evoluzioni tecnologiche e le innovazioni nel settore, anche tenendo conto delle iniziative dirette a promuovere l'attuazione del programma di valutazione delle tecnologie sanitarie (*Health technology assessment*), il Ministero della salute può proporre modifiche alla vigente disciplina (articolo 3-bis, comma 1, del decreto-legge n. 51/2023) d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze (MEF), sentita l'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali (AGENAS), sulla base di uno specifico monitoraggio nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica e in coerenza con il livello di finanziamento del SSN. In merito è stata anche prevista l'istituzione di registri nazionali, come quello delle protesi mammarie (Decreto del Ministero della salute 207/2022).

- l'obbligo per le aziende sanitarie di ricontrattare gli accordi di fornitura di beni e servizi nel caso di differenze superiori al 20% tra i prezzi unitari di acquisto e quelli di riferimento individuati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione⁸³ (ANAC);
- la riduzione degli importi e delle prestazioni relative a contratti in essere stipulati dagli ESL per la fornitura di beni e servizi, fermo restando quanto previsto normativamente in merito al superamento dei succitati prezzi di riferimento determinati dall'ANAC⁸⁴;
- il ricorso a particolari accordi⁸⁵ o l'utilizzo di strumenti telematici⁸⁶ messi a disposizione dai soggetti aggregatori, tra i quali la CONSIP, o dalle centrali di committenza regionali⁸⁷ per l'efficientamento degli acquisti di individuati beni e servizi⁸⁸;
- la rinegoziazione da parte degli enti del SSN dei contratti in essere per diminuire i prezzi di specifici beni e servizi al fine di conseguire un contenimento su base annua del 5% del valore complessivo⁸⁹;
- l'istituzione di fondi per il concorso al rimborso per l'acquisto di medicinali innovativi⁹⁰;
- il monitoraggio del rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori⁹¹.

Infine, si segnala la vigenza del *pay-back* anche con riferimento ai prodotti farmaceutici adoperati in ambito ospedaliero in caso di superamento del tetto di spesa legislativamente previsto⁹². Per il 2023 il tetto alla spesa per l'acquisto diretto di farmaci da parte delle strutture sanitarie è stato fissato nella misura dell'8,15%⁹³ del fabbisogno

⁸³ Articolo 17, comma 1, lettera a), del decreto-legge n. 98/2011 e articolo 222 del decreto legislativo n. 36/2023.

⁸⁴ Articolo 15, comma 13, lettera a), del decreto-legge n. 95/2012.

⁸⁵ Articolo 1, comma 449, della legge n. 296/2006.

⁸⁶ Articolo 32 e seguenti del decreto legislativo n. 36/2023.

⁸⁷ Articolo 9 del decreto-legge n. 66/2014.

⁸⁸ Articolo 15, comma 13, lettera d), del decreto-legge n. 95/2012.

⁸⁹ Articolo 9-ter, comma 1, lettera a), del decreto-legge n. 78/2015.

⁹⁰ Si tratta solitamente di farmaci ad alto costo (articolo 10, commi 2 e 4, del decreto-legge n. 158/2012 e articolo 1, comma 402, della L. 232/2016) per il cui acquisto si è istituito per il biennio 2015-2016 uno specifico fondo con una dotazione di 500 milioni di euro (articolo 1, comma 593, della legge n. 190/2014). Dal 2017 al 2021 hanno operato, invece, due fondi distinti di 500 milioni di euro di cui uno per i medicinali innovativi (l'abrogato articolo 1, comma 400, della legge n. 232/2016) e l'altro per i medicinali oncologici innovativi (articolo 1, comma 401, della legge n. 232/2016). Tali stanziamenti, a valere sul finanziamento ordinario del SSN (articolo 1, comma 401-bis, della legge n. 232/2016), sono vincolati al rimborso della spesa per l'acquisto di farmaci innovativi. Dal 2022 i due fondi sono stati accorpatisi (articolo 35-ter, comma 1, lettera c), del decreto-legge n. 73/2021) incrementandone anche la consistenza (articolo 1, comma 259, della legge n. 234/2021).

⁹¹ Sono previste specifiche disposizioni non solo sui tempi di pagamento dei debiti sanitari (articolo 34 del decreto-legge n. 66/2014 e articolo 1, comma 865, della legge n. 145/2018), per i quali sono state introdotte talune deroghe per la pandemia da Covid-19 (articolo 117, comma 4 e seguenti del decreto-legge n. 34/2020 e articolo 1, comma 833, della legge n. 178/2020), ma anche sull'indicatore di tempestività dei pagamenti (dPCM 22 settembre 2014). In via generale, si rileva che tale argomento riveste particolare rilievo per gli obiettivi del PNRR (articolo 4-bis, comma 4, del decreto-legge n. 13/2023).

⁹² Decreto del Ministero della salute del 4 febbraio 2009.

⁹³ In passato con riferimento alla sola farmaceutica ospedaliera nettizzata dalla distribuzione diretta e per conto vigevano altre soglie: 2,4% dal 2008 al 2012 e 3,5% dal 2013 al 2016 (articolo 15, comma 4, del decreto-legge n. 95/2012). Dal 2017 al 2020 il tetto nella misura del 6,89% è stato definito relativamente alla sola farmaceutica per acquisti diretti (articolo 1, comma 398, della legge n. 232/2016) per poi essere rideterminato nel 7,85% nel 2021 (articolo 1, comma 475, della legge n. 178/2020). L'articolo 1, comma 281, della legge n. 234/2021 ha individuato il tetto per il biennio 2022-2023 (8% e 8,15% rispettivamente) valida esclusivamente per le sole aziende che hanno provveduto all'integrale pagamento del ripiano del 2021 (articolo 1, comma 541, della legge n. 197/2022), mentre l'articolo 1, comma 223, della legge n. 213/2023 l'ha fissato all'8,5% dal 2024. Per ulteriori dettagli si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo relativo ai risultati di CN per il 2023.

sanitario *standard* all'interno della quale, dal 2019, lo 0,2% individua il tetto relativo ai gas medicinali, al superamento del quale è prevista l'attivazione del relativo sistema di *pay-back*⁹⁴. L'eccedenza di spesa rispetto alla prevista soglia viene ripianata per la metà dalle aziende farmaceutiche e per la restante parte è addebitata alle regioni⁹⁵, con alcune peculiarità circa la modalità di recupero delle somme⁹⁶.

Oltre che per l'impiego nelle strutture sanitarie pubbliche per l'erogazione delle prestazioni⁹⁷, la distribuzione agli assistiti di taluni medicinali acquistati direttamente dagli ESL può avvenire secondo due distinti canali⁹⁸. Il primo è quello della Distribuzione Diretta (DD) che prevede la dispensazione di particolari farmaci a individuate tipologie di pazienti⁹⁹ per il tramite delle farmacie ospedaliere o di specifiche strutture sanitarie¹⁰⁰. Il secondo canale è quello della Distribuzione Per Conto (DPC) secondo cui particolari medicinali acquistati direttamente dalle ASL vengono distribuiti a determinate categorie di pazienti attraverso le farmacie convenzionate, pubbliche o private, in cambio di una remunerazione per il servizio assicurato sulla base di una percentuale sul prezzo di vendita oppure di una commissione per confezione o ricetta. Nei prodotti farmaceutici a carico del SSN ricadono, oltre ai farmaci a uso umano con e senza Autorizzazione di Immissione in Commercio (AIC¹⁰¹), anche i medicinali innovativi¹⁰², le formule magistrali, i galenici industriali¹⁰³, le formule officinali, i medicinali esteri nonché i gas medicinali e gli emoderivati¹⁰⁴.

In merito occorre evidenziare che, sin dal 2013, primo esercizio di attivazione delle misure di *pay-back*, le aziende farmaceutiche hanno intentato contenzioni amministrative contro i provvedimenti di rimborso. Con l'obiettivo di efficientare i processi sottostanti ai provvedimenti di ripiano in caso di superamento del tetto di spesa farmaceutica, dal 2019 sono state introdotte disposizioni che hanno previsto la ridefinizione degli aggregati di spesa ricompresi nei singoli tetti e il miglioramento delle procedure messe in campo dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)¹⁰⁵ migliorando la trasparenza dei processi. Le sentenze di merito emanate a fronte del suddetto contenzioso attivato dalle Aziende farmaceutiche sono risultate essere favorevoli alla parte pubblica.

Farmaceutica convenzionata¹⁰⁶. La spesa tra il 2014 e il 2023 si è attestata in media intorno a un livello di poco superiore ai 7.700 milioni di euro. La dinamica dell'aggregato

⁹⁴ Articolo 1, comma 575, della legge n. 145/2018.

⁹⁵ Articolo 1, comma 580, della legge n. 145/2018.

⁹⁶ Articolo 1, comma 477, della legge n. 178/2020.

⁹⁷ Ad esempio, i ricoveri.

⁹⁸ Articolo 8 del decreto-legge n. 347/2001 e Decreto del Ministero della Salute del 6 agosto 2012.

⁹⁹ Ad esempio, i dimessi dalle strutture ospedaliere.

¹⁰⁰ Servizio per la tossicodipendenza, istituti penitenziari, residenza sanitaria assistenziale, operatori privati, ospedali classificati, ecc.

¹⁰¹ Articolo 6, comma 1, del decreto legislativo n. 219/2006.

¹⁰² La spesa per l'acquisto dei medicinali innovativi concorre al raggiungimento del tetto dei prodotti farmaceutici per l'ammontare eccedente annualmente l'importo del relativo fondo (articolo 1, comma 406, della legge n. 232/2016).

¹⁰³ Articolo 8, comma 9, della legge n. 537/1993.

¹⁰⁴ Ministero della salute (2017), pag. 2, 17, 20 e 37.

¹⁰⁵ Ad esempio, i confronti con le aziende sui dati di base presenti nel sistema di tracciabilità del farmaco e la possibilità di operare correzioni/integrazioni da parte delle aziende farmaceutiche.

¹⁰⁶ Identificabile con i medicinali rimborsabili dal SSN distribuiti mediante le farmacie pubbliche e private operanti in regime convenzionale (DPR 371/1998 e articolo 8, comma 2, del decreto legislativo n. 502/1992).

ha evidenziato una tendenziale decrescita fino al 2020¹⁰⁷ per poi registrare un persistente aumento a partire dall'anno successivo¹⁰⁸. Siffatto andamento non monotono ha implicato che dal valore iniziale di poco meno di 8.400 milioni di euro si è scesi al di sotto dei 7.600 milioni di euro nell'ultimo anno, con un decremento medio annuo dell'1,1% (Fig. 1.6).

Tassi di variazione negativi particolarmente significativi sono osservabili nel 2017 e nel 2020. Con riferimento al 2017 il decremento del 5,9% è legato all'incasso connesso ai provvedimenti adottati in corso d'anno relativi alle specifiche forme di rimborso (c.d. *pay-back*) ai sensi della legislazione vigente con conseguente rettifica in diminuzione del valore di spesa¹⁰⁹. Il calo del 3,7% registrato nel 2020 è presumibilmente attribuibile al minor ricorso alle farmacie per via delle restrizioni legate all'emergenza epidemiologica da Covid-19, nonostante i tempestivi interventi inerenti l'operatività della ricetta dematerializzata (c.d. *e-Prescription*¹¹⁰).

Il 2021 ha evidenziato il tasso di variazione positivo più rilevante (+2%). Tale crescita è presumibilmente imputabile alla ripresa dei consumi da parte dei cittadini dopo le restrizioni da Covid-19 vigenti nell'anno precedente nonché alla messa in atto di specifici interventi volti a coinvolgere le farmacie nella gestione dell'emergenza sanitaria¹¹¹.

La crescita rinvenibile negli ultimi due anni è potenzialmente dovuta agli incrementali oneri connessi con l'introduzione di una forma sperimentale di remunerazione dei rimborsi per i medicinali dispensati mediante tale tipologia di assistenza¹¹².

¹⁰⁷ Solo nel 2019 si è avuto un leggero aumento (+0,2%).

¹⁰⁸ Tale tipologia di spesa è da intendersi al lordo delle quote di compartecipazione alla spesa a carico degli assistiti.

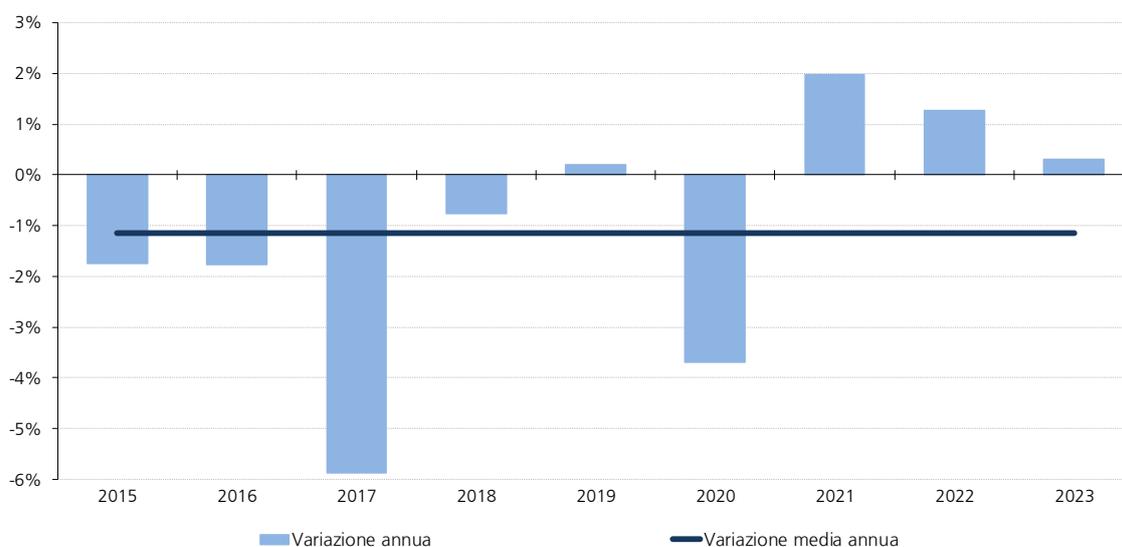
¹⁰⁹ Con finalità non esaustive, si cita l'articolo 48, comma 33-bis, del decreto-legge n. 269/2003.

¹¹⁰ Decreti del MEF del 25 marzo 2020 e del 30 dicembre 2020. La possibilità di utilizzo presso le farmacie del promemoria della ricetta elettronica è stata prorogata fino a dicembre 2024 (articolo 4, comma 6, del decreto-legge n. 198/2022). Il Decreto del MEF del 17 marzo 2008 ha, invece, definito il modello di ricettario medico a carico del SSN e le specifiche per la compilazione (codici di esenzione, anonimato, ecc.).

¹¹¹ Le farmacie, ad esempio, hanno stipulato un protocollo d'intesa con il Commissario di cui all'articolo 122 del decreto-legge n. 18/2020 per l'effettuazione di test antigenici rapidi per la rilevazione di antigene SARS-CoV-2 (articolo 5 del decreto-legge n. 105/2021).

¹¹² L'articolo 20, comma 4, del decreto-legge n. 41/2021 ha previsto un onere di 50 milioni di euro nel 2021 e di 150 milioni di euro nel 2022. Tale ultimo importo è stato garantito, anche a decorrere dal 2023, dall'articolo 1, comma 532, della legge n. 197/2022. Si segnala che dal 2024 il sistema di remunerazione è stato ulteriormente rivisto (articolo 1, comma 225, della legge n. 213/2023).

Fig. 1.6: spesa di CN per la farmaceutica convenzionata - Anni 2015-2023 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2024.

L'andamento storico dell'aggregato è legato anche agli strumenti di *governance* introdotti nel tempo, tra i quali:

- la riduzione del prezzo medio dei farmaci¹¹³;
- le modalità di efficientamento dei costi che hanno favorito le politiche di incentivazione della distribuzione diretta e per conto attuate in diversi SSR con la conseguente riattribuzione dei relativi costi sulla spesa per i consumi intermedi¹¹⁴;
- l'introduzione di strumenti di responsabilizzazione a carico degli assistiti, quali le forme di compartecipazione alla spesa (c.d. *ticket*¹¹⁵);
- il ricorso alla dispensazione di farmaci equivalenti¹¹⁶.

¹¹³ Specifica sorveglianza in merito è garantita dall'articolo 8, comma 12, della legge n. 537/1993. Per completezza, si precisa che per i medicinali classificati tra quelli non soggetti a ricetta, anche detti "Senza Obbligo di Prescrizione, SOP" oppure "da banco" dall'inglese "Over The Counter, OTC", è previsto solo un prezzo di vendita massimo per cui la commercializzazione può avvenire a un valore inferiore (articolo 1, comma 3, del decreto-legge n. 87/2005).

¹¹⁴ Per migliorare la distribuzione dei farmaci agli assistiti, fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica determinato dal Covid-19, le farmacie convenzionate hanno potuto erogare per conto delle strutture pubbliche i medicinali dispensati da queste ultime direttamente (articolo 27-bis del decreto-legge n. 23/2020). In tale ottica, l'AIFA dovrà anche provvedere a individuare l'elenco vincolante dei medicinali del prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio (PHT) non coperti da brevetto che possono essere assegnati alla distribuzione in regime convenzionale attraverso le farmacie aperte al pubblico (articolo 1, comma 224, della legge n. 213/2023).

¹¹⁵ Oltre alle prestazioni comprese nei LEA ed erogate dal SSN a titolo gratuito, esistono forme di assistenza per le quali gli assistiti sono chiamati a compartecipare alla spesa (articolo 1, comma 3, ultimo periodo, del decreto legislativo n. 502/1992; articolo 8, commi 14 e 16, della L 537/1993; articolo 1, comma 1, del decreto-legge n. 347/2001). Nel tempo le misure relative alla compartecipazione alla spesa sono variate più volte (non da ultimo, articolo 17, commi 1, lettera d) e 6, del decreto-legge n. 98/2011 e articolo 1, comma 446, della legge n. 160/2019).

¹¹⁶ Si tratta di medicinali con caratteristiche terapeutiche identiche a quelli di riferimento a cui è scaduta la copertura brevettuale (articolo 10, comma 5, del decreto legislativo n. 219/2006). Ai fini dell'efficientamento dell'utilizzo delle risorse finanziarie pubbliche salvaguardando al contempo gli obiettivi assistenziali, il farmacista, qualora in ricetta non sia riportata espressamente la non sostituibilità del farmaco prescritto di riferimento (altrimenti detto "di marca"), è tenuto a proporre il medicinale equivalente "generico" avente un prezzo di vendita minore, più accessibile (articolo 1 del decreto-legge n. 87/2005; articolo 5, comma 5-quarter, del decreto-legge n. 159/2007; articolo 15, comma 11-bis, del decreto-legge n. 95/2012). I medicinali equivalenti soggetti a prescrizione medica disponibili nel circuito distributivo del territorio italiano sono elencati nella c.d. Lista di trasparenza (articolo 1, comma 3, del decreto-legge n. 156/2004). Qualora l'assistito intenda

Da diversi anni, inoltre, risulta essere operativo un sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche attraverso le procedure della ricetta elettronica del Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS), gestito dalla RGS. Con tale piattaforma vengono monitorate anche le prestazioni di specialistica ambulatoriale, i dispositivi di assistenza protesica e integrativa¹¹⁷. Il Sistema TS ha, altresì, rappresentato il volano per l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) nonché la sua evoluzione verso la versione 2.0¹¹⁸, in coerenza con la Missione 6 del PNRR¹¹⁹.

Infine, si segnala la fissazione di un tetto alla spesa per la farmaceutica convenzionata il cui superamento prevede un meccanismo di recupero dell'intero sfondamento (c.d. *pay-back*) a carico delle aziende farmaceutiche, dei farmacisti e dei grossisti¹²⁰, così come quantificato dall'AIFA¹²¹. Nello specifico, dal 2013 al 2016 la soglia, pari all'11,35%¹²² del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, era riferita alla farmaceutica territoriale¹²³. Dal 2017 al 2020 è divenuta relativa alla sola spesa per la farmaceutica convenzionata rimodulandola nella misura del 7,96%¹²⁴, poi rideterminata al 7% a decorrere dal 2021¹²⁵.

Assistenza medico-generica da convenzione¹²⁶. La spesa tra il 2014 e il 2023 è passata da 6.663 a 6.759 milioni di euro. Mediamente il livello si è attestato intorno ai 6.800 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo dello 0,2% (Fig. 1.7).

Il divieto del riconoscimento di aumenti retributivi¹²⁷ e il mancato rinnovo delle convenzioni con il SSN per il periodo 2010-2015¹²⁸ hanno determinato tassi di variazione non superiori al $\pm 0,5\%$ fino al 2017¹²⁹.

comunque acquistare un altro farmaco equivalente, con prezzo superiore a quello minimo, deve farsi carico della differenza di prezzo (articolo 7 del decreto-legge n. 347/2001).

¹¹⁷ Articolo 50 del decreto-legge n. 269/2003.

¹¹⁸ Decreto del Ministero della salute del 7 settembre 2023. Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo dedicato.

¹¹⁹ In proposito, si evidenzia altresì che il Ministero della salute sta partecipando all'implementazione dello Spazio europeo dei dati sanitari (*European Health Data Space*, EHDS) che dovrebbe permettere primariamente l'accesso e il controllo dei singoli individui sui propri dati sanitari e secondariamente il riutilizzo dei dati per scopi di ricerca e politica pubblica [Ministero dell'economia e delle finanze (2024), Sezione III, pag. 67]. L'EHDS sarà il primo degli spazi di dati comuni europei proposti nella comunicazione 2020 "Una strategia europea per i dati" che ha annunciato la creazione di nove spazi di dati specifici per settore e ambito.

¹²⁰ Articolo 5, comma 3, del decreto-legge n. 159/2007. Oltre al citato articolo 48, comma 33-bis, del decreto-legge n. 269/2003, la componente di spesa in esame è caratterizzata anche da altre specifiche modalità di rimborso e scontistica (articolo 48, comma 33, del decreto-legge n. 269/2003; articolo 15, comma 2, del decreto-legge n. 95/2012; articolo 11, comma 1, del decreto-legge n. 158/2012).

¹²¹ Articolo 21 del decreto-legge n. 113/2016.

¹²² Articolo 15, comma 3, del decreto-legge n. 95/2012. Precedentemente, dal 2008 al 2012 è stata del 14% (articolo 5, comma 1, del decreto-legge n. 159/2007).

¹²³ Costituita dalla farmaceutica in convenzione e dai farmaci innovativi (articolo 1, comma 569, della legge n. 208/2015).

¹²⁴ Articolo 1, comma 399, della legge n. 232/2016.

¹²⁵ Articolo 1, comma 281, della legge n. 234/2021. In proposito, occorre osservare che dal 2017 al 2023 la spesa farmaceutica convenzionata si è assestata annualmente all'interno del tetto programmato per cui non vi è stato alcun *pay-back* a carico della filiera per la riconduzione al valore di spesa programmato. Per mera informazione, si precisa che la soglia è stata ridotta al 6,8% a decorrere dal 2024 (articolo 1, comma 223, della legge n. 213/2023).

¹²⁶ Rappresenta la spesa sostenuta per garantire le prestazioni erogate da specifiche tipologie di medici di base che hanno stipulato una convenzione con il SSN, quali il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta (articolo 8 del decreto legislativo n. 502/1992 e articolo 1, comma 3, del decreto-legge n. 158/2012). Il rapporto di lavoro per tali professionisti sanitari è disciplinato mediante un Accordo Collettivo Nazionale (ACN) e, in via secondaria, con Accordi integrativi regionali (Dichiarazione preliminare allegata al DPR 270/2000) e Accordi attuativi a livello di singola ASL. Ciò determina differenze sostanziali nei SSR in termini di *governance* del settore rispetto al personale dipendente.

L'annualità successiva ha evidenziato una crescita del 2,2%, in relazione alla contabilizzazione degli oneri per il rinnovo delle convenzioni per il 2016 e il 2017 relativamente al triennio 2016-2018¹³⁰ oltre che la corresponsione degli arretrati per l'indennità di vacanza contrattuale del periodo 2010-2015¹³¹.

Il mancato rinnovo delle convenzioni riguardanti il 2018 per il triennio 2016-2018 e il 2019 per il periodo 2019-2021¹³² nonché il venir meno degli arretrati influenzanti l'annualità precedente hanno generato una contrazione della spesa del 2,4% nel 2019.

Nel 2020 la spesa per l'assistenza medico-generica è aumentata dell'11,2%. Tale incremento è principalmente dovuto all'imputazione a costo corrente degli oneri per il rinnovo delle convenzioni per il 2018 relativamente al triennio 2016-2018, con la corresponsione degli arretrati intervenuta con specifica normativa emergenziale, nelle more del perfezionamento della relativa convenzione¹³³. A ciò si aggiungono i maggiori costi sostenuti per il coinvolgimento di talune tipologie di convenzionati nella gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19¹³⁴.

Il decremento osservato nel 2021 del 3,8% è sostanzialmente attribuibile al venir meno degli effetti connessi con il pagamento degli arretrati presente sull'anno precedente. Tale diminuzione sarebbe stata maggiore se il 2021 non fosse stato contrassegnato da un incremento di spesa per l'utilizzo dell'assistenza medico-generica da convenzione nel contrasto alla diffusione del SARS-CoV-2¹³⁵, specie con riferimento all'effettuazione dei tamponi e alla somministrazione dei vaccini¹³⁶.

Nel 2022 e nel 2023 il ridursi delle attività straordinarie legate all'emergenza pandemica¹³⁷ e il parziale *turn over* degli operatori sanitari ha comportato un aggiuntivo decremento della spesa (-2,4% e -2,8%, rispettivamente). La tendenziale diminuzione è anche influenzata dal mancato perfezionamento del succitato rinnovo degli accordi per il trattamento economico del personale convenzionato con il SSN sia per il triennio 2019-2021¹³⁸ sia per la tornata 2022-2024¹³⁹.

¹²⁷ Articolo 16, comma 2, del decreto-legge n. 98/2011; articolo 1, comma 2, del DPR 122/2013; articolo 1, comma 454, della legge n. 147/2013.

¹²⁸ Articolo 9, comma 24, del decreto-legge n. 78/2010.

¹²⁹ Come per i redditi da lavoro dipendente, la dinamica della spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione è soggetta alle regole di contabilizzazione del SEC che imputano gli incrementi economici, inclusivi di arretrati, esclusivamente nell'anno di perfezionamento del rinnovo delle convenzioni. Parimenti a quanto detto per il rinnovo dei CCNL, anche l'aggiornamento degli oneri delle convenzioni è definito dal Governo (articolo 1, comma 30, della legge n. 213/2023).

¹³⁰ Articolo 1, comma 470, della L 208/2015 e articolo 1, comma 683, della legge n. 205/2017. I relativi arretrati sono quantificabili in circa 100 milioni di euro.

¹³¹ Articolo 9, comma 24, del decreto-legge n. 78/2010.

¹³² Articolo 1, comma 439, della legge n. 145/2018.

¹³³ Articolo 38, comma 1, del decreto-legge n. 23/2020 e allegato A, n. 11 all'articolo 16 del decreto-legge n. 221/2021. Gli arretrati sono quantificabili in quasi 500 milioni di euro.

¹³⁴ Articolo 2-quinquies del decreto-legge n. 18/2020; articolo 1, commi 6, 8 e 9, del decreto-legge n. 34/2020; articolo 18 del decreto-legge n. 137/2020. Nello specifico, tali dispositivi normativi hanno previsto l'istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e delle Centrali Operative Regionali (COT). Si ricorda che la Componente 1 della Missione 6 del PNRR ha previsto l'attuazione di modalità organizzative assistenziali che prevedono il coinvolgimento della medicina da convenzione con particolare riferimento a quanto disposto dal decreto ministeriale n. 77/2022.

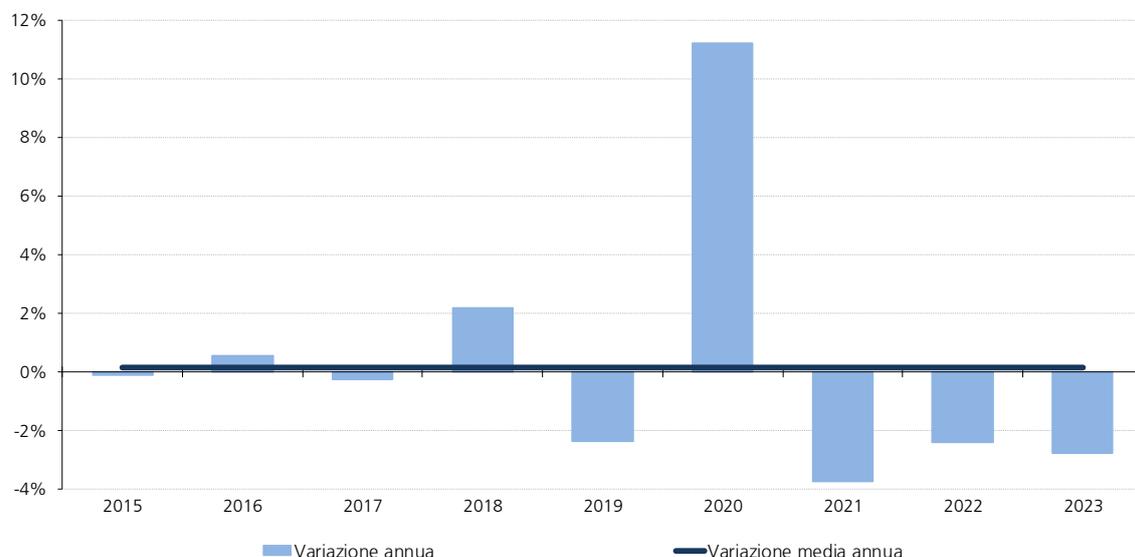
¹³⁵ Articolo 1, commi 468 e 469, della legge n. 178/2020 e articolo 12, comma 2, del decreto-legge n. 24/2022.

¹³⁶ Articolo 1, commi 416 e 463-bis, della legge n. 178/2020.

¹³⁷ Articolo 1, comma 295, della legge n. 234/2021.

¹³⁸ Gli accordi sono stati perfezionati nel corso del 2024.

Fig. 1.7: spesa di CN per l'assistenza medico-generica da convenzione - Anni 2015-2023 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2024.

Al fine di fronteggiare la contingente carenza di personale convenzionato con il SSN negli ultimi anni si stanno implementando diversi interventi. Nello specifico, si è proceduto a finanziare un numero maggiore di borse di studio per la formazione dei medici di base¹⁴⁰. In particolare, a partire dal 2022 oltre agli stanziamenti nazionali¹⁴¹ che hanno permesso di bandire più di 6.100 borse per tre cicli formativi¹⁴², sono state previste anche provviste a valere sui fondi della Missione 6 del PNRR per ulteriori 2.700 posti. In aggiunta, sono state pure introdotte ulteriori deroghe come l'elevazione fino a 1.000 del numero di assistiti in carico a medici di base fino al 2026¹⁴³, anche in formazione¹⁴⁴.

Nel corso del tempo specifiche disposizioni sono state approvate per potenziare questa tipologia di assistenza territoriale. Sono stati diversi i profili interessati, tra cui l'abilitazione¹⁴⁵, il reclutamento¹⁴⁶, le apparecchiature¹⁴⁷, la quiescenza¹⁴⁸ e

¹³⁹ Articolo 1, comma 30, della L 213/2023.

¹⁴⁰ Articolo 25, comma 1, del decreto legislativo n. 368/1999 e Decreto del Ministero della salute del 7 marzo 2006. In merito, si precisa che siffatta tipologia di costi viene classificata nei Consumi intermedi in CN.

¹⁴¹ Articolo 1, comma 518, della L 145/2018; articolo 1-bis, del decreto-legge n. 34/2020; articolo 1, comma 588, della legge n. 197/2022.

¹⁴² Si tratta dei trienni 2022-2024, 2023-2025 e 2024-2026.

¹⁴³ Articolo 36-bis del decreto-legge n. 73/2022. Novazioni in merito sono previste anche dal nuovo Accordo Collettivo Nazionale per il triennio 2019-2021, perfezionato il 4 aprile 2024.

¹⁴⁴ Articolo 9, comma 2, del decreto-legge n. 135/2018.

¹⁴⁵ Articolo 21 del decreto legislativo n. 368/1999 e articolo 1, comma 426, della legge n. 178/2020.

¹⁴⁶ Articolo 9, comma 1, del decreto-legge n. 135/2018; articolo 19, comma 5-bis, del decreto-legge n. 76/2020; articolo 1, comma 272, della legge n. 234/2021.

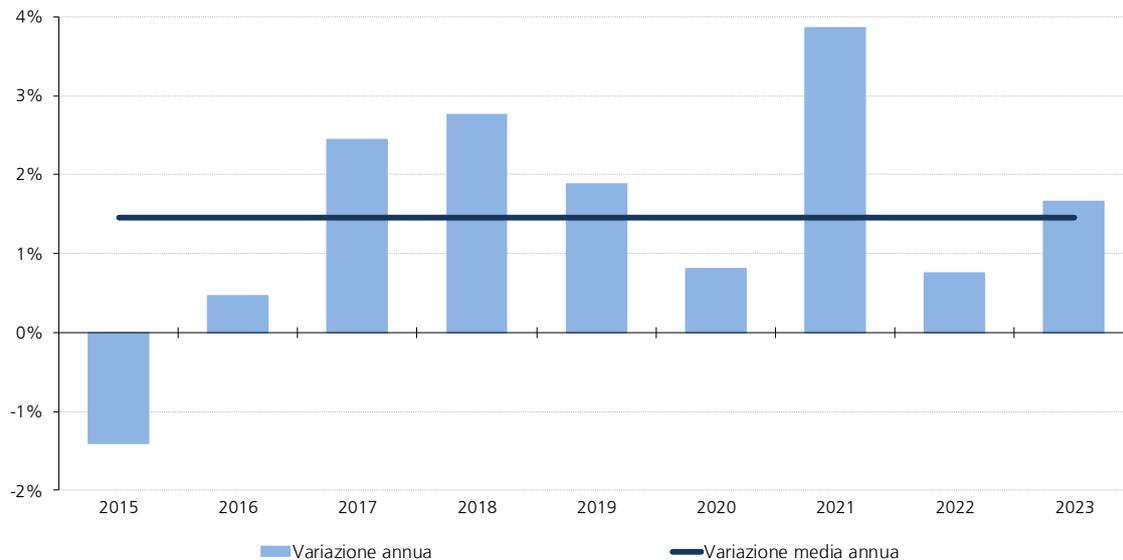
¹⁴⁷ Articolo 38, commi 4 e 5, del decreto-legge n. 23/2020.

¹⁴⁸ Articolo 15-novies, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992; articolo 2, comma 4, della legge n. 549/1995; articolo 4, comma 9-octiesdecies, del decreto-legge n. 198/2022; articolo 12, comma 5, del decreto-legge n. 34/2023.

l'organizzazione¹⁴⁹.

Altre prestazioni sociali in natura da privato¹⁵⁰. L'aggregato in questione tra il 2014 e il 2023 è passato da 24.641 a 28.075 milioni di euro. Mediamente nell'arco temporale in esame il livello si è attestato intorno ai 26.000 milioni di euro, corrispondente a un incremento medio annuo dell'1,5% (Fig. 1.8).

Fig. 1.8: spesa di CN per le altre prestazioni sociali in natura da privato - Anni 2015-2023 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2024.

Ogni annualità ha registrato una crescita, eccezion fatta per il 2015.

Focalizzando l'attenzione sull'ultimo quadriennio, è da rilevare che l'incremento del 2020 (+0,8%) è fondamentalmente legato agli oneri sostenuti dal Commissario di cui all'articolo 122 del decreto-legge n. 18/2020, pari a circa 570 milioni di euro¹⁵¹. Al netto di questi ultimi la spesa evidenzerebbe un decremento dell'1,4% in ragione del minor numero di prestazioni erogate non solo per la sospensione delle prestazioni non urgenti disposta durante la prima fase dell'emergenza epidemiologica, ma anche per la riduzione dei servizi dovuta alle temporanee riconversioni assistenziali per Covid-19 e per l'autonoma scelta dei pazienti di posticipare la fruizione di talune prestazioni assistenziali. L'aggregato ha risentito altresì dei possibili ristori regionali permessi dalla legge nel limite massimo del 90% del *budget* oltre che del riconoscimento delle prestazioni e delle

¹⁴⁹ Articolo 8, comma 1, lettera b-quinquies), del decreto legislativo n. 502/1992.

¹⁵⁰ Ricomprendono gli acquisti di prestazioni per fornire l'assistenza medico-specialistica, riabilitativa, integrativa, protesica e ospedaliera da parte di strutture private accreditate (case di cura, ospedali classificati, IRCCS di diritto privato, policlinici gestiti direttamente da università non statali, ambulatori e laboratori) nonché per garantire altre prestazioni erogate da operatori privati accreditati con il SSN, come la psichiatria, la termale, ecc. (artt. 8-quater e 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/1992). Per valutare la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza delle attività erogate dalle strutture sanitarie, ai fini della concessione dell'accreditamento, è stato emanato da parte del Ministero della salute il Decreto del 19 dicembre 2022, attuativo dell'articolo 15, comma 1, della legge n. 118/2022 (Legge per il mercato e la concorrenza).

¹⁵¹ Nelle altre prestazioni sociali in natura da privato afferisce una quota residuale dei costi sostenuti dal Commissario di cui all'articolo 122 del decreto-legge n. 18/2020 e/o dall'Unità di cui all'articolo 2 del decreto-legge n. 24/2022, integrativa di quella allocata nei consumi intermedi.

funzioni Covid-19 nei termini previsti da un apposito tariffario nazionale¹⁵². La dinamica crescente riflette anche la contabilizzazione degli oneri per il rinnovo delle convenzioni per il 2018, riguardanti i professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna con riferimento alla tornata 2016-2018¹⁵³. Inoltre, tali figure professionali sono state coinvolte anche nelle attività di contrasto al Covid-19¹⁵⁴.

L'incremento registrato nel 2021 (+3,9%) sconta i costi sostenuti da un lato per riprendere e recuperare le ordinarie attività assistenziali e dall'altro per continuare a fronteggiare l'emergenza sanitaria. Sono state, per questo, introdotte specifiche disposizioni che hanno preordinato il ricorso agli operatori privati accreditati per smaltire le liste d'attesa¹⁵⁵ formatisi durante il periodo pandemico dando la possibilità di garantire prestazioni anche oltre gli accordi predefiniti, eventualmente ricorrendo a economie di *budget* del 2020¹⁵⁶. Gli operatori privati accreditati hanno, inoltre, potuto integrare i contratti in funzione della somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2¹⁵⁷. In aggiunta, al pari dell'anno precedente, in caso di sospensione dell'ordinaria attività assistenziale in funzione dell'andamento dell'emergenza da Covid-19 o per ristorare i costi fissi comunque sostenuti e documentati, è stata concessa la possibilità di riconoscere alle strutture private accreditate fino a un massimo del 90% del *budget* assegnato, ivi ricomprendendo l'eventuale produzione resa e ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del SSR¹⁵⁸. Oltre a quelli citati sono stati introdotti anche ulteriori specifici interventi¹⁵⁹. L'aumento di spesa è comunque mitigato dai minori oneri correlati alle attività del Commissario di cui all'articolo 122 del decreto-legge n. 18/2020¹⁶⁰ nonché dal venir meno degli arretrati per il rinnovo delle convenzioni dei professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna contabilizzati nell'anno precedente.

Il 2022 è stato contraddistinto da un aumento dello 0,8% riconducibile al coinvolgimento degli operatori privati nei programmi di recupero delle liste di attesa¹⁶¹ e al contributo concesso per calmierare il già citato incremento dei costi delle utenze di energia elettrica e gas¹⁶². La crescita riscontrata è stata mitigata da una minore incidenza

¹⁵² Articolo 4, commi 3 e 5-bis, del decreto-legge n. 34/2020.

¹⁵³ Articolo 38, comma 6, del decreto-legge n. 23/2020; allegato A, n. 11 all'articolo 16 del decreto-legge n. 221/2021. Gli arretrati sono pressappoco di 70 milioni di euro. Gli incrementi retributivi relativi al 2016 e al 2017, quantificabili all'incirca in 15 milioni di euro, sono stati corrisposti nel 2018, anno di sottoscrizione dell'accordo (articolo 1, comma 454, della L 147/2013; articolo 1, comma 470, della legge n. 208/2015; articolo 1, comma 683, della legge n. 205/2017). Con riferimento, invece, alla tornata 2019-2021 le convenzioni risultano perfezionate nel 2024 (medici di medicina generale il 4 aprile 2024, pediatri di libera scelta il 25 luglio 2024 e specialistica ambulatoriale il 4 aprile 2024), essendo le regole di governo analoghe e sovrapponibili temporalmente (articolo 1, comma 3, del decreto-legge n. 158/2012).

¹⁵⁴ Articolo 1, comma 6, secondo periodo, del decreto-legge n. 34/2020.

¹⁵⁵ In merito si segnala il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021, adottato con l'Intesa -Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, il cui monitoraggio applicativo è stato affidato all'Osservatorio nazionale delle liste d'attesa istituito con decreto del Ministero della salute del 20 giugno 2019 e modificato nella composizione con Decreto del 31 dicembre 2021.

¹⁵⁶ Articolo 26, comma 2, del decreto-legge n. 73/2021.

¹⁵⁷ Articolo 1, comma 465, della legge n. 178/2020.

¹⁵⁸ Articolo 1, comma 495, della legge n. 178/2020.

¹⁵⁹ È stata, ad esempio, prorogata l'efficacia di norme inerenti la stipula di accordi con strutture private accreditate in deroga al limite di spesa previsto a legislazione vigente (Allegato A, n. 14 all'articolo 6 del decreto-legge n. 105/2021), è stato istituito un fondo per facilitare l'approvvigionamento di dispositivi di protezione individuale (articolo 19-novies del decreto-legge n. 137/2020), ecc.

¹⁶⁰ Quantificati dall'ISTAT in quasi 380 milioni di euro.

¹⁶¹ Articolo 1, comma 277, della legge n. 234/2021.

¹⁶² Articolo 5, comma 5, del decreto-legge n. 144/2022.

dei costi del Commissario di cui all'articolo 122 del decreto-legge n. 18/2020 e/o dell'Unità di cui all'articolo 2 del decreto-legge n. 24/2022¹⁶³.

Nel 2023 la spesa ha mostrato un incremento dell'1,7% presumibilmente dovuta al protrarsi della facoltà di ricorrere agli operatori privati accreditati per lo smaltimento delle liste di attesa¹⁶⁴. Inoltre, nel 2023 non risultano perfezionate le convenzioni dei professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna per i trienni 2019-2021¹⁶⁵ e 2022-2024¹⁶⁶.

In via generale, le altre prestazioni sociali in natura da privato sono regolamentate da un sistema di *governance* dei volumi di acquisto, ivi ricomprendendo le regioni sottoposte ai Piani di rientro. Tale processo prevede essenzialmente la fissazione di tetti di spesa e l'attribuzione di *budget*, con il perfezionamento dei relativi contratti in tempi coerenti con la programmazione regionale¹⁶⁷. Sono state previste funzioni assistenziali remunerate in base ai c.d. costi *standard* di produzione nonché attività assistenziali remunerate in base a tariffe predefinite¹⁶⁸.

La dinamica dell'aggregato ha risentito, altresì, delle misure di contenimento della spesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale e ospedaliera¹⁶⁹. In particolare, a decorrere dal 2014, la legge ha fissato un limite all'incremento di tale tipologia di acquisiti di prestazioni da privato accreditato, consistente nell'applicazione di una diminuzione del 2% annuo della spesa consuntivata nel 2011. Dal 2016 è stato possibile derogare al predetto limite per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, adottando le relative misure compensative¹⁷⁰. Dal 2020 il limite è stato rimodulato in aumento, eliminando la suddetta variazione negativa del 2% per le regioni che assicurano l'equilibrio del proprio SSR¹⁷¹.

Specifiche politiche di efficientamento delle prestazioni rese dalle strutture private accreditate sono previste anche con riferimento alla diagnostica da laboratorio¹⁷².

L'andamento dell'aggregato è influenzato altresì dagli effetti legati ai processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, specie con riferimento al potenziamento

¹⁶³ Nei Conti nazionali tali oneri sono stati quantificati in quasi 40 milioni di euro nel 2022.

¹⁶⁴ Articolo 4, comma 9-octies, del decreto-legge n. 198/2022.

¹⁶⁵ Come già detto, l'accordo convenzionale della specialistica ambulatoriale è stato perfezionato il 4 aprile 2024.

¹⁶⁶ Per ulteriori delucidazioni sui fattori influenzanti l'aggregato si rinvia al paragrafo relativo ai risultati di CN per il 2023.

¹⁶⁷ Articolo 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/1992.

¹⁶⁸ A marzo 2024 un apposito Decreto del Ministero della salute ha rinviato l'entrata in vigore al 1° gennaio 2025 del Decreto Ministeriale 23 giugno 2023 recante la definizione delle tariffe della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica i cui nomenclatori sono contenuti nel dPCM 12 gennaio 2017 ed entrano in vigore contestualmente alle rispettive tariffe.

¹⁶⁹ Per mera informazione si fa presente che una fotografia della *performance* delle strutture ospedaliere, pubbliche e private, è fornita dall'AGENAS mediante il Piano Nazionale degli Esiti (PNE) ai sensi del Decreto del Ministero della salute del 21 giugno 2016.

¹⁷⁰ Articolo 1, comma 574, della legge n. 208/2015.

¹⁷¹ Articolo 45, comma 1-ter, del decreto-legge n. 124/2019.

¹⁷² Articolo 8, comma 15, della legge n. 537/1993; articolo 1, comma 796, lettera o), della legge n. 296/2006; articolo 29 del decreto-legge n. 73/2021.

dell'assistenza territoriale, incentivata a partire dal 2020 dai provvedimenti emergenziali¹⁷³ e dal PNRR¹⁷⁴.

Altre componenti di spesa¹⁷⁵. L'aggregato in esame tra il 2014 e il 2023 è passato da 3.395 a 4.293 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo del 2,6% (Fig. 1.9).

Nel 2020 si è registrata una crescita consistente (+54%) in ragione del minor utilizzo dei servizi sanitari, specie nella fase più intensa dell'emergenza epidemiologica. Siffatta limitazione ha determinato una conseguente riduzione degli introiti correlati con l'incasso dei *ticket* e dei proventi derivanti dall'assistenza erogata in regime di *intramoenia*¹⁷⁶. La contrazione di tali ricavi ha comportato una minore sterilizzazione della spesa implicandone una consequenziale crescita.

Per *intramoenia* si intende l'attività intramuraria svolta in regime libero-professionale in vigenza di un rapporto di lavoro esclusivo¹⁷⁷ per un volume di prestazioni non superiore a quello istituzionale. Su tale ultimo vincolo relazione l'Organismo paritetico regionale¹⁷⁸ e monitora la direzione generale della struttura sanitaria di appartenenza¹⁷⁹. La possibilità di svolgere l'Attività Libero-Professionale Intramuraria (ALPI) è stata concessa, dal 2023, non solo ai medici, ma anche agli operatori delle professioni sanitarie al di fuori dell'orario di servizio¹⁸⁰ nonché agli specializzandi¹⁸¹.

La diminuzione del valore delle altre componenti di spesa registrato nel 2021 (-10,4%) è dovuta a una maggiore riscossione di proventi per i *ticket* e per le prestazioni in regime di *intramoenia* in ragione di una tendenziale ripresa e recupero dell'ordinaria attività assistenziale¹⁸².

Nel 2022 si è registrata una decrescita dell'1% dovuta essenzialmente a una maggiore sterilizzazione dei costi derivante dai servizi vendibili e dalle vendite residuali la cui quantificazione ha superato l'incremento delle imposte indirette e delle contribuzioni diverse.

¹⁷³ L'articolo 1, comma 406, della legge n. 178/2020, modificando alcuni articoli del decreto legislativo n. 502/1992, ha favorito le procedure di accreditamento al SSN delle organizzazioni private per l'erogazione di cure domiciliari.

¹⁷⁴ Con particolare riferimento all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI, articolo 22 del dPCM 12 gennaio 2017), oltre a specifici dispositivi normativi (articolo 29-ter del decreto-legge n. 104/2020 e articolo 21, comma 1, del decreto-legge n. 41/2021), la Componente 1 della Missione 6 del PNRR ha previsto ulteriori interventi (Decreto del Ministero della salute del 24 novembre 2023, pubblicato nella G.U. n. 22 del 27 gennaio 2024). Inoltre, nel 2022 è stato anche adottato il Decreto del Ministero della salute n. 77/2022 per la definizione di un regolamento sui modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN.

¹⁷⁵ Ricomprendono le voci residuali che compongono la spesa sanitaria corrente di CN non considerate negli aggregati analizzati sinora. In particolare, sono incluse le imposte dirette, gli ammortamenti, le contribuzioni diverse, le altre uscite e, con segno opposto, la produzione per uso proprio nonché i servizi vendibili e le vendite residuali. Specie in tali ultimi due aggregati ricadono per lo più voci di ricavo di CE che sterilizzano le componenti di costo di CN.

¹⁷⁶ A mero titolo esemplificativo, si cita l'articolo 1 della legge n. 120/2007.

¹⁷⁷ Articolo 15, comma 1, lettera d) del CCNL dell'area sanità per il triennio 2016-2018.

¹⁷⁸ Articolo 1, comma 222, della legge n. 213/2023

¹⁷⁹ Articolo 4, comma 2, del decreto-legge n. 73/2024.

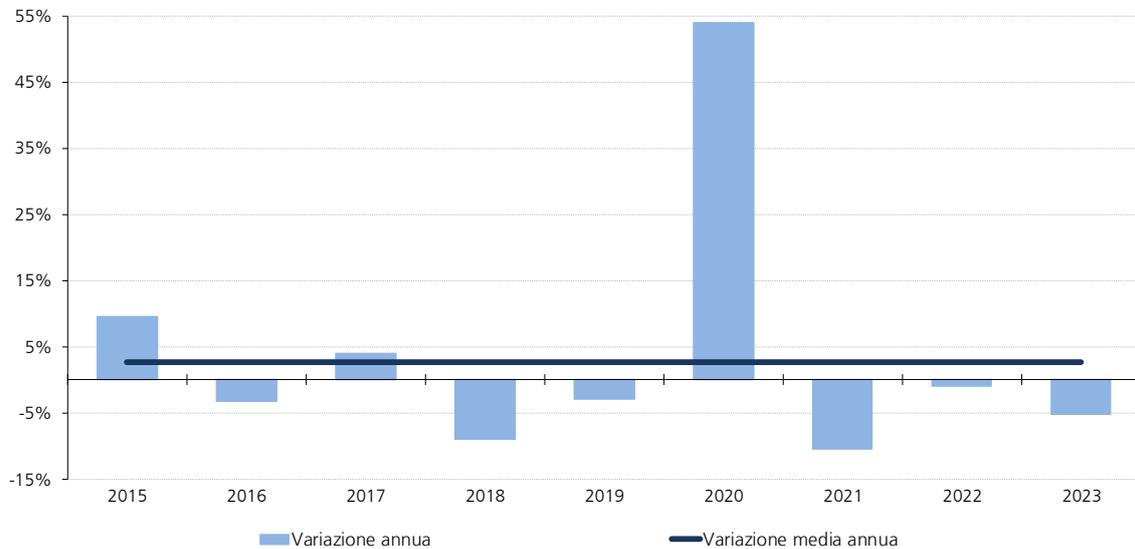
¹⁸⁰ Sempre che non pregiudichi lo smaltimento delle liste di attesa (articolo 3-quater del decreto-legge n. 127/2021).

¹⁸¹ Articolo 12, comma 2, del decreto-legge n. 34/2023.

¹⁸² Il contenimento delle Contribuzioni diverse è, infatti, compensato dall'aumento delle restanti componenti afferenti all'aggregato.

Infine, nel 2023 è riscontrabile un'ulteriore contrazione della spesa (-5,1%)¹⁸³.

Fig. 1.9: altre componenti della spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2015-2023 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2024.

È utile ricordare che l'incasso dei *ticket* risulta essere regolamentato da specifiche previsioni normative che, per favorire la presa in carico omogenea sul territorio nazionale dei pazienti con un quadro clinico Covid-19 correlato, hanno garantito le prestazioni di specialistica ambulatoriale senza la compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito¹⁸⁴. Sono, inoltre, intervenute nel 2019 disposizioni dirette a prevedere l'eliminazione, a partire dal 1° settembre 2020, della quota fissa di 10 euro per ricetta sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, compensandone gli effetti legati alle minori entrate con apposita provvista finanziaria¹⁸⁵.

1.2.3 - Risultati di CN per l'anno 2023

Nel 2023 la spesa sanitaria¹⁸⁶ è risultata pari a 131.119 milioni di euro¹⁸⁷, con un tasso di decremento dello 0,4% rispetto al 2022¹⁸⁸. Con riferimento alle singole componenti di spesa¹⁸⁹, si evidenzia quanto segue¹⁹⁰.

¹⁸³ Per maggiori delucidazioni si rinvia alla trattazione dell'argomento riportata nel paragrafo relativo ai risultati di CN per il 2023.

¹⁸⁴ Articolo 27, comma 1, del decreto-legge n. 73/2021.

¹⁸⁵ Articolo 1, commi 446 e 447, della legge n. 160/2019. In passato, sono state adottate anche misure alternative alla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie (articolo 1, comma 796, lettera p-bis, della L 296/2006 e articolo 1 bis, comma 1, del decreto-legge n. 23/2007).

¹⁸⁶ Le risultanze riportate nel presente paragrafo sono sostanzialmente desunte dal Documento di economia e Finanza del 2024, redatto nel rispetto dell'articolo 10, comma 3, lettera f), della legge n. 196/2009. Ministero dell'economia e delle finanze (2024).

¹⁸⁷ Per il 2023 si è tenuto conto delle informazioni di CE degli ESL relativi al quarto trimestre. Le stime per le annualità precedenti fanno, invece, riferimento ai valori di consuntivo.

¹⁸⁸ La variazione negativa è in controtendenza rispetto alla crescita del 2,8% prevista nella Nota di Aggiornamento del DEF2023 (NADEF2023). Ciò è sostanzialmente imputabile a due ordini di motivi. Il primo, e più ragguardevole, è legato alla non imputazione dei citati oneri per il rinnovo dei contratti del personale dirigente e degli accordi del personale convenzionato con il SSN per il triennio 2019-2021 in ragione del loro mancato perfezionamento nel corso del 2023, con conseguente spostamento all'anno successivo. Il secondo concerne la minore quantificazione in CN delle spese sostenute nel

Redditi da lavoro dipendente. La spesa è pari a 40.073 milioni di euro, in diminuzione dell'1,8% rispetto al 2022. Come detto in precedenza, tale flessione è dovuta principalmente al venir meno, nel 2023, degli arretrati conseguenti alla sottoscrizione, nell'anno precedente, del contratto per il personale non dirigente relativo al triennio 2019-2021¹⁹¹. Il decremento registrato è attenuato dagli effetti prodotti da una serie di disposizioni relative al personale. In primo luogo, è da considerare l'erogazione nel 2023 di un emolumento *una tantum* correlato ai miglioramenti economici per il rinnovo contrattuale relativo alla tornata 2022-2024¹⁹². In aggiunta, sono da annoverare gli esiti di interventi normativi finalizzati alle assunzioni e/o alle stabilizzazioni del personale, preordinate essenzialmente per valorizzare la professionalità acquisita durante gli anni della pandemia da Covid-19 e per recuperare le liste di attesa¹⁹³. Con particolare riferimento a tale ultima finalità, sono state prorogate alcune disposizioni dirette al reclutamento del personale, inizialmente previsti fino al 2022¹⁹⁴. In aggiunta, è stato procrastinato il termine per il conseguimento dei requisiti di accesso ai processi di stabilizzazione¹⁹⁵ e allargata la platea dei candidati, ammettendo alle selezioni anche gli assunti con contratti di lavoro flessibile¹⁹⁶. In via ulteriore, al fine di promuovere la reinternalizzazione dei servizi appaltati ed evitare differenze retributive a parità di prestazioni lavorative, è stata concessa la facoltà di reclutare il personale mediante una riserva di posti a favore dei lavoratori già impiegati nei servizi esternalizzati¹⁹⁷. Inoltre, sono state implementate misure volte a favorire la permanenza in servizio dei lavoratori mediante la concessione di specifiche agevolazioni¹⁹⁸. Anche se con alcune deroghe¹⁹⁹, la spesa per i redditi da lavoro dipendente resta pur sempre regolata da consolidati strumenti

2023 dalle strutture di cui all'articolo 2 del decreto-legge n. 24/2022 per il completamento della campagna vaccinale e per l'adozione di altre misure di contrasto della pandemia.

¹⁸⁹ Per maggiori delucidazioni sui fattori influenzanti le diverse componenti si rinvia alle pertinenti trattazioni riportate nei precedenti paragrafi.

¹⁹⁰ In via generale, la quantificazione dei singoli aggregati di seguito analizzati risente della già citata facoltà di utilizzare le risorse stanziare per fronteggiare la pandemia da Covid-19 destinandole a finalità differenti da quelle previste dalle originarie linee di finanziamento. Inoltre, rilevano anche i costi correlati con gli interventi per l'attuazione della 'Missione 6: Salute' afferente al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Infine, con particolare riferimento al triennio 2022-2024, si ricorda l'incidenza degli oneri per garantire le prestazioni del SSN a seguito dell'accoglienza umanitaria per la crisi in Ucraina.

¹⁹¹ Da evidenziare, rispetto alle previsioni della NADEF2023, lo slittamento al 2024 della sottoscrizione del contratto per il triennio 2019-2021 per la dirigenza, non essendosi perfezionato entro la fine del 2023.

¹⁹² Articolo 1, comma 330, della legge n. 197/2022. Nel 2022 e nel 2023 viene scontata anche l'incrementale anticipazione dei benefici complessivi da attribuire all'atto del rinnovo contrattuale relativamente al triennio 2022-2024 (articolo 1, comma 610, della legge n. 234/2021).

¹⁹³ Articolo 1, comma 268, della legge n. 234/2021.

¹⁹⁴ A mero titolo esemplificativo, si cita l'articolo 1, comma 276, della legge n. 234/2021 e l'articolo 4, comma 9-octies, del decreto-legge n. 198/2022.

¹⁹⁵ Articolo 1, comma 528, della legge n. 197/2022.

¹⁹⁶ Articolo 4, comma 9-septiesdecies, del decreto-legge n. 198/2022 e articolo 12, comma 1, del decreto-legge n. 34/2023.

¹⁹⁷ Articolo 1, comma 268, lettera c), della legge n. 234/2021. In aggiunta, per consolidare il personale dipendente, l'affidamento a terzi è stato riservato solo ai casi di necessità e urgenza ed è stato fatto divieto di ricostituire un rapporto di lavoro con il SSN se in precedenza interrotto per prestare l'attività presso un operatore privato in regime di esternalizzazione (articolo 10 del decreto-legge n. 34/2023).

¹⁹⁸ Articolo 12, comma 5 e 6, del decreto-legge n. 34/2023.

¹⁹⁹ A mero titolo esemplificativo, si cita l'articolo 29 del decreto-legge n. 104/2020 e l'articolo 50 del decreto-legge n. 73/2021. Inoltre, è stato abolito il requisito della specializzazione in alcune discipline (articolo 15-ter, comma 1, del decreto-legge n. 34/2023) ed è stata data possibilità di assumere temporaneamente personale con qualifica conseguita all'estero (articolo 34 del decreto-legge n. 21/2022 e articolo 15 del decreto-legge n. 34/2023).

di *governance* introdotti negli anni, anche tramite gli Accordi Stato-Regioni. A tal proposito, a mero titolo esemplificativo, si ricordano:

- le politiche di gestione della spesa per il personale degli enti del SSN in coerenza con i relativi fabbisogni;
- gli automatismi introdotti dalle norme in materia di rideterminazione dei fondi per il trattamento accessorio, anche in relazione ai dipendenti in servizio.

Consumi intermedi. La spesa è pari a 44.356 milioni di euro, in aumento rispetto al 2022 dello 0,3%. L'incremento è attribuibile esclusivamente ai succitati prodotti farmaceutici visto che la restante parte della componente è caratterizzata da un decremento. Nello specifico, la spesa per l'acquisto diretto dei farmaci, cresciuta del 13,1% nel 2023, è in via principale associabile a una effettiva crescita dell'aggregato, mentre un terzo dell'incremento è imputabile a una minore sterilizzazione dei costi del 2023 per le entrate del *pay-back* relativo alla farmaceutica ospedaliera²⁰⁰. L'aumento ha risentito, inoltre, dei maggiori costi preordinati a legislazione vigente, per la rideterminazione del pertinente tetto di spesa²⁰¹ e per l'approvvigionamento dei farmaci innovativi²⁰². La spesa imputabile ai consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici presenta una riduzione di 5 punti percentuali. *In primis*, ciò è imputabile, come detto in precedenza, ai minori oneri sostenuti nel 2023 per il completamento della campagna vaccinale e l'adozione di altre misure per il contrasto del Covid-19 da parte della preposta Unità e del subentrante Ministero della salute. Secondariamente, la dinamica in riduzione della componente è influenzata dai prezzi delle fonti energetiche, calmierati rispetto all'anno precedente²⁰³. In ultimo, il decremento dell'aggregato in esame ha inglobato gli esiti, anche se con effetto opposto, della rilevante sterilizzazione della spesa nel 2022 a seguito della contabilizzazione delle entrate del *pay-back* per i dispositivi medici, essendo queste ultime riferite al superamento dei tetti di spesa del quadriennio 2015-2018²⁰⁴. In assenza dei succitati tre fattori, i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici avrebbero

²⁰⁰ Con particolare riferimento all'ultimo triennio (2021-2023) le regolazioni contabili nei CE degli ESL per siffatto *pay-back* sono caratterizzate da una commistione di importi afferenti a più annualità. Nella fattispecie, nel 2021 sono fondamentalmente registrate le provviste del *pay-back* per il superamento del tetto della spesa per acquisti diretti relative al 2019 e quota parte dell'analogo *pay-back* del 2020 (articolo 1, comma 286, della legge n. 234/2021). Nel 2022, invece, sono tendenzialmente rilevati gli incassi associati al *pay-back* del 2020, per la quota non iscritta sul CE del 2021, nonché quelli del *pay-back* del 2021 il cui provvedimento di ripiano è stato adottato dall'AIFA a novembre 2022 (articolo 1, comma 540, della legge n. 197/2022). Infine, nei CE del 2023 sono registrate prevalentemente le poste relative al *pay-back* del 2022, così come individuate dalla determina dell'AIFA di novembre 2023, nonché tutte le restanti provviste di anni passati non iscritte nei CE in precedenza.

²⁰¹ La citata rideterminazione in aumento del tetto nella misura dell'8,15% del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato ha implicato un conseguente effetto incrementale della spesa a carico del SSN.

²⁰² Come già detto, l'articolo 1, comma 259, della legge n. 234/2021 ha previsto un incremento del fondo destinato all'acquisto di tale tipologia di medicinali.

²⁰³ Si ricorda che l'articolo 40, comma 1, del decreto-legge n. 50/2022 e l'articolo 5, comma 3 e seguenti, del decreto-legge n. 144/2022 hanno previsto per il 2022 uno stanziamento di 1.600 milioni di euro per contribuire ai maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche e al perdurare degli effetti della pandemia, mentre 1.400 milioni di euro sono stati assegnati per il 2023 dall'articolo 1, comma 535, della legge n. 197/2022 per i maggiori costi energetici.

²⁰⁴ Il meccanismo di rimborso da parte delle aziende fornitrici per il superamento del tetto di spesa per dispositivi medici fissato dalla legge (articolo 1, comma 131, lettera b), della legge n. 228/2012) ha permesso di registrare nel 2022 un'entrata a sterilizzazione dei costi (articolo 9-ter, comma 9-bis, del decreto-legge n. 78/2015) di gran lunga superiore a quella riscontrabile nel 2023. In merito, si rileva che, nelle more di una ridefinizione delle modalità di gestione della spesa relativa ai dispositivi medici, l'attuale disciplina potrebbe essere revisionata nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica e in coerenza con il livello del finanziamento del SSN (articolo 3-bis, comma 1, del decreto-legge n. 51/2023). Si richiamano anche le sentenze della Corte costituzionale n. 139 e 140 del 2024 in materia.

evidenziato, nel 2023, un valore di spesa superiore a quello dell'anno precedente. Storicamente, l'andamento dell'aggregato in esame ha riverberato gli effetti connessi con le misure di razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi introdotte negli anni, fra le quali si ricordano, in via esemplificativa:

- lo sviluppo dei processi di efficientamento degli acquisti anche tramite l'utilizzo degli strumenti messi a disposizione dai soggetti aggregatori o dalle centrali di committenza operanti a livello regionale;
- la previsione legislativa di messa a disposizione in favore delle regioni, da parte dell'Autorità nazionale anticorruzione, dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa.

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

La spesa è pari a 42.397 milioni di euro, in aumento dello 0,7% rispetto al 2022. Con riferimento alle principali componenti dell'aggregato, si registra quanto segue:

- la spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata è pari a 7.563 milioni di euro, con un incremento dello 0,3% rispetto al 2022. La dinamica in crescita riscontrabile nell'ultimo triennio è presumibilmente associabile alla ripresa dei consumi farmaceutici rispetto al 2020, anno in cui hanno maggiormente inciso le restrizioni legate all'emergenza sanitaria da Covid-19. In aggiunta, negli ultimi tre anni l'aggregato ha scontato, come descritto in precedenza, una remunerazione aggiuntiva in favore delle farmacie per il rimborso dei medicinali erogati in regime di SSN. Pure per la farmaceutica convenzionata sono vigenti specifici strumenti di *governance*, tra i quali si ricordano il monitoraggio tramite il Sistema TS e il pertinente meccanismo del *pay-back* in caso di superamento del tetto di spesa;
- la spesa per l'assistenza medico-generica è pari a 6.759 milioni di euro, inferiore del 2,8% rispetto al valore dell'anno precedente. La dinamica a ribasso dell'aggregato riscontrabile nell'ultimo triennio è dovuta presumibilmente a un graduale minor ricorso a tale tipologia di assistenza in ragione dell'attenuarsi dell'operatività delle misure di contrasto alla diffusione del virus SARS-COV-2, particolarmente rilevanti nel corso del 2020²⁰⁵;
- la spesa per le altre prestazioni sociali in natura acquistate da produttori *market* è pari a 28.075 milioni di euro, in aumento dell'1,7% rispetto all'anno precedente²⁰⁶. Tale incremento è solo minimamente compensato dalla mancata imputazione nel 2023 dei costi a carico della citata Unità per il completamento della campagna vaccinale e del subentrante Ministero della salute. Di contro, come già sottolineato, l'incremento potrebbe risiedere nella possibilità offerta legislativamente alle regioni di ricorrere agli operatori privati accreditati per il recupero delle liste di attesa essendo destinabile per tale finalità una quota *ad hoc* del finanziamento del SSN. Si ricorda anche la facoltà data alle regioni di assegnare alle strutture private

²⁰⁵ Da ricordare, rispetto alle previsioni della NADEF2023, lo slittamento al 2024 della sottoscrizione del rinnovo delle convenzioni per il triennio 2019-2021 relative a tale tipologia di assistenza, non essendosi perfezionate entro la fine del 2023.

²⁰⁶ Da ricordare, rispetto alle previsioni della NADEF2023, lo slittamento al 2024 della sottoscrizione del rinnovo delle convenzioni per il triennio 2019-2021 relative ai professionisti della medicina specialistica ambulatoriale interna, non essendosi perfezionate entro la fine del 2023.

accreditate uno specifico contributo, a valere sul proprio bilancio, per il ristoro dei costi fissi comunque sostenuti nel corso del 2021 per la sospensione delle attività a causa della pandemia da Covid-19²⁰⁷. Si richiama altresì la progressiva implementazione delle attività di potenziamento dell'assistenza territoriale, in coerenza con il Decreto ministeriale 77/2022 e con quanto disposto dalla Componente 1 della Missione 6 del PNRR che prevede anche il coinvolgimento degli operatori privati accreditati. Nonostante alcune deroghe disposte nell'ultimo triennio²⁰⁸, l'aggregato riflette le politiche di governo della spesa introdotte negli anni, tra le quali si ricordano:

- la regolazione degli importi e dei volumi di acquisto di prestazioni sanitarie mediante la fissazione di tetti di spesa e la definizione di *budget*;
- il contenimento della spesa per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, con particolari deroghe per quelle di alta specialità.

Altre componenti di spesa. Si sono registrati costi per 4.293 milioni di euro, con un decremento del 5,1% rispetto all'anno precedente²⁰⁹.

1.3 - Spesa sanitaria corrente di CE

Le informazioni contenute nei CE degli ESL rappresentano la principale fonte informativa non solo per la predisposizione del Conto consolidato della sanità elaborato dall'ISTAT in CN, ma anche per le attività del Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali gestite dalla RGS²¹⁰.

Gli aggregati di spesa sanitaria corrente di CE analizzati nel prosieguo sono sostanzialmente coerenti con quelli definiti in CN²¹¹. I primi, diversamente dai secondi, permettono anche di effettuare valutazioni a livello regionale.

1.3.1 - Analisi degli andamenti generali

La spesa sanitaria corrente di CE²¹² tra il 2014 e il 2023 è passata da 110.746,3 a 132.895,3 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo del 2% (Tab. 1.3).

²⁰⁷ Articolo 12-bis, comma 2, del decreto-legge n. 51/2023.

²⁰⁸ A mero titolo esemplificativo, si cita l'articolo 5, comma 5, del decreto-legge n. 144/2022.

²⁰⁹ Tale contrazione è essenzialmente dovuta a una riduzione degli ammortamenti e a un aumento della produzione dei servizi vendibili e delle vendite residuali, a sterilizzazione dei costi. Le restanti categorie di spesa afferenti all'aggregato non hanno, infatti, evidenziato consistenti divergenze.

²¹⁰ Il Tavolo, istituito dall'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (c.d. Patto per la salute 2005-2007) presso il MEF in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge n. 311/2004, ha il compito di valutare i risultati di esercizio dei SSR e di monitorarne periodicamente gli andamenti. Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo dedicato.

²¹¹ Le due fonti informative non sono perfettamente sovrapponibili. Vi sono voci contabili dei CE degli ESL che non rientrano nella definizione di spesa sanitaria corrente di CN, ma che invece afferiscono alla definizione di spesa sanitaria corrente di CE adottata nel presente Rapporto (ad esempio, gli accantonamenti annuali per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato). Inoltre, alcune voci contabili di CE non vengono prese in considerazione né nella definizione di spesa sanitaria corrente di CN né in quella di CE (ad esempio, gli ammortamenti delle immobilizzazioni materiali). In ultimo, è opportuno osservare che, a seguito dell'aggiornamento della tabella di raccordo tra le voci di CE e gli aggregati di CN per l'adozione dal 2019 di un modello contabile più dettagliato, sono stati apportati degli aggiustamenti nella quantificazione delle varie componenti di spesa sanitaria corrente di CE che, in alcuni casi, hanno implicato differenze rispetto alle risultanze prospettate fino all'edizione del 2020 del presente Rapporto.

Tutte le annualità considerate rilevano incrementi di spesa.

Tab. 1.3: spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2014-2023 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	8.188,6	8.097,2	8.241,7	8.304,3	8.389,9	8.534,0	8.929,6	9.254,9	9.348,9	9.707,6
Valle d'Aosta	259,6	261,8	256,5	254,5	256,5	262,2	289,4	303,9	309,7	325,8
Lombardia	18.789,9	18.847,7	18.936,4	19.437,6	19.845,7	20.057,1	21.119,8	21.558,6	22.059,2	22.486,2
Provincia autonoma di Bolzano	1.135,5	1.163,7	1.186,7	1.237,3	1.265,8	1.277,5	1.414,7	1.484,7	1.497,3	1.537,1
Provincia autonoma di Trento	1.152,6	1.128,3	1.148,4	1.193,9	1.198,9	1.213,1	1.292,3	1.306,9	1.384,0	1.463,3
Veneto	8.754,3	8.834,5	8.980,1	9.244,9	9.327,4	9.468,9	10.248,5	10.611,7	10.865,8	11.306,9
Friuli Venezia Giulia	2.374,0	2.327,4	2.366,5	2.433,4	2.496,0	2.567,2	2.622,2	2.734,7	2.831,6	2.952,3
Liguria	3.159,0	3.175,6	3.184,7	3.209,8	3.227,1	3.251,5	3.347,5	3.484,6	3.630,8	3.669,0
Emilia Romagna	8.644,0	8.740,1	8.846,5	9.026,5	9.157,4	9.227,4	10.072,7	10.062,3	10.484,5	10.632,7
Toscana	7.107,2	7.197,8	7.277,8	7.446,9	7.396,6	7.505,5	8.090,7	8.260,6	8.393,0	8.515,1
Umbria	1.629,3	1.651,7	1.672,6	1.716,3	1.743,1	1.719,8	1.813,4	1.883,3	1.965,0	1.953,2
Marche	2.736,0	2.739,2	2.791,9	2.825,5	2.853,4	2.891,1	3.020,8	3.133,3	3.230,1	3.267,3
Lazio	10.662,3	10.712,7	10.701,6	10.698,3	10.713,0	10.791,3	11.480,6	11.739,4	11.988,0	12.122,8
Abruzzo	2.374,2	2.347,4	2.411,1	2.463,6	2.471,1	2.485,5	2.558,2	2.614,1	2.733,2	2.799,7
Molise	662,2	642,5	660,7	650,3	645,5	742,1	688,9	717,1	723,3	722,8
Campania	9.796,8	9.872,1	10.011,2	10.158,7	10.301,8	10.395,1	10.944,9	11.349,1	11.516,0	11.735,9
Puglia	7.047,7	7.092,6	7.231,0	7.262,7	7.376,1	7.462,2	7.706,3	8.116,9	8.372,9	8.515,0
Basilicata	1.029,0	1.033,6	1.035,4	1.069,2	1.059,9	1.051,5	1.096,6	1.134,0	1.167,1	1.175,3
Calabria	3.369,2	3.358,9	3.427,2	3.416,4	3.514,2	3.538,0	3.626,8	3.600,6	4.078,8	3.904,4
Sicilia	8.637,0	8.650,0	8.834,1	9.042,0	9.210,9	9.184,7	9.561,8	9.957,0	9.983,2	10.291,0
Sardegna	3.238,0	3.238,6	3.290,3	3.215,4	3.262,9	3.302,7	3.370,0	3.574,8	3.739,5	3.811,7
ITALIA	110.746,3	111.113,6	112.492,4	114.307,5	115.713,3	116.928,3	123.295,8	126.882,4	130.302,0	132.895,3
Variazione %		0,3%	1,2%	1,6%	1,2%	1,1%	5,4%	2,9%	2,7%	2,0%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	60.037,1	60.317,4	60.967,1	62.281,1	63.000,5	63.706,8	67.739,6	69.383,3	71.144,4	72.713,3
Variazione %		0,5%	1,1%	2,2%	1,2%	1,1%	6,3%	2,4%	2,5%	2,2%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	42.549,4	42.676,3	43.277,0	43.692,0	44.232,6	44.598,9	46.567,5	48.094,2	49.395,5	50.091,6
Variazione %		0,3%	1,4%	1,0%	1,2%	0,8%	4,4%	3,3%	2,7%	1,4%
Autonomie speciali ^(c)	8.159,8	8.119,8	8.248,4	8.334,4	8.480,1	8.622,6	8.988,7	9.405,0	9.762,1	10.090,3
Variazione %		-0,5%	1,6%	1,0%	1,7%	1,7%	4,2%	4,6%	3,8%	3,4%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali. Per favorire eventuali confronti con gli anni antecedenti al 2012 disponibili nelle edizioni passate del presente Rapporto, i dati sono al netto degli ammortamenti e del saldo delle rivalutazioni e svalutazioni al fine di ovviare ai differenti criteri di classificazione utilizzati dalle regioni precedentemente alla definizione di principi contabili omogenei (DLgs 118/2011).

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Il persistente aumento della spesa osservato nel decennio in esame è contraddistinto da un'accelerazione tra il 2020 e il 2021 per via dei maggiori costi connessi con la gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19.

Fino al 2019 l'incremento medio annuo è dell'1,1%, mentre nel biennio successivo ha raggiunto il 4,2%. In particolare, la crescita osservata nel 2020 (+5,4%) risulta essere più consistente di quella riscontrabile nel 2021 (+2,9%), presumibilmente per via dei diversi modelli organizzativi messi in atto dalle regioni per fronteggiare la crisi epidemiologica. Meno accentuato risulta, invece, il tasso di incremento osservato negli ultimi due anni in ragione dell'attenuarsi dei citati oneri strettamente legati alle misure emergenziali, benché in parte compensati dai summenzionati rincari delle fonti energetiche.

A livello di singola regione, nel 2023 sono solo la Calabria e l'Umbria a evidenziare valori negativi (-4,3% e -0,6%, rispettivamente).

Il contenuto tasso incrementale osservato fino al 2019 è legato alle misure di efficientamento del settore introdotte nel corso del tempo. La validità di siffatti strumenti di governo della dinamica della spesa diviene ancora più palese se si confronta il trend osservato prima del 2012²¹³, periodo in cui la spesa sanitaria di CE è stata caratterizzata da tassi di crescita ben superiori. La cesura dell'andamento della spesa sanitaria registrata da

²¹² I dati, osservati alla data dell'8 giugno 2024 e opportunamente consolidati a livello di singolo SSR, si riferiscono alle informazioni di consuntivo, eccezion fatta per il 2023, anno in cui sono stati considerati i valori del quarto trimestre.

²¹³ Dal 2003 al 2011 l'aumento medio annuo è stato del 4,3%. Ministero dell'economia e delle finanze - RGS, 2020.

oltre un decennio è dipesa fundamentalmente dal forte cambio di paradigma intrapreso a decorrere dal 2001 e con maggiore forza dal 2006 nei confronti della legislazione previgente. A partire da quel periodo è stata introdotta una politica di forte responsabilizzazione nella gestione dei SSR²¹⁴, facendo venir meno la regola “dell’aspettativa del ripiano dei disavanzi”, che aveva indotto le regioni verso comportamenti opportunistici implicanti l’allentamento dei vincoli di bilancio e la rinegoziazione *ex post* della cornice finanziaria. Nello specifico, a fronte del finanziamento statale, è stato richiesto alle regioni di garantire l’equilibrio economico-finanziario coprendo eventuali disavanzi, anche con provviste regionali *ad hoc*: le c.d. entrate proprie sanitarie. In caso di deviazione dall’equilibrio, attraverso una procedura costituzionalmente garantita, si attivano automatici dispositivi correttivi, quali l’incremento dell’addizionale regionale sull’IRPEF e dell’IRAP²¹⁵.

In passato sono stati necessari interventi dello Stato finalizzati al riequilibrio del settore. Nel 2004 era stata conferita una provvista di 2.000 milioni di euro per il concorso statale al ripianamento dei disavanzi registrati dalle regioni nel periodo 2001-2003²¹⁶ e nel 2005 ulteriori 2.000 milioni di euro per la medesima finalità con riferimento al triennio 2002-2004²¹⁷.

La situazione di squilibrio economico-finanziario strutturale era particolarmente significativa in alcuni SSR. Nel 2006, degli oltre 6.000 milioni di euro di disavanzo complessivo del settore sanitario, circa 3.800 milioni di euro erano concentrati in tre sole regioni: Lazio, Campania e Sicilia.

Al fine di fronteggiare tali criticità è stato introdotto lo strumento del Piano di rientro al fine di conseguire una profonda e permanente riorganizzazione del SSR per il rispetto dell’erogazione dei LEA nell’ambito degli equilibri programmati²¹⁸. Ai sensi della vigente legislazione, è fatto obbligo di presentare un Piano di rientro se la regione presenta un *deficit* superiore alla soglia fissata per legge²¹⁹ ovvero se, pur in presenza di un *deficit* inferiore alla suddetta soglia, non si dispone di mezzi di copertura oppure non si garantisce la qualità delle cure. Conseguentemente, la principale finalità è l’individuazione delle aree di importante ritardo o inefficienza di un SSR al fine di programmare e implementare opportune misure correttive sottoposte a monitoraggio e verifica dell’attuazione. In questa prospettiva, si affrontano selettivamente le cause che generano squilibri economico-finanziari e carenze erogative al fine di evitare il prodursi di disavanzi strutturali oltre che l’erogazione di cure non performanti dal punto di vista erogativo. Nel caso in cui il Piano non venga redatto in modo adeguato o non sia attuato nei tempi e nei modi pianificati è previsto il commissariamento della funzione sanitaria regionale²²⁰.

²¹⁴ È stato, ad esempio, stabilito l’obbligo di accantonare sui bilanci le risorse necessarie alla copertura degli oneri connessi con il rinnovo dei contratti e delle convenzioni per il personale del SSN, riducendo significativamente il manifestarsi di sopravvenienze passive negli esercizi finanziari successivi a quello di sottoscrizione degli accordi contrattuali e convenzionali (articolo 9 del decreto-legge n. 203/2005).

²¹⁵ Articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e articolo 1, comma 86, della legge n. 191/2009.

²¹⁶ Articolo 1, comma 164, della legge n. 311/2004.

²¹⁷ Articolo 1, comma 279, della legge n. 266/2005. Ulteriori interventi sono stati introdotti anche in anni successivi (articolo 1, comma 796, lett. b), della legge n. 296/2006).

²¹⁸ Articolo 1, comma 180, della L 311/2004 e articolo 2, comma 88, della legge n. 191/2009.

²¹⁹ La soglia, fissata al 5%, è data dal rapporto tra il *deficit* nominale regionale e l’importo totale delle risorse assegnate dallo Stato per il finanziamento del servizio sanitario regionale e delle maggiori entrate proprie (articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009).

²²⁰ Ministero dell’economia e delle finanze (2023), Sezione I, pag. 156. Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo dedicato.

Alla luce di quanto sopra detto e in relazione alla situazione economico-finanziaria, il Lazio, la Campania, la Sicilia, la Liguria, l'Abruzzo, il Molise e la Sardegna hanno predisposto nel 2006 i propri Piani di rientro triennali, perfezionati nel 2007.

Alla fine del 2009, anche la Calabria ha sottoscritto il proprio piano di rientro. Nel 2010, invece, la Liguria e la Sardegna sono uscite dal novero delle regioni sotto piano di rientro, a conclusione di quello perfezionato nel 2007. Nel medesimo anno, il Piemonte e la Puglia hanno siglato un piano di rientro "leggero" caratterizzato da un livello d'intervento di minore intensità rispetto a quello previsto per le regioni sottoposte al piano di rientro "ordinario". Nel corso del 2017 il Piemonte è uscito dal piano di rientro.

Nel seguito, per valutare l'efficacia dell'implementazione del sistema di *governance* nei diversi SSR, si è proceduto ad analizzare la spesa sanitaria di CE anche con riferimento a tre distinti raggruppamenti: le regioni soggette ai piani di rientro²²¹, le regioni non sottoposte ai piani di rientro e le autonomie speciali.

Tenendo presente che nel periodo 2014-2023 solo il Piemonte ha cambiato *status* passando dalle regioni sottoposte a quelle non sottoposte al piano di rientro, nei succitati tre *cluster* sono state collocate le medesime regioni in relazione alla situazione vigente nell'ultima annualità al fine di assicurare un'armonizzata valutazione intertemporale dei dati.

Pertanto, il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, la Liguria, l'Emilia-Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche e la Basilicata sono classificate come regioni non sottoposte al piano di rientro.

Il Lazio, l'Abruzzo, il Molise, la Campania, la Puglia, la Calabria e la Sicilia sono, invece, categorizzate come regioni soggette al piano di rientro.

Infine, la Valle d'Aosta, il Friuli-Venezia-Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano sono annoverate tra le autonomie speciali in quanto provvedono a finanziare l'assistenza sanitaria sul loro territorio autonomamente²²².

Al *trend* di crescita della spesa sanitaria corrente di CE registrata a livello nazionale nel decennio in esame hanno contribuito tutti e tre i raggruppamenti di regioni. Con il 2,4% le autonomie speciali hanno evidenziato la crescita media annua maggiore in termini relativi. A seguire, si sono collocate le regioni non sottoposte ai piani di rientro e quelle sottoposte con il 2,2% e l'1,8%, rispettivamente (Fig. 1.10).

La dinamica dei tassi di variazione annui per le regioni sottoposte e non sottoposte ai piani di rientro è stata analoga a quella nazionale evidenziando una costante crescita in tutto l'orizzonte temporale considerato. Le autonomie speciali hanno, invece, mostrato una flessione nel primo anno in esame.

Analogamente a quanto verificatosi per l'Italia, anche l'aumento di spesa per i tre *cluster* considerati è particolarmente concentrato nel biennio 2020-2021. Fino al 2019 gli incrementi medi annui osservati nei tre gruppi di regioni si sono attestati intorno all'1%.

Di contro, nel biennio successivo si sono riscontrate variazioni medie annue di gran lunga superiori: 4,4% per le regioni non in piano di rientro e le autonomie speciali, mentre

²²¹ Incluso quello "leggero".

²²² Tra le autonomie speciali non è inclusa la Sicilia sia perché in vigore di piano di rientro sia perché non provvede autonomamente al completo finanziamento del proprio SSR (articolo 2, comma 3, della legge n. 549/1995, articolo 1, comma 830, legge n. 296/2006 e articolo 1, comma 448, della legge n. 213/2023).

3,8% per quelle in piano di rientro. Il 2020 è l'anno in cui le regioni soggette e non soggette ai piani di rientro hanno riscontrato l'incremento più rilevante, mentre per le autonomie speciali è stato il 2021 a concentrare una maggiore crescita della spesa. Queste ultime, anche nell'ultimo biennio, hanno fatto rilevare un incremento maggiore rispetto ai due restanti raggruppamenti.

Nella tabella 1.4 sono riportati i risultati di esercizio coerenti con le risultanze dell'attività svolta dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati. In relazione a ciò, i risultati d'esercizio possono divergere da quelli rappresentati nei modelli di CE consolidati a livello regionale.

La modalità di calcolo dei risultati di esercizio, adottata per le regioni a statuto ordinario, potrebbe discostarsi dalle modalità di contabilizzazioni operate dalle autonomie speciali. Infatti, le quote di finanziamento ordinario ad esse attribuite sulla base del fabbisogno sanitario regionale, sono da considerarsi come le somme che tali autonomie devono obbligatoriamente conferire al proprio SSR per l'erogazione dei LEA.

Pertanto, l'esplicitazione di un eventuale disavanzo per le autonomie speciali non implica necessariamente un risultato di esercizio negativo del settore sanitario, in quanto l'eccesso di spesa rispetto alla quota parametrata al livello di finanziamento inglobato nell'Intesa Stato-Regioni sul riparto del finanziamento del SSN può trovare copertura in corso d'anno mediante il conferimento di risorse proprie aggiuntive²²³.

La figura 1.11 prospetta la quantificazione dei risultati d'esercizio negativi registrati annualmente nelle diverse regioni, prima degli interventi di copertura.

²²³ Per le autonomie speciali non opera il c.d. sistema premiale che subordina il riconoscimento di una quota del finanziamento ordinario al rispetto di alcune condizioni (articolo 1, comma 544, della legge n. 197/2022) dette "adempimenti", con potenziali riflessi anche sulle politiche di contenimento della spesa.

Fig. 1.10: spesa sanitaria corrente di CE per gruppi di regioni – Anni 2015-2023 (variazioni percentuali)

Fig. 1.10.a: regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)

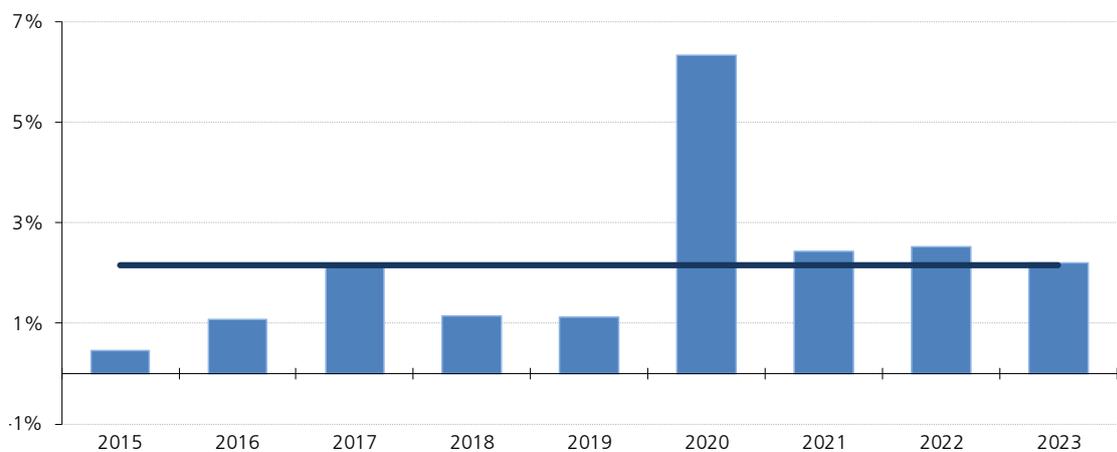


Fig. 1.10.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)

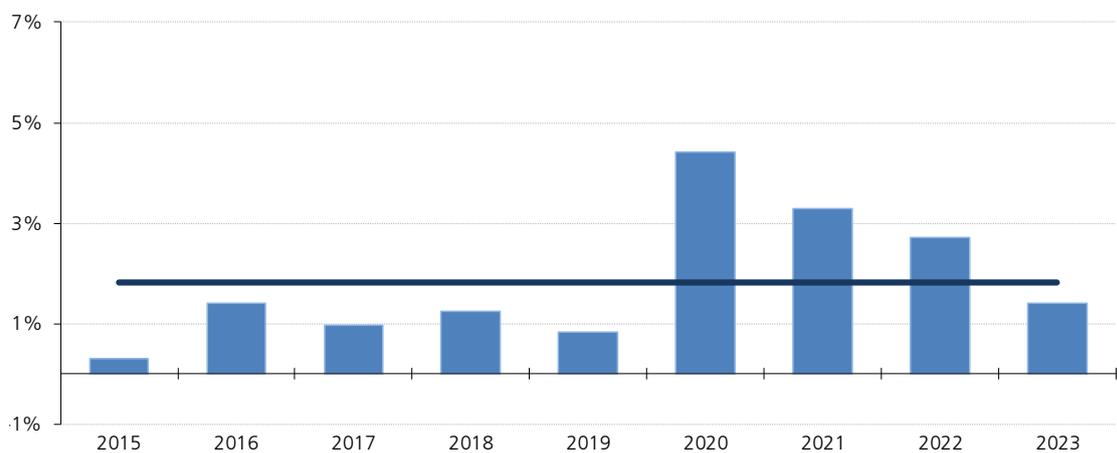
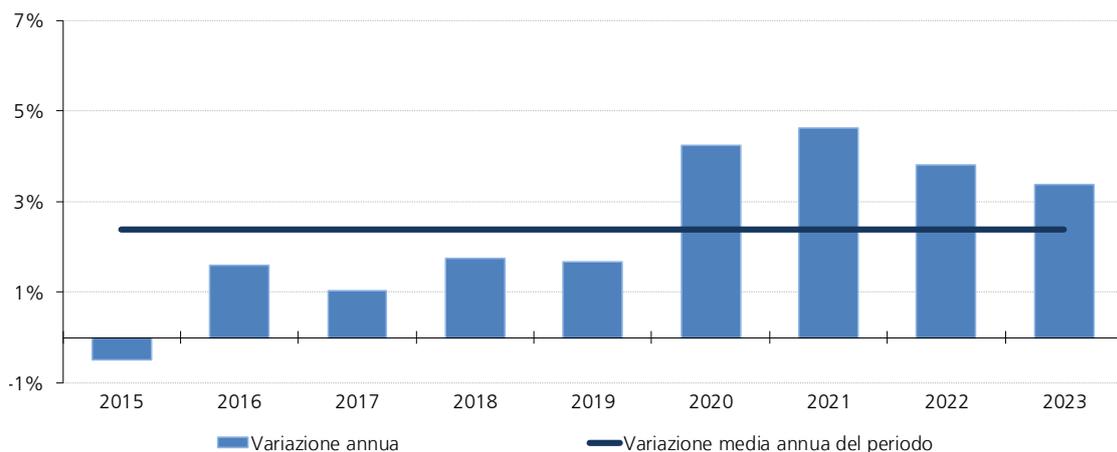


Fig. 1.10.c: autonomie speciali ^(c)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

La condizione economico-finanziaria del sistema è molto migliorata rispetto alla situazione vigente prima del 2014 alla luce dell'importante diminuzione del disavanzo

complessivo passato da circa 6.000 milioni di euro del 2006²²⁴ a meno di 2.000 milioni di euro nel 2013. Tale *trend* è particolarmente manifesto per le regioni in piano di rientro dato che negli anni la consistenza del risultato d'esercizio non positivo si è notevolmente ridotta in termini assoluti.

A decorrere dal 2014 i disavanzi sanitari hanno, invece, evidenziato una sostanziale stabilizzazione anche se nell'ultima annualità si è riscontrata una crescita. Ciò è dovuto al peggioramento della situazione economico-finanziaria di alcune regioni. A titolo esemplificativo, il Piemonte ha presentato un consistente disavanzo rispetto a un risultato di gestione positivo nel triennio precedente.

Risulta in diminuzione di un'unità il numero di regioni con risultati di esercizio negativi visto che dalle 15 del 2022 si scende alle 14 del 2023. Negli anni precedenti vi erano meno regioni in tale *status*.

Tab. 1.4: risultati d'esercizio valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti per regione – Anni 2014-2023 (valori in milioni di euro)

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	56,8	5,8	8,4	2,1	-8,5	-9,4	48,3	53,5	21,6	-227,8
Valle d'Aosta*	-34,3	-25,6	-25,7	-21,8	-20,5	-22,7	-18,6	-20,8	-38,8	-53,0
Lombardia	4,2	21,4	5,9	5,1	6,0	6,3	11,0	6,3	11,6	9,4
Provincia autonoma di Bolzano*	-141,6	-204,5	-224,0	-267,5	-264,0	-237,7	-308,7	-324,6	-327,4	-361,6
Provincia autonoma di Trento*	-214,7	13,3	6,5	-196,4	-198,5	-194,8	-190,0	-181,3	-216,6	-281,0
Veneto	15,7	3,5	13,7	51,9	13,1	13,3	2,2	8,5	4,3	3,4
Friuli Venezia Giulia*	50,5	5,8	9,8	-52,0	-97,9	-135,0	-10,3	-132,8	-122,1	-112,1
Liguria	-63,7	-98,5	-63,7	-56,1	-51,6	-53,7	-0,0	-36,0	-64,8	-74,8
Emilia Romagna	13,2	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	-99,3	0,1
Toscana	7,4	-21,8	-42,0	-94,0	-18,0	-12,9	-93,2	-149,6	-72,5	-251,4
Umbria	9,5	2,9	2,9	2,8	0,7	0,1	0,0	0,1	1,2	-3,4
Marche	62,1	62,0	24,5	0,9	0,7	0,5	0,3	0,3	1,6	0,8
Lazio	-355,1	-332,6	-136,5	-45,7	6,4	108,4	84,4	0,0	-129,6	90,6
Abruzzo	6,6	-5,8	-38,6	-42,1	0,1	-12,2	-15,3	13,9	-15,1	-95,7
Molise	-60,0	-44,7	-42,1	-35,1	-29,6	-95,3	-41,2	-60,0	-39,0	-41,5
Campania	127,8	49,8	30,8	12,6	33,3	31,7	25,4	12,3	7,8	5,7
Puglia	14,0	-54,1	-38,2	3,7	-53,8	-38,4	-24,2	-132,9	-144,3	-72,6
Basilicata	1,5	-7,7	9,8	4,5	0,3	0,6	4,3	0,6	-14,0	-50,4
Calabria	-65,7	-58,5	-99,4	-101,5	-197,9	-225,4	-123,3	26,1	-74,6	-126,4
Sicilia	0,0	13,7	-0,0	-0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	-40,0	0,9
Sardegna*	-361,6	-328,4	-325,2	-240,2	-205,7	-168,7	-77,4	-182,2	-140,8	-209,7
ITALIA	-927,7	-1.003,9	-923,0	-1.068,6	-1.084,9	-1.044,0	-726,0	-1.098,4	-1.490,7	-1.850,4

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

I risultati di esercizio nella tabella sono coerenti con le risultanze (per le regioni a statuto speciale e le province autonome fino all'anno 2022) dell'attività del Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati. In relazione a ciò, essi possono differire dai risultati di esercizio del modello CE consolidato regionale (999).

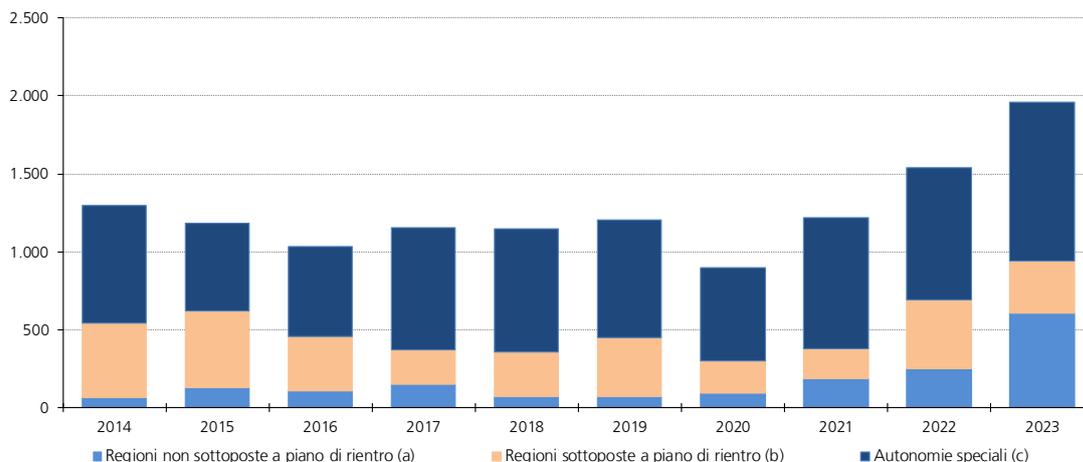
L'eventuale disavanzo riportato in tabella per le regioni a statuto speciale e le province autonome, essendo stato determinato utilizzando la metodologia adottata dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali per le regioni a statuto ordinario, non implica necessariamente un risultato di esercizio negativo rinveniente dalla lettura dei CE in quanto l'eventuale eccesso di spesa rispetto alla quota di finanziamento assegnata per l'erogazione dei LEA può trovare copertura mediante l'utilizzo di risorse proprie.

* Per tali regioni e province autonome, con riferimento all'anno 2023, il Tavolo per la verifica degli adempimenti procederà al monitoraggio sui dati di consuntivo. Inoltre, il valore per il 2022 della Sardegna risulta essere provvisorio a causa della mancata disponibilità delle risultanze del Tavolo.

La tabella 1.5 riporta la quantificazione del finanziamento effettivo. Quest'ultimo può definirsi come l'entrata complessiva mediante la quale ogni singola regione fa fronte alla spesa sanitaria corrente sul territorio di competenza.

²²⁴ Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2020).

Fig. 1.11: disavanzi sanitari per gruppi di regioni – Anni 2014-2023 (milioni di euro)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio. Pertanto, l'eventuale disavanzo per le Autonomie speciali, essendo stato determinato utilizzando la metodologia adottata dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali per le regioni a statuto ordinario, non implica necessariamente un risultato di esercizio negativo rinveniente dalla lettura dei CE in quanto l'eccesso di spesa rispetto alla quota di finanziamento assegnata per l'erogazione dei LEA può trovare copertura mediante l'utilizzo di risorse proprie. Con riferimento al 2023 (e per la Sardegna anche per il 2022), il disavanzo non è stato oggetto di esame da parte del Tavolo per la verifica degli adempimenti in quanto si procederà a farlo sui dati di consuntivo.

Esso è determinato a partire dal livello di finanziamento ordinario ripartito per regione in ciascun esercizio, incrementato delle maggiori entrate proprie degli enti del SSN²²⁵ rispetto a quelle "cristallizzate" inglobate nel finanziamento ordinario²²⁶.

Tab. 1.5: finanziamento effettivo della spesa sanitaria per regione – Anni 2014-2023 (milioni di euro)

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	8.320,3	8.197,6	8.361,5	8.400,5	8.425,2	8.528,6	9.048,8	9.275,4	9.409,8	9.524,5
Valle d'Aosta	230,1	236,6	231,5	233,7	240,7	248,4	271,9	278,8	261,7	266,0
Lombardia	18.804,5	18.858,3	18.986,9	19.446,9	19.789,0	19.958,9	21.090,0	21.467,5	21.583,0	22.186,4
Provincia autonoma di Bolzano	975,1	958,0	968,8	977,6	1.007,1	1.048,0	1.114,8	1.130,5	1.177,0	1.193,2
Provincia autonoma di Trento	937,2	1.140,2	1.154,8	995,8	1.021,9	1.054,2	1.101,1	1.129,3	1.164,5	1.178,9
Veneto	9.157,9	9.073,9	9.227,3	9.455,2	9.564,2	9.710,3	10.425,1	10.553,8	10.805,5	11.186,0
Friuli Venezia Giulia	2.450,3	2.358,0	2.378,7	2.375,4	2.405,7	2.439,3	2.531,6	2.597,7	2.675,2	2.715,7
Liguria	3.107,4	3.108,1	3.136,3	3.160,4	3.158,3	3.177,3	3.327,7	3.397,4	3.499,0	3.538,0
Emilia Romagna	8.848,8	8.834,7	8.944,0	9.114,9	9.204,7	9.265,1	10.120,4	10.015,8	10.357,2	10.665,6
Toscana	7.240,4	7.246,2	7.311,7	7.432,7	7.452,3	7.546,6	8.038,5	8.139,6	8.385,0	8.366,4
Umbria	1.702,5	1.688,9	1.708,4	1.751,0	1.755,9	1.736,7	1.820,2	1.861,8	1.965,9	1.948,6
Marche	2.854,3	2.851,1	2.869,4	2.868,5	2.856,9	2.905,5	3.063,7	3.134,3	3.263,3	3.251,9
Lazio	10.370,8	10.447,8	10.624,5	10.682,3	10.733,0	10.911,7	11.632,8	11.639,2	11.913,9	12.277,8
Abruzzo	2.386,8	2.358,5	2.389,0	2.415,4	2.431,3	2.431,9	2.551,4	2.625,1	2.734,7	2.709,0
Molise	606,1	600,1	640,7	627,7	608,9	608,0	652,0	654,1	683,2	686,1
Campania	10.048,6	10.052,0	10.150,2	10.272,1	10.359,2	10.434,9	11.037,9	11.244,9	11.464,9	11.736,1
Puglia	7.130,0	7.143,6	7.238,0	7.298,5	7.364,9	7.435,9	7.773,5	8.029,3	8.309,0	8.416,8
Basilicata	1.041,2	1.036,5	1.051,6	1.077,4	1.061,6	1.051,0	1.109,1	1.115,9	1.152,3	1.125,6
Calabria	3.306,2	3.291,4	3.343,6	3.353,0	3.331,1	3.397,2	3.548,7	3.645,1	4.055,3	3.823,0
Sicilia	8.797,4	8.828,1	8.919,9	9.065,6	9.141,7	9.211,6	9.683,3	9.902,1	10.015,7	10.256,4
Sardegna	2.930,7	2.927,5	2.989,5	3.002,5	3.069,0	3.133,9	3.288,0	3.359,7	3.644,0	3.608,1
ITALIA	111.246,4	111.237,1	112.626,1	114.006,9	114.982,4	116.235,0	123.230,5	125.197,3	128.519,9	130.660,0

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali. I dati del 2023 essendo riferiti al IV trimestre potrebbero non includere completamente le provviste disposte a legislazione vigente.

²²⁵ Per il 2020 e il 2021 sono state fornite delle dotazioni aggiuntive, rispettivamente, di 1.000 e 1.400 milioni di euro quale concorso statale al rimborso delle spese sostenute dalle regioni per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale e altri beni sanitari inerenti all'emergenza epidemiologica da Covid-19 [articolo 24, comma 2, del decreto-legge n. 41/2021; Decreto del MEF del 16 luglio 2021; articolo 11 del decreto-legge n. 4/2022; articolo 26 del decreto-legge n. 17/2022; Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (CSR) del 20 dicembre 2021 e del 16 marzo 2022].

²²⁶ L'articolo 9, comma 9, del decreto-legge n. 145/2023, in coerenza con il quadro normativo vigente (decreto legislativo n. 502/1992), ha chiarito il ruolo di holding svolto dalle regioni rispetto agli ESL potendo rimodulare la quota di FSSN destinata a questi ultimi allo scopo di favorire l'equilibrio di bilancio consolidato.

Il miglioramento strutturale della situazione economico-finanziaria delle regioni in piano di rientro a seguito degli interventi di riequilibrio adottati si evidenzia anche attraverso la valutazione del rapporto tra il risultato d'esercizio registrato negli anni e il relativo finanziamento effettivo²²⁷ (Tab. 1.6).

Tab. 1.6: risultati d'esercizio in percentuale del finanziamento effettivo per regione – Anni 2014-2023

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	0,7%	0,1%	0,1%	0,0%	-0,1%	-0,1%	0,5%	0,6%	0,2%	-2,4%
Valle d'Aosta	-14,9%	-10,8%	-11,1%	-9,3%	-8,5%	-9,1%	-6,8%	-7,5%	-14,8%	-19,9%
Lombardia	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%
Provincia autonoma di Bolzano	-14,5%	-21,3%	-23,1%	-27,4%	-26,2%	-22,7%	-27,7%	-28,7%	-27,8%	-30,3%
Provincia autonoma di Trento	-22,9%	1,2%	0,6%	-19,7%	-19,4%	-18,5%	-17,3%	-16,1%	-18,6%	-23,8%
Veneto	0,2%	0,0%	0,1%	0,5%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Friuli Venezia Giulia	2,1%	0,2%	0,4%	-2,2%	-4,1%	-5,5%	-0,4%	-5,1%	-4,6%	-4,1%
Liguria	-2,1%	-3,2%	-2,0%	-1,8%	-1,6%	-1,7%	0,0%	-1,1%	-1,9%	-2,1%
Emilia Romagna	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-1,0%	0,0%
Toscana	0,1%	-0,3%	-0,6%	-1,3%	-0,2%	-0,2%	-1,2%	-1,8%	-0,9%	-3,0%
Umbria	0,6%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	-0,2%
Marche	2,2%	2,2%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Lazio	-3,4%	-3,2%	-1,3%	-0,4%	0,1%	1,0%	0,7%	0,0%	-1,1%	0,7%
Abruzzo	0,3%	-0,2%	-1,6%	-1,7%	0,0%	-0,5%	-0,6%	0,5%	-0,6%	-3,5%
Molise	-9,9%	-7,4%	-6,6%	-5,6%	-4,9%	-15,7%	-6,3%	-9,2%	-5,7%	-6,1%
Campania	1,3%	0,5%	0,3%	0,1%	0,3%	0,3%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%
Puglia	0,2%	-0,8%	-0,5%	0,1%	-0,7%	-0,5%	-0,3%	-1,7%	-1,7%	-0,9%
Basilicata	0,1%	-0,7%	0,9%	0,4%	0,0%	0,1%	0,4%	0,1%	-1,2%	-4,5%
Calabria	-2,0%	-1,8%	-3,0%	-3,0%	-5,9%	-6,6%	-3,5%	0,7%	-1,8%	-3,3%
Sicilia	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-0,4%	0,0%
Sardegna	-12,3%	-11,2%	-10,9%	-8,0%	-6,7%	-5,4%	-2,4%	-5,4%	-3,9%	-5,8%
ITALIA	-0,8%	-0,9%	-0,8%	-0,9%	-0,9%	-0,9%	-0,6%	-0,9%	-1,2%	-1,4%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

Tale rapporto rappresenta un indicatore sintetico della capacità dei SSR di erogare servizi sanitari in condizioni di efficienza e appropriatezza, nel rispetto del vincolo di bilancio derivante dalle risorse provenienti dal finanziamento ordinario dello Stato e dalle entrate proprie degli ESL.

Prima del 2014, tale indicatore ha fatto registrare valori molto elevati²²⁸. Nel 2006, ad esempio, era nell'ordine del -22,9% in Lazio e del -14,6% in Sicilia. A seguito dell'attività di monitoraggio condotta dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali e degli strumenti legislativi introdotti si è osservato un netto miglioramento.

1.3.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa

Nel prosieguo viene analizzato l'andamento della spesa sanitaria corrente di CE afferente alle diverse categorie economiche in cui questa può scomporsi²²⁹, con riferimento anche alle singole o ai gruppi di regioni in precedenza identificati²³⁰.

Redditi da lavoro dipendente. La spesa nel periodo 2014-2023 è aumentata da 34.870,2 a 39.644,4 milioni di euro, facendo registrare un incremento medio annuo dell'1,4% (Tab. 1.7).

²²⁷ In merito si veda il già citato articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

²²⁸ Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2020).

²²⁹ Non si dà conto delle voci residuali costituenti la spesa sanitaria di CE in quanto non direttamente riconducibili alla gestione tipica sanitaria, quali ad esempio, gli accantonamenti, gli oneri tributari, gli oneri finanziari o il saldo delle poste straordinarie. Negli ultimi anni tali componenti non hanno superato l'8,5% della spesa sanitaria corrente di CE.

²³⁰ Per dettagli e specifiche sui singoli aggregati di spesa si rinvia alla relativa trattazione riportata nel paragrafo relativo alla spesa sanitaria corrente di CN.

Nell'arco temporale considerato l'andamento dell'aggregato ha presentato una dinamica non monotona. Fino al 2017, è contrassegnato da una riduzione, mentre negli anni successivi è contraddistinto da una crescita.

La diminuzione nel periodo iniziale è fondamentalmente attribuibile alle politiche di contenimento attuate dalle regioni e alla sospensione dei rinnovi contrattuali intervenuta per il periodo 2010-2015. L'impatto delle misure di *governance* relative al personale è valutabile anche sulla scorta dei dati del Conto annuale della RGS. Dal 2014 al 2017 il numero di unità a tempo indeterminato si è, infatti, contratto da quasi 663.800 a poco più di 647.000. Di contro, nei successivi quattro anni il numero dei lavoratori dipendenti del settore sanitario è aumentato costantemente attestandosi a poco meno di 682.000 nel 2022²³¹. Dal 2019, anno pre-Covid, al 2022, i dipendenti del SSN a tempo indeterminato sono cresciuti di circa 32.300 unità, di cui 29.750 di personale non dirigente e circa 2.600 unità di personale dirigente. Nel periodo 2019-2022 i dipendenti a tempo determinato sono cresciuti di 17.442 unità, passando da 32.713 a 50.155 unità. Complessivamente, tra il 2019 e il 2022 il numero di unità di personale dipendente, a tempo indeterminato e a tempo determinato, è aumentato di 49.774 unità (+7,3%), passando da 682.236 a 732.010 unità. Si richiamano altresì i processi di stabilizzazione in corso che vedono anche la stabilizzazione di personale assunto con tipologie contrattuali atipiche. Rispetto al periodo pre-Covid (2019), il personale dipendente a tempo determinato e indeterminato è aumentato di 46.092 unità (+8,5%), con riferimento al personale non dirigente, e di 3.673 unità (+2,7%), con riferimento al personale dirigente²³².

Tab. 1.7: spesa di CE per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2014-2023 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	2.800,1	2.789,0	2.776,5	2.762,8	2.804,8	2.850,1	2.959,8	3.010,0	3.080,4	3.115,9
Valle d'Aosta	107,6	113,1	113,8	111,4	113,4	115,6	125,3	124,6	130,4	133,6
Lombardia	5.005,0	4.936,0	4.949,0	4.913,0	5.030,8	5.139,2	5.303,6	5.319,5	5.514,8	5.744,4
Provincia autonoma di Bolzano	551,5	577,3	579,1	599,9	622,9	631,2	673,9	732,2	729,5	750,2
Provincia autonoma di Trento	420,2	418,4	420,5	431,3	435,6	445,9	475,5	467,0	508,4	520,9
Veneto	2.739,8	2.738,2	2.728,3	2.696,9	2.752,0	2.824,7	2.953,2	3.028,4	3.154,4	3.211,5
Friuli Venezia Giulia	942,3	922,8	925,3	929,3	957,7	972,6	989,3	1.004,7	1.042,4	1.061,7
Liguria	1.090,5	1.085,7	1.079,1	1.085,4	1.087,4	1.107,2	1.105,5	1.118,0	1.206,1	1.203,8
Emilia Romagna	2.984,3	2.971,0	2.958,4	2.984,0	3.032,5	3.128,9	3.285,3	3.390,4	3.537,1	3.518,2
Toscana	2.530,9	2.541,6	2.523,2	2.524,0	2.572,6	2.634,6	2.773,9	2.852,5	2.858,9	2.885,1
Umbria	615,5	614,6	608,6	614,5	629,5	635,5	647,3	644,9	669,8	672,6
Marche	992,2	991,2	988,4	994,1	1.018,9	1.032,8	1.058,9	1.064,0	1.097,6	1.103,5
Lazio	2.756,7	2.723,3	2.687,7	2.646,9	2.651,0	2.682,1	2.862,9	2.985,9	3.083,8	3.202,4
Abruzzo	758,9	766,6	765,2	755,3	763,6	769,7	790,7	826,9	855,5	880,5
Molise	199,2	194,6	183,4	177,3	175,2	172,8	169,9	170,0	173,6	175,2
Campania	2.790,4	2.734,0	2.657,3	2.640,3	2.671,2	2.694,6	2.832,4	2.949,9	3.102,0	3.137,6
Puglia	2.009,1	2.006,5	2.005,8	2.014,1	2.031,4	2.090,5	2.150,4	2.302,5	2.372,3	2.364,2
Basilicata	380,8	376,9	376,1	374,3	370,6	369,9	375,5	370,7	379,3	378,9
Calabria	1.160,9	1.136,7	1.132,8	1.128,9	1.128,3	1.130,5	1.124,3	1.132,0	1.149,0	1.169,3
Sicilia	2.843,1	2.807,6	2.772,9	2.766,3	2.802,3	2.842,3	2.882,9	2.958,5	3.048,1	3.100,0
Sardegna	1.191,3	1.180,6	1.209,9	1.191,9	1.205,1	1.210,8	1.226,3	1.260,4	1.267,6	1.314,9
ITALIA	34.870,2	34.625,8	34.441,3	34.342,0	34.856,6	35.481,7	36.767,1	37.713,0	38.961,2	39.644,4
Variazione %		-0,7%	-0,5%	-0,3%	1,5%	1,8%	3,6%	2,6%	3,3%	1,8%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	19.139,0	19.044,2	18.987,5	18.949,1	19.299,1	19.723,1	20.463,1	20.798,4	21.498,4	21.833,9
Variazione %		-0,5%	-0,3%	-0,2%	1,8%	2,2%	3,8%	1,6%	3,4%	1,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	12.518,3	12.369,4	12.205,2	12.129,2	12.223,0	12.382,5	12.813,5	13.325,7	13.784,3	14.029,1
Variazione %		-1,2%	-1,3%	-0,6%	0,8%	1,3%	3,5%	4,0%	3,4%	1,8%
Autonomie speciali ^(c)	3.212,9	3.212,2	3.248,6	3.263,7	3.334,6	3.376,1	3.490,4	3.588,9	3.678,4	3.781,3
Variazione %		0,0%	1,1%	0,5%	2,2%	1,2%	3,4%	2,8%	2,5%	2,8%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

²³¹ Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2023), pagina 17.

²³² I dati sono rinvenibili all'indirizzo <https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/>. Dalle valutazioni sono escluse tipologie residuali di lavoratori, quali gli interinali, i contrattisti, ecc.

Conseguentemente, come detto in precedenza, l'aumento della spesa riscontrato a decorrere dal 2018 è dovuto alla ripresa delle assunzioni, in particolare da parte di talune regioni nonché alla riattivazione delle procedure negoziali per il rinnovo dei CCNL e, con particolare riferimento al biennio 2020-2021, alle misure per contrastare il virus SARS-CoV-2.

Nel decennio in esame le autonomie speciali sono state contrassegnate da una crescita media annua (+1,8%) superiore a quella riscontrata nei due restanti *cluster*, presumibilmente per gli effetti di misure più restrittive applicate nel corso degli anni da queste ultime, specie nelle regioni sottoposte ai piani di rientro (Fig. 1.12).

La dinamica dei tassi di variazione annua per le regioni sottoposte e non sottoposte ai piani di rientro è stata analoga a quella registrata per l'Italia dato che i tassi non positivi vengono riscontrati fino al 2017.

Di contro, le autonomie speciali sono caratterizzate da un incremento continuo in ogni annualità, eccezion fatta per una sostanziale invarianza nel 2015. Tale circostanza è in gran parte legata alla possibilità che talune di esse hanno nel riconoscere aumenti retributivi anche più generosi rispetto alle rimanenti regioni chiamate al rispetto dei CCNL²³³.

A livello di singola regione, nel 2023 la diminuzione maggiore di spesa si è manifestata in Emilia-Romagna (-0,5%), che aveva presentato cospicui tassi di incremento post-Covid, mentre l'incremento più elevato si è osservato in Lombardia (+4,2%).

Nel decennio osservato l'incidenza della spesa dei redditi da lavoro dipendente sulla corrispondente spesa complessiva di CE è contraddistinta da una tendenziale diminuzione passando dal 31,5% del 2014 al 29,8% del 2023 (Tab. 1.8).

Dinamica sostanzialmente simile è rinvenibile per le regioni non soggette ai piani di rientro. Il rapporto tra i due aggregati è rimasto costantemente al di sotto del 30% per le regioni sottoposte ai piani di rientro, mentre per quelle non in piano non è mai sceso sotto tale soglia.

Per le autonomie speciali il peso della spesa per redditi rispetto alla spesa totale è risultato stabilmente al di sopra del 39% fino al 2019 per poi decrescere progressivamente fino ad attestarsi al 37,5% nel 2023. In proposito, si richiamano i modelli organizzativi regionali che vedono in talune realtà modelli assistenziali prettamente pubblici e, in altri, misti pubblico-privato.

²³³ Le province autonome di Trento e Bolzano hanno competenza primaria in materia di contrattazione sul proprio personale dipendente.

Fig. 1.12: spesa per i redditi da lavoro dipendente per gruppi di regioni – Anni 2015-2023 (variazioni percentuali)

Fig. 1.12.a: regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)

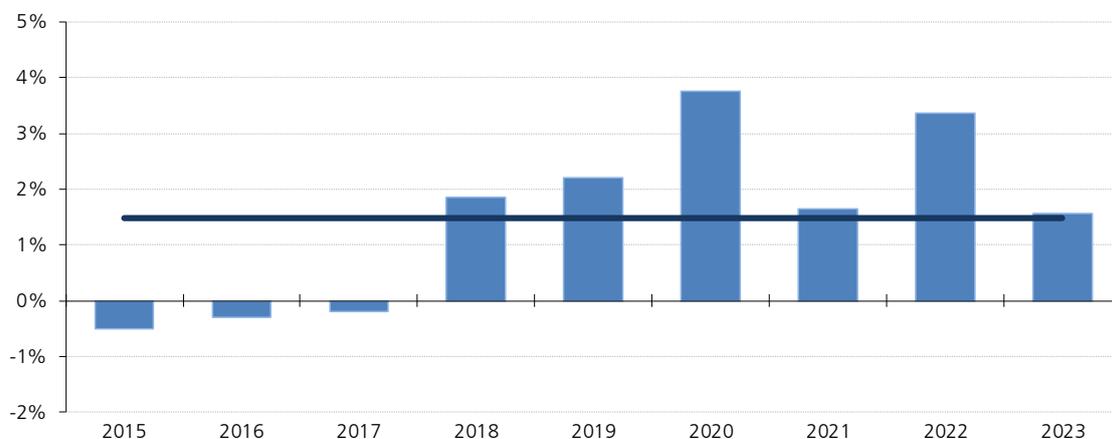


Fig. 1.12.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)

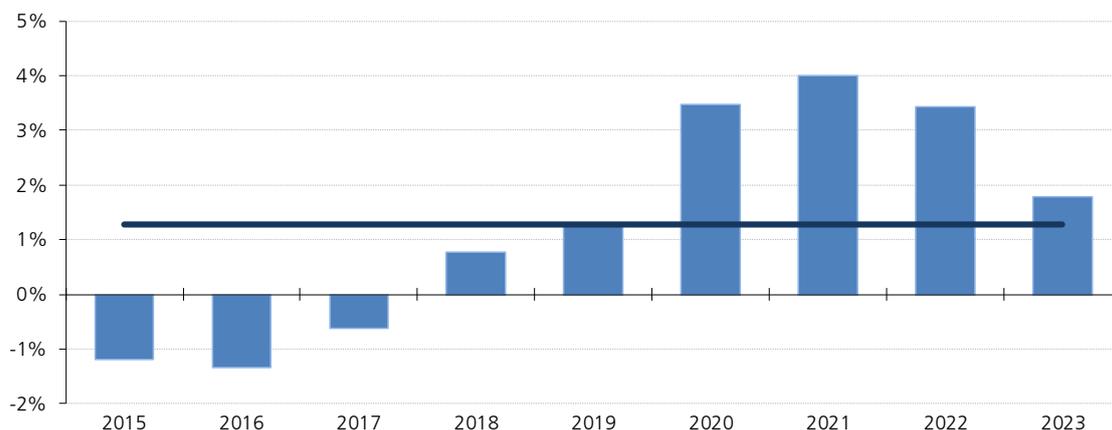
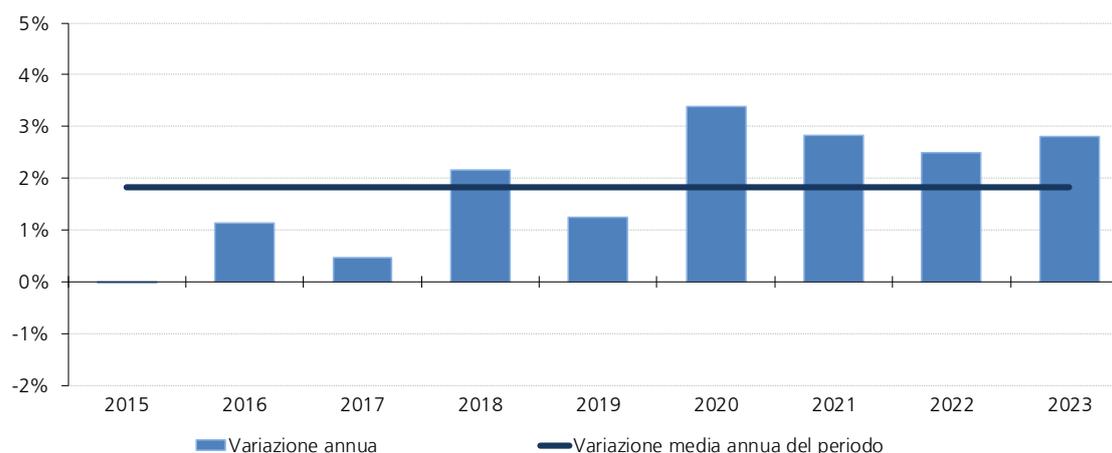


Fig. 1.12.c: autonomie speciali ^(c)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Nell'ultima annualità, a livello di singola regione, il peso percentuale più elevato si registra per la provincia autonoma di Bolzano (48,8%) a cui si contrappone il Molise con il valore più basso (24,2%).

Tab. 1.8: spesa per i redditi da lavoro dipendente in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2014-2023

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	34,2%	34,4%	33,7%	33,3%	33,4%	33,4%	33,1%	32,5%	32,9%	32,1%
Valle d'Aosta	41,5%	43,2%	44,4%	43,8%	44,2%	44,1%	43,3%	41,0%	42,1%	41,0%
Lombardia	26,6%	26,2%	26,1%	25,3%	25,3%	25,6%	25,1%	24,7%	25,0%	25,5%
Provincia autonoma di Bolzano	48,6%	49,6%	48,8%	48,5%	49,2%	49,4%	47,6%	49,3%	48,7%	48,8%
Provincia autonoma di Trento	36,5%	37,1%	36,6%	36,1%	36,3%	36,8%	36,8%	35,7%	36,7%	35,6%
Veneto	31,3%	31,0%	30,4%	29,2%	29,5%	29,8%	28,8%	28,5%	29,0%	28,4%
Friuli Venezia Giulia	39,7%	39,6%	39,1%	38,2%	38,4%	37,9%	37,7%	36,7%	36,8%	36,0%
Liguria	34,5%	34,2%	33,9%	33,8%	33,7%	34,1%	33,0%	32,1%	33,2%	32,8%
Emilia Romagna	34,5%	34,0%	33,4%	33,1%	33,1%	33,9%	32,6%	33,7%	33,7%	33,1%
Toscana	35,6%	35,3%	34,7%	33,9%	34,8%	35,1%	34,3%	34,5%	34,1%	33,9%
Umbria	37,8%	37,2%	36,4%	35,8%	36,1%	37,0%	35,7%	34,2%	34,1%	34,4%
Marche	36,3%	36,2%	35,4%	35,2%	35,7%	35,7%	35,1%	34,0%	34,0%	33,8%
Lazio	25,9%	25,4%	25,1%	24,7%	24,7%	24,9%	24,9%	25,4%	25,7%	26,4%
Abruzzo	32,0%	32,7%	31,7%	30,7%	30,9%	31,0%	30,9%	31,6%	31,3%	31,5%
Molise	30,1%	30,3%	27,8%	27,3%	27,1%	23,3%	24,7%	23,7%	24,0%	24,2%
Campania	28,5%	27,7%	26,5%	26,0%	25,9%	25,9%	25,9%	26,0%	26,9%	26,7%
Puglia	28,5%	28,3%	27,7%	27,7%	27,5%	28,0%	27,9%	28,4%	28,3%	27,8%
Basilicata	37,0%	36,5%	36,3%	35,0%	35,0%	35,2%	34,2%	32,7%	32,5%	32,2%
Calabria	34,5%	33,8%	33,1%	33,0%	32,1%	32,0%	31,0%	31,4%	28,2%	29,9%
Sicilia	32,9%	32,5%	31,4%	30,6%	30,4%	30,9%	30,2%	29,7%	30,5%	30,1%
Sardegna	36,8%	36,5%	36,8%	37,1%	36,9%	36,7%	36,4%	35,3%	33,9%	34,5%
ITALIA	31,5%	31,2%	30,6%	30,0%	30,1%	30,3%	29,8%	29,7%	29,9%	29,8%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	31,9%	31,6%	31,1%	30,4%	30,6%	31,0%	30,2%	30,0%	30,2%	30,0%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	29,4%	29,0%	28,2%	27,8%	27,6%	27,8%	27,5%	27,7%	27,9%	28,0%
Autonomie speciali ^(c)	39,4%	39,6%	39,4%	39,2%	39,3%	39,2%	38,8%	38,2%	37,7%	37,5%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Prodotti farmaceutici. La spesa nel periodo 2014-2023 è passata da 8.834,1 a 14.535,8 milioni di euro, con un corrispondente incremento medio annuo del 5,7% (Tab. 1.9).

Nel decennio in esame l'aggregato ha mostrato una crescita fino al 2018 per poi evidenziare una lieve contrazione (-0,6%) nell'anno successivo, dovuta sostanzialmente all'incasso del *pay-back* relativo al superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera per il periodo 2013-2017²³⁴ a seguito della già menzionata risoluzione *ope legis* dei contenziosi amministrativi con le aziende del settore. Nel 2020 è rinvenibile una crescita del 5,8% presumibilmente per le necessità legate all'emergenza sanitaria da Covid-19. L'aumento risulta comunque attenuato dalla contabilizzazione del *pay-back* per il superamento del tetto della spesa farmaceutica per consumi diretti relativo al 2018²³⁵. Come detto in precedenza, l'ulteriore contrazione registrata nel 2021 (-3,7%), è sostanzialmente dovuta all'introito del *pay-back* per superamento del tetto di spesa per gli acquisti diretti non solo del 2019, ma anche di una quota di quello riguardante il 2020. L'incremento osservato nel 2022 (+9,6%) è, invece, mitigato dall'incasso del restante *pay-back* del 2020 e da una quota di quello riguardante il 2021. Analogamente la crescita del 2023 (+13,9%) sconta l'incasso dei rimborsi da parte delle aziende farmaceutiche dell'annualità 2022²³⁶.

²³⁴ Articolo 1, commi 702 e 703, della legge n. 208/2015; articolo 21 del decreto-legge n. 113/2016; articolo 9-bis, comma 3, del decreto-legge n. 135/2018.

²³⁵ Articolo 1, comma 477, della legge n. 178/2020.

²³⁶ Si richiamano le diverse modalità di contabilizzazione del *pay-back* che contraddistinguono talune autonomie speciali e le peculiarità riconducibili alle singole regioni.

Tab. 1.9: spesa di CE per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2014-2023 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	673,5	682,5	783,2	802,4	819,6	875,3	915,9	868,3	940,4	1.108,5
Valle d'Aosta	14,6	18,3	18,0	18,2	18,4	19,2	20,5	19,6	17,5	24,5
Lombardia	1.215,0	1.512,8	1.491,5	1.551,7	1.578,1	1.630,0	1.805,7	1.622,8	1.692,6	2.005,3
Provincia autonoma di Bolzano	68,7	81,0	85,0	87,6	93,0	101,1	106,3	95,2	99,1	118,2
Provincia autonoma di Trento	50,0	57,1	61,7	63,7	68,0	88,9	92,0	87,3	90,0	120,8
Veneto	673,2	737,2	780,6	826,3	839,5	895,3	968,6	942,2	989,4	1.119,4
Friuli Venezia Giulia	193,7	226,1	243,6	259,5	266,4	273,2	236,6	278,5	264,8	337,2
Liguria	247,4	290,9	316,8	326,2	325,9	321,5	340,9	341,8	378,7	433,5
Emilia Romagna	675,5	754,4	839,9	884,0	912,9	882,9	887,5	934,2	1.023,0	1.139,8
Toscana	710,2	735,9	819,2	819,7	766,8	762,5	842,2	737,8	877,1	954,6
Umbria	155,1	159,5	195,9	201,3	206,1	205,5	214,2	216,1	226,9	242,0
Marche	272,3	302,9	326,1	338,7	341,7	337,0	348,2	347,7	388,8	437,8
Lazio	852,1	944,4	1.014,5	1.063,2	1.118,1	1.088,1	1.119,2	1.007,2	1.238,7	1.341,0
Abruzzo	189,8	213,7	240,4	251,3	270,9	276,1	294,7	269,2	338,7	373,8
Molise	42,6	51,7	52,8	56,1	58,2	65,2	66,1	58,7	70,1	72,7
Campania	848,9	1.062,6	1.166,8	1.137,1	1.145,3	1.095,0	1.215,1	1.212,2	1.302,0	1.527,2
Puglia	618,1	722,6	790,5	851,4	902,8	848,3	838,6	830,8	943,5	1.025,2
Basilicata	85,6	98,8	108,2	115,7	120,6	107,2	120,1	117,3	124,6	141,9
Calabria	296,4	364,1	375,4	389,8	411,6	400,6	406,2	381,8	473,3	504,1
Sicilia	643,8	783,0	830,1	848,4	879,6	826,4	895,2	910,0	895,2	1.095,9
Sardegna	307,7	337,5	362,7	360,3	350,5	325,7	358,0	362,5	384,9	412,2
ITALIA	8.834,1	10.137,1	10.902,8	11.252,6	11.493,8	11.425,2	12.091,8	11.641,3	12.759,4	14.535,8
Variazione %		14,7%	7,6%	3,2%	2,1%	-0,6%	5,8%	-3,7%	9,6%	13,9%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	4.707,7	5.274,9	5.661,3	5.866,0	5.911,1	6.017,3	6.443,4	6.128,2	6.641,4	7.583,0
Variazione %		12,0%	7,3%	3,6%	0,8%	1,8%	7,1%	-4,9%	8,4%	14,2%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	3.491,6	4.142,1	4.470,5	4.597,3	4.786,4	4.599,7	4.835,0	4.670,0	5.261,6	5.939,9
Variazione %		18,6%	7,9%	2,8%	4,1%	-3,9%	5,1%	-3,4%	12,7%	12,9%
Autonomie speciali ^(c)	634,7	720,1	771,0	789,3	796,2	808,2	813,4	843,1	856,4	1.012,9
Variazione %		13,5%	7,1%	2,4%	0,9%	1,5%	0,6%	3,7%	1,6%	18,3%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Per quanto concerne i tre raggruppamenti considerati, per le regioni non in piano di rientro e per le autonomie speciali nel decennio in esame l'aumento medio della spesa in prodotti farmaceutici (rispettivamente +5,4%, +5,3%) risulta inferiore alla dinamica positiva registrata dall'intero Paese. Nel medesimo periodo, nelle aree dove operano i piani di rientro, per i prodotti farmaceutici l'incremento medio annuo della spesa supera i 6 punti percentuali (Fig. 1.13).

Nell'intero orizzonte temporale considerato, le regioni sottoposte ai piani di rientro hanno evidenziato lo stesso andamento verificatosi per l'Italia con una diminuzione nel 2019 e nel 2021 (-3,9% e -3,4%, rispettivamente). Le autonomie speciali hanno fatto registrare un costante incremento della spesa²³⁷. Per il terzo cluster la contrazione si è manifestata solo nel 2021 (-4,9%).

A livello regionale, nel 2023 tutte le regioni hanno mostrato una crescita della spesa con un picco del 39,7% per la Valle d'Aosta²³⁸.

Il peso percentuale della spesa per i prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa complessiva ha mostrato una continua crescita fino al 9,9% del 2018. Nei quattro anni successivi si è sostanzialmente stabilizzato intorno al 9-10% per poi raggiungere la soglia di quasi 11 punti percentuali nel 2023 (Tab. 1.10). Dinamica sostanzialmente analoga è configurabile in tutti e tre i cluster considerati²³⁹.

²³⁷ Anche in questo caso si richiamano le diverse modalità di contabilizzazione del *pay-back* da parte delle autonomie speciali.

²³⁸ Presumibilmente a compensazione della decrescita osservata l'anno precedente.

²³⁹ I provvedimenti di ripiano del superamento del tetto di spesa regionale annuale e i provvedimenti legislativi inerenti alla possibilità posta in capo alle regioni di iscrivere le rispettive quote in esercizi anticipati rispetto ai relativi incassi influenzano gli andamenti osservati.

Fig. 1.13: spesa per i prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2015-2023 (variazioni percentuali)

Fig. 1.13.a: regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)

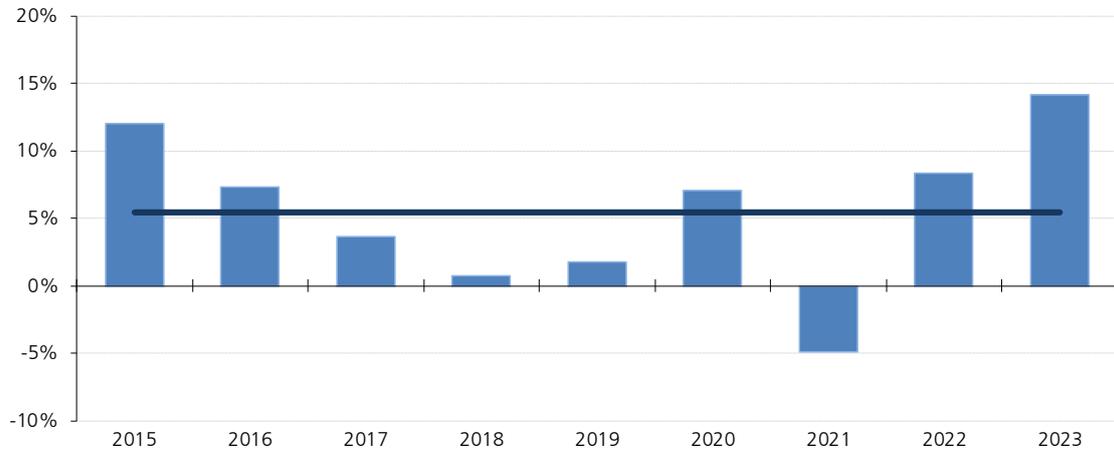


Fig. 1.13.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)

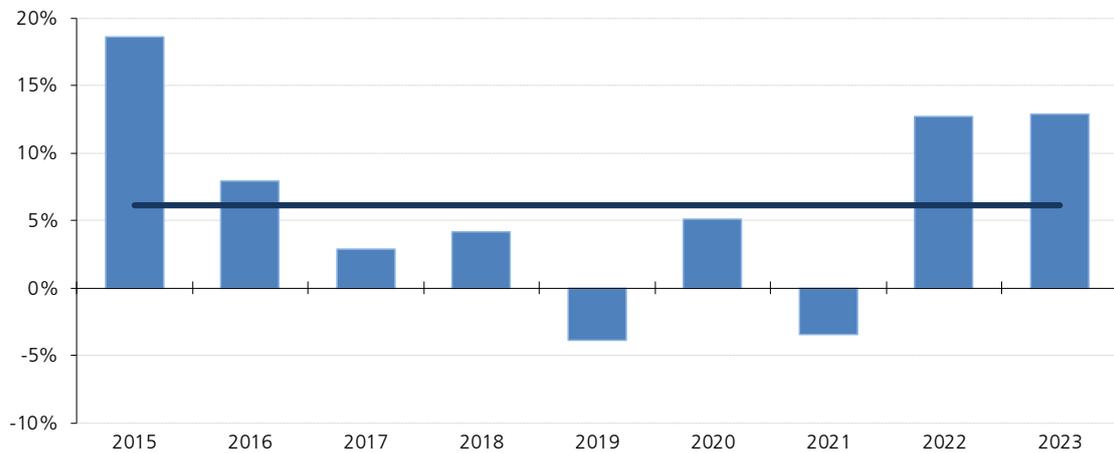
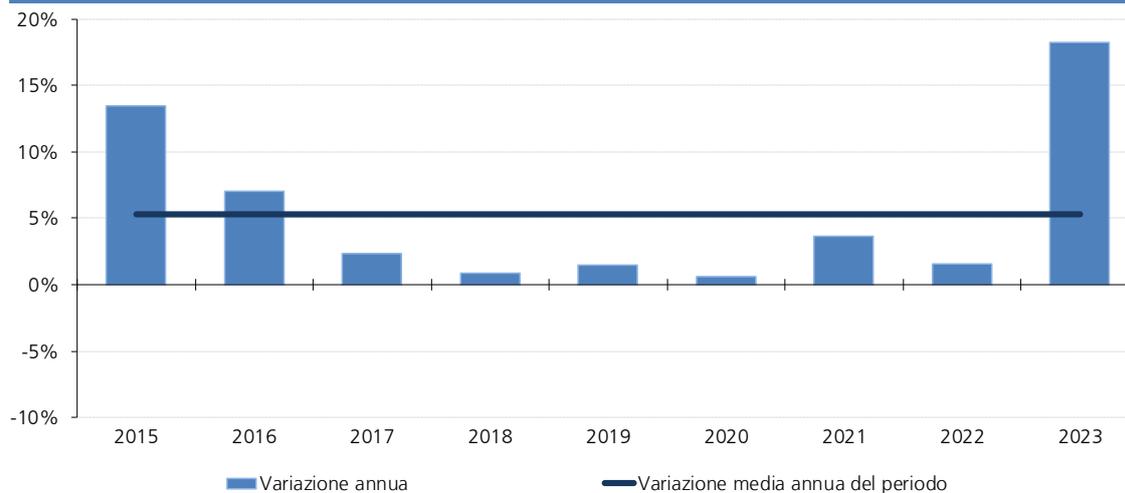


Fig. 1.13.c: autonomie speciali ^(c)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

A livello di singola regione, nell'ultima annualità l'incidenza dell'aggregato in esame sul totale della spesa varia dagli oltre 13 punti percentuali delle Marche e dell'Abruzzo al 7,5% della Valle d'Aosta.

Si rammenta che la dinamica della spesa dei prodotti farmaceutici è altresì regolamentata da politiche di *governance* che hanno puntato alla razionalizzazione dell'impiego dei farmaci da parte delle strutture pubbliche.

A tal proposito, è previsto un periodico aggiornamento del prontuario terapeutico ospedaliero²⁴⁰ pure per favorire l'efficace prescrizione a carico del SSN, anche ai fini dell'attuazione del PNRR con riferimento ai farmaci per la cura delle malattie rare²⁴¹.

Tab. 1.10: spesa per i prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2014-2023

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	8,2%	8,4%	9,5%	9,7%	9,8%	10,3%	10,3%	9,4%	10,1%	11,4%
Valle d'Aosta	5,6%	7,0%	7,0%	7,1%	7,2%	7,3%	7,1%	6,4%	5,7%	7,5%
Lombardia	6,5%	8,0%	7,9%	8,0%	8,0%	8,1%	8,5%	7,5%	7,7%	8,9%
Provincia autonoma di Bolzano	6,0%	7,0%	7,2%	7,1%	7,3%	7,9%	7,5%	6,4%	6,6%	7,7%
Provincia autonoma di Trento	4,3%	5,1%	5,4%	5,3%	5,7%	7,3%	7,1%	6,7%	6,5%	8,3%
Veneto	7,7%	8,3%	8,7%	8,9%	9,0%	9,5%	9,5%	8,9%	9,1%	9,9%
Friuli Venezia Giulia	8,2%	9,7%	10,3%	10,7%	10,7%	10,6%	9,0%	10,2%	9,4%	11,4%
Liguria	7,8%	9,2%	9,9%	10,2%	10,1%	9,9%	10,2%	9,8%	10,4%	11,8%
Emilia Romagna	7,8%	8,6%	9,5%	9,8%	10,0%	9,6%	8,8%	9,3%	9,8%	10,7%
Toscana	10,0%	10,2%	11,3%	11,0%	10,4%	10,2%	10,4%	8,9%	10,5%	11,2%
Umbria	9,5%	9,7%	11,7%	11,7%	11,8%	11,9%	11,8%	11,5%	11,5%	12,4%
Marche	10,0%	11,1%	11,7%	12,0%	12,0%	11,7%	11,5%	11,1%	12,0%	13,4%
Lazio	8,0%	8,8%	9,5%	9,9%	10,4%	10,1%	9,7%	8,6%	10,3%	11,1%
Abruzzo	8,0%	9,1%	10,0%	10,2%	11,0%	11,1%	11,5%	10,3%	12,4%	13,4%
Molise	6,4%	8,1%	8,0%	8,6%	9,0%	8,8%	9,6%	8,2%	9,7%	10,1%
Campania	8,7%	10,8%	11,7%	11,2%	11,1%	10,5%	11,1%	10,7%	11,3%	13,0%
Puglia	8,8%	10,2%	10,9%	11,7%	12,2%	11,4%	10,9%	10,2%	11,3%	12,0%
Basilicata	8,3%	9,6%	10,5%	10,8%	11,4%	10,2%	11,0%	10,3%	10,7%	12,1%
Calabria	8,8%	10,8%	11,0%	11,4%	11,7%	11,3%	11,2%	10,6%	11,6%	12,9%
Sicilia	7,5%	9,1%	9,4%	9,4%	9,5%	9,0%	9,4%	9,1%	9,0%	10,6%
Sardegna	9,5%	10,4%	11,0%	11,2%	10,7%	9,9%	10,6%	10,1%	10,3%	10,8%
ITALIA	8,0%	9,1%	9,7%	9,8%	9,9%	9,8%	9,8%	9,2%	9,8%	10,9%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	7,8%	8,7%	9,3%	9,4%	9,4%	9,4%	9,5%	8,8%	9,3%	10,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	8,2%	9,7%	10,3%	10,5%	10,8%	10,3%	10,4%	9,7%	10,7%	11,9%
Autonomie speciali ^(c)	7,8%	8,9%	9,3%	9,5%	9,4%	9,4%	9,0%	9,0%	8,8%	10,0%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Altra misura prevista riguarda la produzione di medicinali in monodose²⁴² nonché la determinazione dei criteri e delle modalità a cui l'AIFA si attiene nel determinare mediante negoziazione, i prezzi dei farmaci rimborsati dal SSN²⁴³.

In aggiunta si ricorda che nel periodo in esame sono intervenute revisioni in aumento del tetto di spesa dei prodotti farmaceutici e un aumento del Fondo per i farmaci innovativi.

Consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici. Tra il 2014 e il 2023 la spesa è cresciuta da 21.784 a 28.208,1 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo del 2,9% (Tab. 1.11).

²⁴⁰ Articolo 1, comma 426, della legge n. 147/2013 e articolo 1, commi 224 e 231, della legge n. 213/2023. In merito occorre rilevare che dovrebbe implementarsi il sistema dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) per agevolare il passaggio dalla prestazione alla presa in carico facilitando la conoscenza *ex ante* dei fabbisogni specifici stratificati per patologia [Ministero dell'economia e delle finanze (2024), Sezione III, pag. 66].

²⁴¹ Articolo 38-quater del decreto-legge n. 152/2021.

²⁴² Articolo 1, comma 1-ter, del decreto-legge n. 87/2005 e articolo 1, comma 591, della legge n. 190/2014.

²⁴³ Articolo 1, comma 553, della legge n. 145/2018.

Eccezion fatta per il 2015, ogni annualità è contraddistinta da un aumento. Il biennio 2020-2021 ha evidenziato l'incremento più rilevante in ragione dei citati costi incrementali per fronteggiare la pandemia da Covid-19.

La crescita media annua è risultata dell'1% fino al 2019, confermando l'efficacia delle misure di contenimento della spesa per beni e servizi disposte normativamente per quel periodo. Nei due anni successivi l'incremento medio annuo ha raggiunto il 9,2%. A partire dal 2022, i tassi di variazione hanno evidenziato un contenimento della crescita tale da risultare all'incirca in linea con quelli registrati nel periodo pre-pandemico.

Tab. 1.11: spesa di CE per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2014-2023
(valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	1.625,7	1.624,6	1.600,8	1.654,3	1.622,9	1.706,9	1.875,2	2.079,8	2.082,9	2.250,6
Valle d'Aosta	70,5	65,7	60,7	62,2	63,7	66,0	71,0	81,1	76,1	80,4
Lombardia	4.026,5	3.695,0	3.945,9	4.104,7	4.224,2	4.063,3	4.718,8	4.900,7	4.868,7	4.604,3
Provincia autonoma di Bolzano	206,9	197,4	211,1	213,4	227,8	243,7	280,5	321,0	323,3	316,8
Provincia autonoma di Trento	234,8	219,6	232,8	234,3	236,5	215,1	244,2	271,0	232,5	329,9
Veneto	1.831,6	1.903,6	1.922,9	1.974,8	1.951,7	2.035,0	2.298,3	2.576,7	2.681,5	2.789,9
Friuli Venezia Giulia	539,6	514,3	529,1	552,7	578,7	604,2	627,5	669,1	658,3	765,6
Liguria	685,8	658,7	652,3	661,9	635,3	644,5	691,4	803,5	794,0	804,6
Emilia Romagna	1.836,4	1.847,3	1.875,4	1.962,3	2.009,8	1.987,5	2.497,2	2.165,5	2.357,4	2.360,5
Toscana	1.578,2	1.606,1	1.579,4	1.698,9	1.672,9	1.740,1	1.880,1	2.036,3	2.092,8	2.155,0
Umbria	363,5	358,0	353,7	372,5	381,8	365,1	393,5	463,1	455,5	470,7
Marche	562,0	542,3	546,0	568,4	542,3	562,6	608,1	663,5	612,0	738,6
Lazio	2.080,3	1.981,7	2.003,2	1.886,5	1.900,7	1.880,3	2.076,8	2.170,3	2.167,4	2.141,3
Abruzzo	528,2	470,6	499,8	511,6	529,8	549,4	590,8	600,3	604,4	649,3
Molise	110,7	91,6	105,9	101,4	102,0	129,2	133,0	144,4	146,7	135,8
Campania	1.448,1	1.539,6	1.614,2	1.813,7	1.653,4	1.664,6	1.968,7	2.101,2	2.070,0	2.075,4
Puglia	1.321,1	1.278,4	1.309,2	1.338,5	1.399,6	1.456,1	1.557,4	1.717,5	1.785,7	1.834,1
Basilicata	195,4	189,6	190,7	214,8	188,0	201,8	193,3	225,8	257,1	248,5
Calabria	491,6	480,8	484,4	469,3	552,0	566,8	618,9	619,1	718,2	624,0
Sicilia	1.381,1	1.376,7	1.393,0	1.490,8	1.545,3	1.556,4	1.787,4	1.932,3	1.850,5	1.929,8
Sardegna	666,0	633,0	615,3	604,6	616,8	693,9	667,0	795,2	773,5	903,0
ITALIA	21.784,0	21.274,6	21.725,9	22.491,9	22.635,2	22.932,6	25.779,1	27.337,3	27.608,6	28.208,1
Variazione %		-2,3%	2,1%	3,5%	0,6%	1,3%	12,4%	6,0%	1,0%	2,2%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	12.705,2	12.425,2	12.667,1	13.212,9	13.229,0	13.307,0	15.155,9	15.914,9	16.201,9	16.422,5
Variazione %		-2,2%	1,9%	4,3%	0,1%	0,6%	13,9%	5,0%	1,8%	1,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	7.361,0	7.219,4	7.409,7	7.611,9	7.682,8	7.802,7	8.733,1	9.285,0	9.342,9	9.389,8
Variazione %		-1,9%	2,6%	2,7%	0,9%	1,6%	11,9%	6,3%	0,6%	0,5%
Autonomie speciali ^(c)	1.717,8	1.630,1	1.649,1	1.667,1	1.723,5	1.822,9	1.890,1	2.137,4	2.063,9	2.395,8
Variazione %		-5,1%	1,2%	1,1%	3,4%	5,8%	3,7%	13,1%	-3,4%	16,1%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Nel decennio in esame, le autonomie speciali hanno mostrato un aumento medio annuo (+3,8%) più elevato di quello riscontrabile nei restanti due cluster (Fig. 1.14).

Analogamente a quanto verificatosi per l'Italia, le regioni soggette e non ai piani di rientro hanno presentato un incremento di spesa in ogni singolo anno considerato, eccezion fatta per il 2015. Di contro, le autonomie speciali hanno evidenziato una riduzione anche nel 2022.

A livello regionale, nel 2023 la Sardegna ha presentato l'incremento maggiore (+41,9%), mentre la Calabria è la regione con la contrazione più consistente (-13,1%).

Il peso percentuale della spesa sanitaria per i consumi intermedi al netto dei prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa complessiva non ha oltrepassato la soglia di 20 punti fino al 2019 (Tab. 1.12). Nel quadriennio successivo si è attestata intorno al 21% con un picco nel 2021 (21,5%).

Fig. 1.14: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2015-2023 (variazioni percentuali)

Fig. 1.14.a: regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)

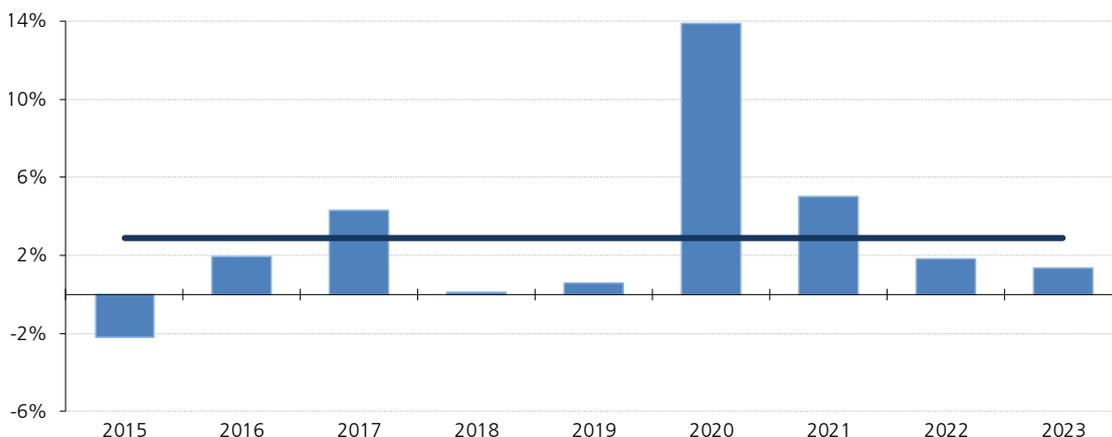


Fig. 1.14.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)

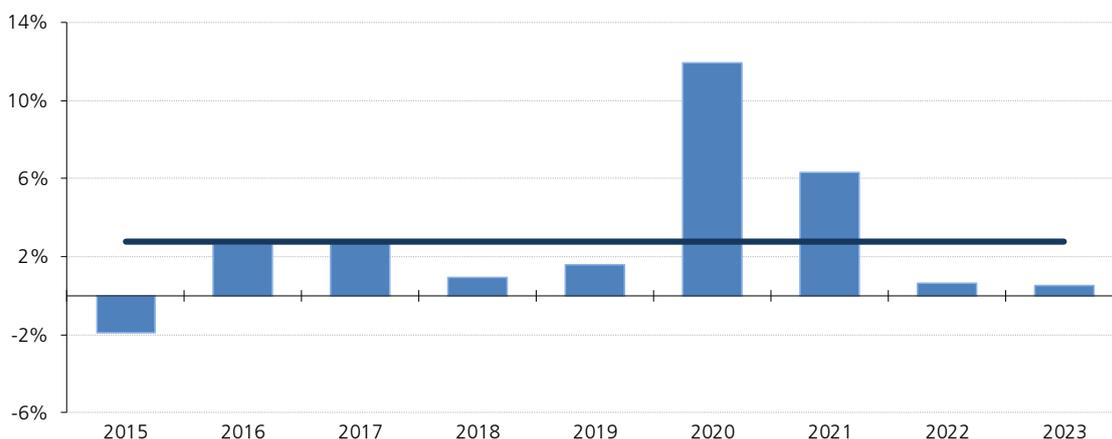
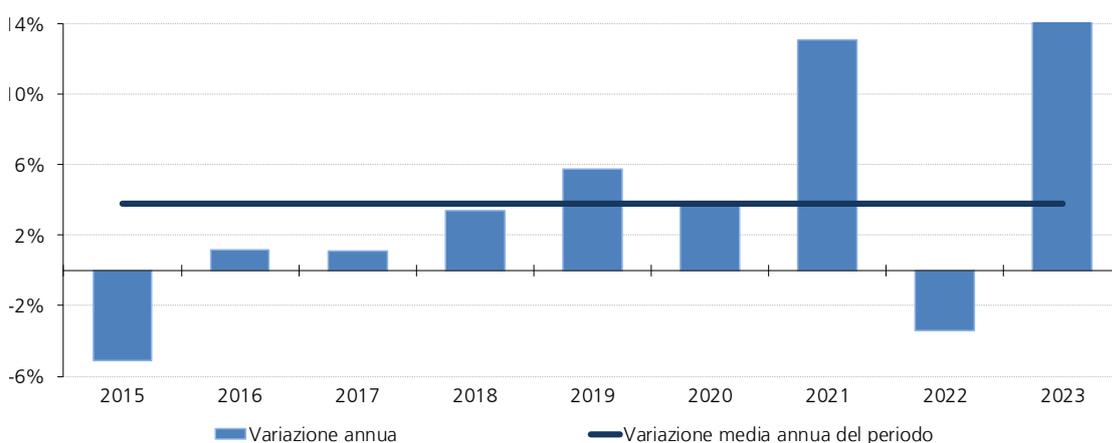


Fig. 1.14.c: autonomie speciali ^(c)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

L'incidenza dell'aggregato sul totale della spesa per le regioni sottoposte ai piani di rientro non ha mai superato il 20%, soglia invece stabilmente oltrepassata dai restanti due *cluster*.

Nell'ultima annualità, a livello di singola regione, con quasi il 26% il Friuli-Venezia-Giulia ha presentato il peso maggiore, mentre la Calabria non ha superato il 16%.

Tab. 1.12: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2014-2023

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	19,9%	20,1%	19,4%	19,9%	19,3%	20,0%	21,0%	22,5%	22,3%	23,2%
Valle d'Aosta	27,1%	25,1%	23,7%	24,4%	24,8%	25,2%	24,5%	26,7%	24,6%	24,7%
Lombardia	21,4%	19,6%	20,8%	21,1%	21,3%	20,3%	22,3%	22,7%	22,1%	20,5%
Provincia autonoma di Bolzano	18,2%	17,0%	17,8%	17,2%	18,0%	19,1%	19,8%	21,6%	21,6%	20,6%
Provincia autonoma di Trento	20,4%	19,5%	20,3%	19,6%	19,7%	17,7%	18,9%	20,7%	16,8%	22,5%
Veneto	20,9%	21,5%	21,4%	21,4%	20,9%	21,5%	22,4%	24,3%	24,7%	24,7%
Friuli Venezia Giulia	22,7%	22,1%	22,4%	22,7%	23,2%	23,5%	23,9%	24,5%	23,2%	25,9%
Liguria	21,7%	20,7%	20,5%	20,6%	19,7%	19,8%	20,7%	23,1%	21,9%	21,9%
Emilia Romagna	21,2%	21,1%	21,2%	21,7%	21,9%	21,5%	24,8%	21,5%	22,5%	22,2%
Toscana	22,2%	22,3%	21,7%	22,8%	22,6%	23,2%	23,2%	24,7%	24,9%	25,3%
Umbria	22,3%	21,7%	21,1%	21,7%	21,9%	21,2%	21,7%	24,6%	23,2%	24,1%
Marche	20,5%	19,8%	19,6%	20,1%	19,0%	19,5%	20,1%	21,2%	18,9%	22,6%
Lazio	19,5%	18,5%	18,7%	17,6%	17,7%	17,4%	18,1%	18,5%	18,1%	17,7%
Abruzzo	22,2%	20,0%	20,7%	20,8%	21,4%	22,1%	23,1%	23,0%	22,1%	23,2%
Molise	16,7%	14,3%	16,0%	15,6%	15,8%	17,4%	19,3%	20,1%	20,3%	18,8%
Campania	14,8%	15,6%	16,1%	17,9%	16,0%	16,0%	18,0%	18,5%	18,0%	17,7%
Puglia	18,7%	18,0%	18,1%	18,4%	19,0%	19,5%	20,2%	21,2%	21,3%	21,5%
Basilicata	19,0%	18,3%	18,4%	20,1%	17,7%	19,2%	17,6%	19,9%	22,0%	21,1%
Calabria	14,6%	14,3%	14,1%	13,7%	15,7%	16,0%	17,1%	17,2%	17,6%	16,0%
Sicilia	16,0%	15,9%	15,8%	16,5%	16,8%	16,9%	18,7%	19,4%	18,5%	18,8%
Sardegna	20,6%	19,5%	18,7%	18,8%	18,9%	21,0%	19,8%	22,2%	20,7%	23,7%
ITALIA	19,7%	19,1%	19,3%	19,7%	19,6%	19,6%	20,9%	21,5%	21,2%	21,2%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	21,2%	20,6%	20,8%	21,2%	21,0%	20,9%	22,4%	22,9%	22,8%	22,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	17,3%	16,9%	17,1%	17,4%	17,4%	17,5%	18,8%	19,3%	18,9%	18,7%
Autonomie speciali ^(c)	21,1%	20,1%	20,0%	20,0%	20,3%	21,1%	21,0%	22,7%	21,1%	23,7%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Farmaceutica convenzionata. La spesa dal 2014 al 2023 è passata da 8.389,7 a 7.553,1 milioni di euro, equivalente a una riduzione media annua dell'1,2% (Tab. 1.13).

L'aggregato ha evidenziato una continua contrazione fino al 2020 per poi mostrare una crescita costante fino al 2023. Probabilmente la riduzione nel periodo iniziale è legata alla menzionata politica di incentivazione della distribuzione diretta e della distribuzione per conto. Di contro, il successivo aumento potrebbe imputarsi alla citata forma sperimentale di remunerazione dei medicinali dispensati dalle farmacie convenzionate.

Nel decennio in esame le regioni non sottoposte ai piani di rientro hanno evidenziato un tasso di decremento medio annuo (-0,4%) inferiore a quello osservato per l'Italia, mentre per i restanti due *cluster* si è riscontrato un calo maggiore (Fig. 1.15).

Tab. 1.13: spesa di CE per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2014-2023 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	595,9	583,0	579,7	538,8	536,8	530,9	501,1	501,8	516,0	506,5
Valle d'Aosta	18,2	16,6	15,5	14,9	14,8	14,6	14,0	13,5	14,2	14,4
Lombardia	1.266,9	1.307,1	1.316,5	1.266,1	1.316,9	1.347,3	1.334,8	1.341,7	1.414,5	1.441,2
Provincia autonoma di Bolzano	46,1	46,2	46,1	43,1	40,3	39,8	35,5	39,3	41,7	42,4
Provincia autonoma di Trento	66,8	61,9	60,6	58,1	58,1	57,6	58,3	59,6	62,0	67,7
Veneto	555,4	542,6	523,7	498,3	482,8	478,7	462,3	463,6	476,5	476,6
Friuli Venezia Giulia	186,5	181,2	166,9	162,1	159,4	155,3	147,5	146,6	146,6	149,6
Liguria	227,2	209,3	194,1	177,4	190,9	184,8	176,3	173,7	178,3	174,2
Emilia Romagna	510,6	496,5	485,4	446,8	459,7	447,7	442,0	459,3	480,4	488,8
Toscana	457,0	450,1	454,8	426,2	420,4	423,5	398,3	417,0	427,3	424,0
Umbria	123,8	127,3	126,7	120,8	122,2	120,6	115,8	116,8	112,9	107,6
Marche	234,8	233,7	243,6	224,3	206,5	203,7	180,9	193,3	197,2	201,4
Lazio	884,3	887,3	860,1	823,4	811,6	807,0	768,1	769,4	768,8	770,1
Abruzzo	223,8	230,9	224,4	214,0	202,7	189,4	180,1	182,2	186,6	185,5
Molise	48,0	45,9	43,0	40,2	39,7	40,4	38,3	38,5	39,0	39,5
Campania	847,3	862,4	829,0	769,2	767,8	761,9	739,2	757,0	758,0	742,3
Puglia	669,5	614,3	624,3	562,8	546,0	541,8	520,7	526,9	536,5	534,9
Basilicata	79,4	81,5	78,3	73,1	78,2	76,2	75,1	80,6	80,5	83,1
Calabria	314,3	305,6	300,5	283,5	276,5	278,3	263,1	268,3	269,6	272,0
Sicilia	737,9	677,1	668,4	616,0	589,1	613,1	610,0	606,8	597,0	598,8
Sardegna	295,9	274,3	258,3	233,3	232,5	236,5	226,0	221,6	236,0	232,2
ITALIA	8.389,7	8.234,7	8.099,9	7.592,4	7.552,7	7.549,1	7.287,4	7.377,4	7.539,7	7.553,1
Variazione %		-1,8%	-1,6%	-6,3%	-0,5%	0,0%	-3,5%	1,2%	2,2%	0,2%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	4.051,1	4.031,0	4.002,8	3.771,8	3.814,3	3.813,4	3.686,5	3.747,7	3.883,5	3.903,4
Variazione %		-0,5%	-0,7%	-5,8%	1,1%	0,0%	-3,3%	1,7%	3,6%	0,5%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	3.725,2	3.623,5	3.549,8	3.309,0	3.233,4	3.231,9	3.119,5	3.149,2	3.155,5	3.143,3
Variazione %		-2,7%	-2,0%	-6,8%	-2,3%	0,0%	-3,5%	0,9%	0,2%	-0,4%
Autonomie speciali ^(c)	613,5	580,1	547,4	511,6	505,0	503,8	481,3	480,5	500,6	506,3
Variazione %		-5,4%	-5,6%	-6,5%	-1,3%	-0,2%	-4,5%	-0,2%	4,2%	1,2%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

La dinamica annua dei tassi di variazione con riferimento ai tre raggruppamenti di regioni è simile a quella rilevata a livello nazionale. In effetti, la spesa per la farmaceutica convenzionata risulta essere in costante riduzione fino al 2020, indipendentemente dal cluster considerato²⁴⁴. Diversamente da quanto osservato nel complesso, per le autonomie speciali anche il 2021 rappresenta ancora un anno di flessione (-0,2%), mentre per gli altri due raggruppamenti si evidenzia una ripresa. Nel successivo biennio l'aggregato ha mostrato sempre una crescita, eccezion fatta per il 2023 per le regioni in piano di rientro (-0,4%).

A livello di singola regione, nel 2023 la diminuzione maggiore di spesa si è manifestata in Umbria (-4,7%), mentre l'incremento maggiore si è avuto nella provincia autonoma di Trento (+9,2%).

Il peso percentuale della spesa sanitaria per la farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa complessiva si è ridotto di quasi due punti percentuali tra il 2014 e il 2023 scendendo dal 7,6% al 5,7% (Tab. 1.14). Nell'intero orizzonte temporale considerato, la contrazione dell'incidenza percentuale sul totale è stata continua, anche con riferimento ai tre raggruppamenti individuati²⁴⁵.

Nel 2023, a livello regionale, il peso percentuale più consistente è presente in Basilicata (+7,1%), mentre quello meno rilevante è riscontrabile nella provincia autonoma di Bolzano (+2,8%).

²⁴⁴ Unica eccezione è rappresentata dal 2018 per le regioni non in piano di rientro.

²⁴⁵ Solo nel 2022 le regioni non sottoposte ai piani di rientro hanno registrato un leggero incremento.

Fig. 1.15: spesa per la farmaceutica convenzionata per gruppi di regioni – Anni 2015-2023 (variazioni percentuali)

Fig. 1.15.a: regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)

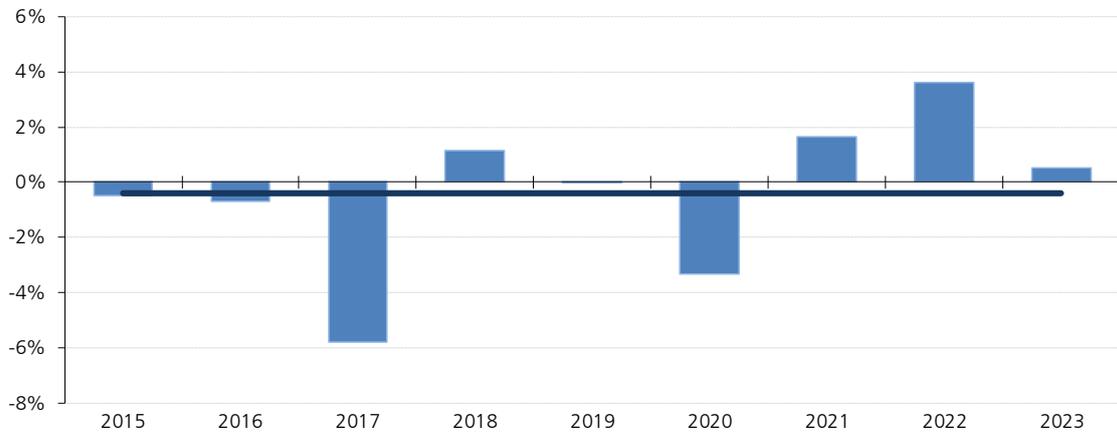


Fig. 1.15.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)

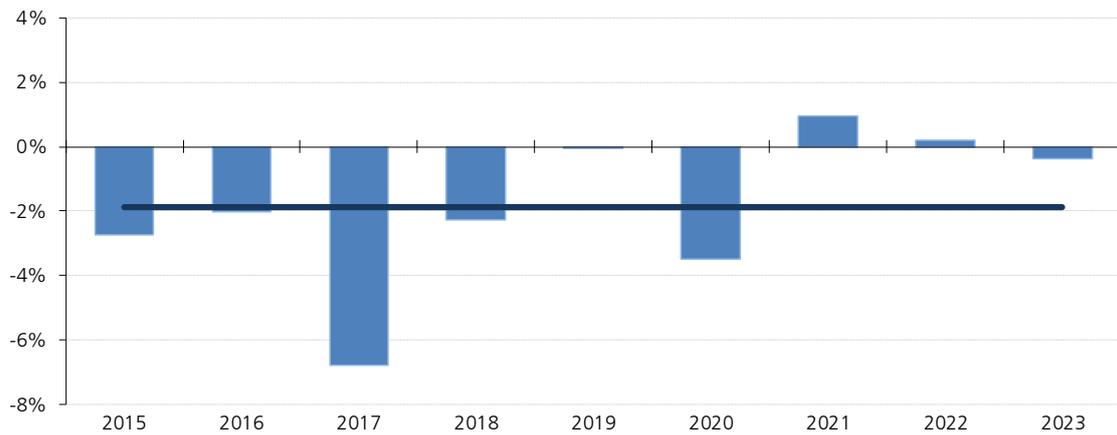
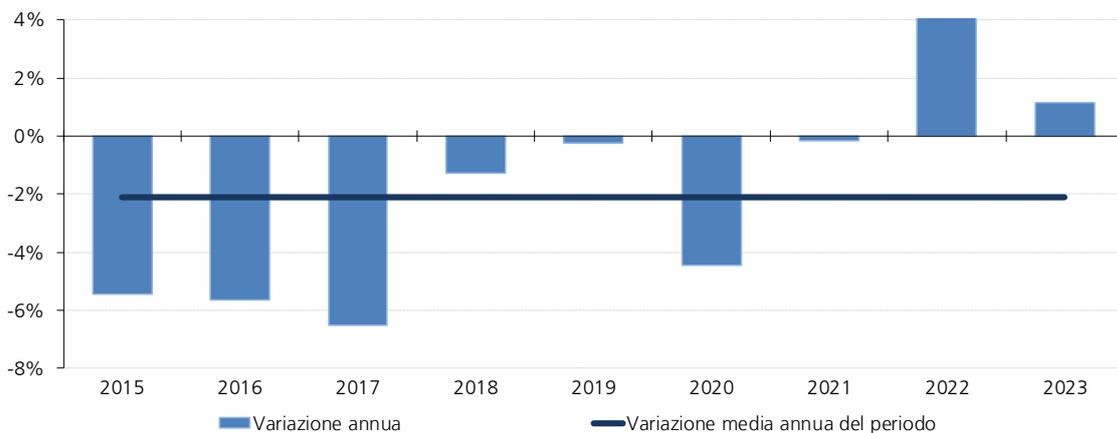


Fig. 1.15.c: autonomie speciali ^(c)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Tab. 1.14: spesa per la farmaceutica convenzionata in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2014-2023

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	7,3%	7,2%	7,0%	6,5%	6,4%	6,2%	5,6%	5,4%	5,5%	5,2%
Valle d'Aosta	7,0%	6,3%	6,0%	5,9%	5,8%	5,5%	4,9%	4,5%	4,6%	4,4%
Lombardia	6,7%	6,9%	7,0%	6,5%	6,6%	6,7%	6,3%	6,2%	6,4%	6,4%
Provincia autonoma di Bolzano	4,1%	4,0%	3,9%	3,5%	3,2%	3,1%	2,5%	2,6%	2,8%	2,8%
Provincia autonoma di Trento	5,8%	5,5%	5,3%	4,9%	4,8%	4,7%	4,5%	4,6%	4,5%	4,6%
Veneto	6,3%	6,1%	5,8%	5,4%	5,2%	5,1%	4,5%	4,4%	4,4%	4,2%
Friuli Venezia Giulia	7,9%	7,8%	7,1%	6,7%	6,4%	6,1%	5,6%	5,4%	5,2%	5,1%
Liguria	7,2%	6,6%	6,1%	5,5%	5,9%	5,7%	5,3%	5,0%	4,9%	4,7%
Emilia Romagna	5,9%	5,7%	5,5%	4,9%	5,0%	4,9%	4,4%	4,6%	4,6%	4,6%
Toscana	6,4%	6,3%	6,2%	5,7%	5,7%	5,6%	4,9%	5,0%	5,1%	5,0%
Umbria	7,6%	7,7%	7,6%	7,0%	7,0%	7,0%	6,4%	6,2%	5,7%	5,5%
Marche	8,6%	8,5%	8,7%	7,9%	7,2%	7,0%	6,0%	6,2%	6,1%	6,2%
Lazio	8,3%	8,3%	8,0%	7,7%	7,6%	7,5%	6,7%	6,6%	6,4%	6,4%
Abruzzo	9,4%	9,8%	9,3%	8,7%	8,2%	7,6%	7,0%	7,0%	6,8%	6,6%
Molise	7,2%	7,1%	6,5%	6,2%	6,2%	5,4%	5,6%	5,4%	5,4%	5,5%
Campania	8,6%	8,7%	8,3%	7,6%	7,5%	7,3%	6,8%	6,7%	6,6%	6,3%
Puglia	9,5%	8,7%	8,6%	7,7%	7,4%	7,3%	6,8%	6,5%	6,4%	6,3%
Basilicata	7,7%	7,9%	7,6%	6,8%	7,4%	7,2%	6,8%	7,1%	6,9%	7,1%
Calabria	9,3%	9,1%	8,8%	8,3%	7,9%	7,9%	7,3%	7,5%	6,6%	7,0%
Sicilia	8,5%	7,8%	7,6%	6,8%	6,4%	6,7%	6,4%	6,1%	6,0%	5,8%
Sardegna	9,1%	8,5%	7,8%	7,3%	7,1%	7,2%	6,7%	6,2%	6,3%	6,1%
ITALIA	7,6%	7,4%	7,2%	6,6%	6,5%	6,5%	5,9%	5,8%	5,8%	5,7%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	6,7%	6,7%	6,6%	6,1%	6,1%	6,0%	5,4%	5,4%	5,5%	5,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	8,8%	8,5%	8,2%	7,6%	7,3%	7,2%	6,7%	6,5%	6,4%	6,3%
Autonomie speciali ^(c)	7,5%	7,1%	6,6%	6,1%	6,0%	5,8%	5,4%	5,1%	5,1%	5,0%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Assistenza medico-generica da convenzione. La spesa è aumentata dal 2014 al 2023 da 6.611,1 a 6.725,9 milioni di euro, equivalente a una crescita media annua dello 0,2% (Tab. 1.15).

Tab. 1.15: spesa di CE per l'assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2014-2023 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	479,7	480,6	480,5	481,1	477,2	465,2	503,5	516,3	502,4	484,7
Valle d'Aosta	16,1	16,1	15,6	15,5	16,9	15,3	16,1	15,9	15,0	14,5
Lombardia	874,1	861,1	864,4	862,6	869,6	863,4	889,6	909,6	914,3	934,0
Provincia autonoma di Bolzano	55,6	54,5	55,2	57,8	62,8	63,2	66,1	83,4	74,4	67,0
Provincia autonoma di Trento	58,5	60,7	59,4	58,2	58,2	56,7	62,1	59,1	62,4	62,5
Veneto	540,2	543,8	550,4	550,0	546,9	546,1	578,8	595,6	585,0	564,3
Friuli Venezia Giulia	127,3	125,1	131,6	133,0	141,8	133,9	137,3	142,8	141,6	144,9
Liguria	158,8	157,0	155,6	157,4	161,2	152,0	172,8	166,3	157,8	153,2
Emilia Romagna	518,5	522,9	521,3	520,4	517,7	504,2	539,5	536,2	540,3	531,7
Toscana	406,8	412,8	418,3	419,7	419,8	423,9	464,5	467,2	445,2	426,8
Umbria	94,1	94,4	95,1	96,1	96,9	92,2	105,5	103,7	102,9	98,5
Marche	171,1	172,0	170,6	153,4	169,4	169,5	177,6	177,8	161,2	162,2
Lazio	606,6	607,6	609,5	609,7	614,6	615,7	626,1	647,7	643,5	622,2
Abruzzo	155,1	154,9	165,0	162,0	156,3	153,9	158,3	164,3	186,8	153,2
Molise	48,4	47,2	46,6	47,2	47,1	46,9	46,6	48,9	46,5	44,3
Campania	642,7	648,6	649,7	654,9	651,1	650,2	675,6	712,3	693,6	660,2
Puglia	523,6	517,9	522,9	522,3	521,2	523,5	529,0	568,3	527,4	509,3
Basilicata	80,1	79,8	79,5	76,4	79,3	79,4	81,3	84,3	82,7	78,1
Calabria	251,6	250,9	253,7	249,8	248,7	248,3	250,3	259,3	245,3	249,6
Sicilia	598,6	596,3	596,5	598,3	597,1	593,5	625,2	653,1	617,0	585,2
Sardegna	203,7	201,9	197,0	194,0	193,7	187,4	194,2	197,8	186,7	179,5
ITALIA	6.611,1	6.605,9	6.638,8	6.619,9	6.647,7	6.584,4	6.899,8	7.109,7	6.932,1	6.725,9
Variazione %		-0,1%	0,5%	-0,3%	0,4%	-1,0%	4,8%	3,0%	-2,5%	-3,0%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	3.323,3	3.324,3	3.335,6	3.317,2	3.338,2	3.295,9	3.512,9	3.557,0	3.491,7	3.433,5
Variazione %		0,0%	0,3%	-0,6%	0,6%	-1,3%	6,6%	1,3%	-1,8%	-1,7%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	2.826,6	2.823,3	2.844,0	2.844,3	2.836,1	2.832,0	2.911,1	3.053,9	2.960,1	2.824,0
Variazione %		-0,1%	0,7%	0,0%	-0,3%	-0,1%	2,8%	4,9%	-3,1%	-4,6%
Autonomie speciali ^(c)	461,2	458,3	458,8	458,5	473,4	456,5	475,8	498,9	480,2	468,4
Variazione %		-0,6%	0,1%	-0,1%	3,3%	-3,6%	4,2%	4,9%	-3,7%	-2,5%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Nell'orizzonte temporale considerato, l'aggregato ha presentato una dinamica sostanzialmente stabile anche per via degli effetti connessi con il blocco del rinnovo delle convenzioni per gli aumenti retributivi per il periodo 2010-2015 e del divieto di

corresponsione di maggiori emolumenti agli operatori sanitari che garantiscono l'assistenza medico-generica.

Di contro, nel 2018, a seguito del perfezionamento della convenzione per la tornata 2016-2018 relativamente alle annualità 2016 e 2017, sono considerati a regime i relativi oneri contabilizzandoli tra i costi correnti²⁴⁶.

Nel 2019, non essendo stata portata a regime la convenzione 2016-2018 e non essendo stata perfezionata la convenzione per il triennio 2019-2021, il valore contabilizzato risente unicamente delle politiche in materia attuate dalle diverse regioni.

Tra il 2020 e il 2021 si sono registrati tassi positivi di variazione per via dei consistenti costi connessi con la gestione dell'emergenza epidemiologica²⁴⁷ nonché per la messa a regime dal 2020 degli oneri per il rinnovo delle convenzioni per il 2018 relativamente al triennio 2016-2018²⁴⁸.

Il 2022 e il 2023 sono contraddistinti da un calo della spesa derivante dal mancato rinnovo delle convenzioni per il triennio 2019-2021 e 2022-2024 nonché dal minore coinvolgimento di tale tipologia di assistenza sanitaria nelle forme organizzative implementate per il contrasto al Covid-19 che sono state gradualmente disattivate. Sono state segnalate criticità anche in merito al parziale *turn over* che sta interessando la categoria.

Nell'intero arco temporale considerato le regioni in piano di rientro hanno presentato una leggera riduzione media annua contrapponendosi alla crescita, benché minima, osservata nei due restanti raggruppamenti (Fig. 1.16).

La dinamica dei tassi di variazione annua per i tre *cluster* è stata analoga a quella riscontrabile in Italia. Fino al 2019 si sono alternate variazioni negative a quelle positive. Per i tre raggruppamenti di regioni il biennio successivo ha evidenziato una crescita²⁴⁹, mentre gli ultimi due anni sono stati contraddistinti da una flessione.

²⁴⁶ Differentemente dai criteri vigenti in CN, gli arretrati per il biennio 2016-2017 non rientrano nella definizione di costo corrente di CE adottata nel presente Capitolo. Tali oneri, unitamente alle poste per l'indennità di vacanza contrattuale 2010-2015, risultano, infatti, accantonati sui bilanci degli enti del SSN nei relativi anni di competenza. Si rileva che eccezionalmente taluni arretrati insistono sui costi correnti nelle regioni in cui non è stato effettuato l'ordinato accantonamento annuale auspicato dalla legge (ad esempio, il caso del Friuli-Venezia-Giulia per il 2018).

²⁴⁷ Nella fattispecie, il 2020 ha evidenziato un aumento assoluto di spesa superiore a quello osservato nel 2021, anche in relazione al coinvolgimento del personale convenzionato nelle attività delle USCA in relazione alle ondate pandemiche.

²⁴⁸ Nel 2020 sono stati riconosciuti anche gli arretrati per il 2018 e il 2019 della convenzione 2016-2018 a valere sugli accantonamenti operati annualmente dagli enti del SSN e, pertanto, non contabilizzati tra i costi correnti di CE, qui considerati essendo presenti in altra voce di bilancio.

²⁴⁹ Nel 2020 l'incremento maggiore si è manifestato nelle regioni non in piano di rientro (+6,6%), mentre il 2021 è stato l'anno in cui l'aumento più consistente è riscontrabile nei restanti due *cluster* (+4,9%).

Fig. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per gruppi di regioni – Anni 2015-2023 (variazioni percentuali)

Fig. 1.16.a: regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)

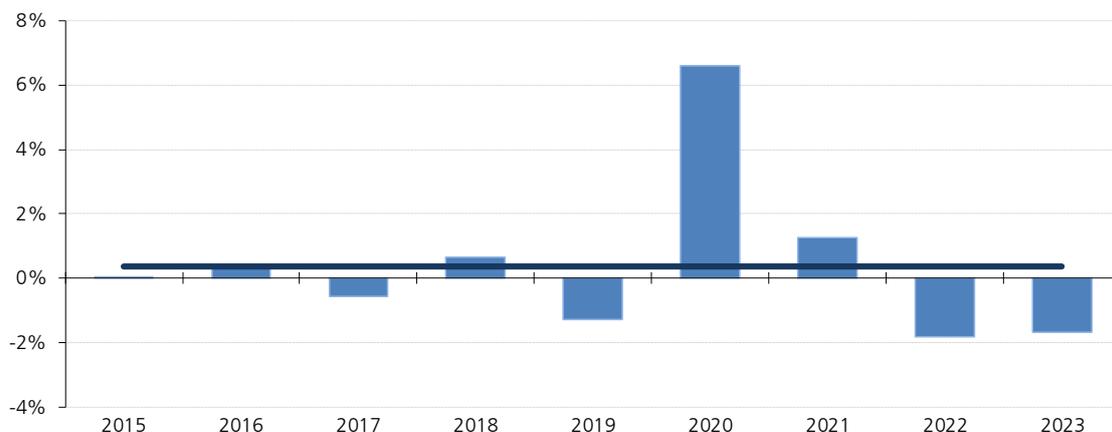


Fig. 1.16.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)

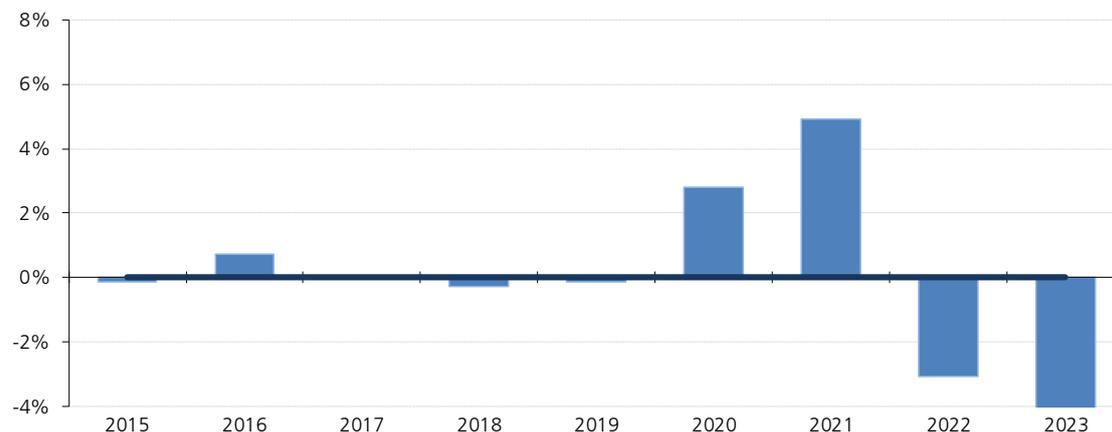
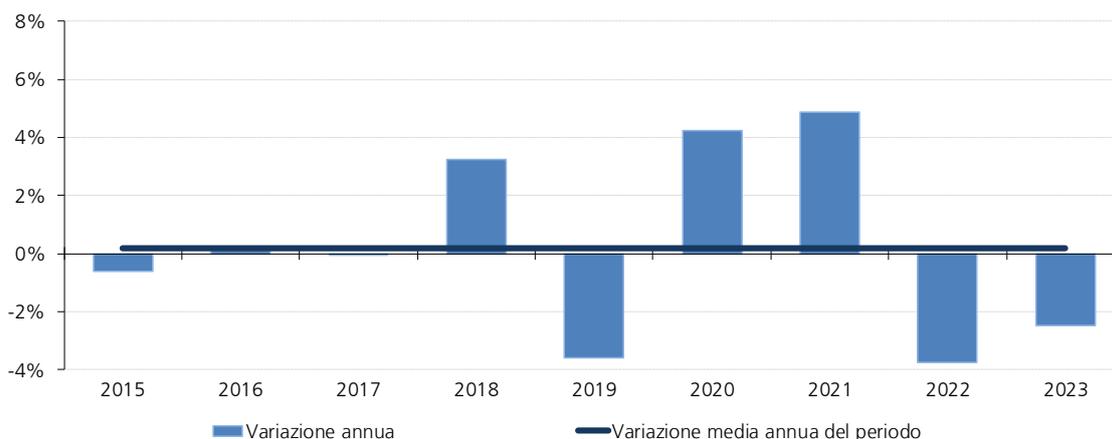


Fig. 1.16.c: autonomie speciali ^(c)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

A livello di singola regione, nel 2023 l'Abruzzo è stato interessato da una forte contrazione (-18%), mentre il Friuli-Venezia-Giulia ha manifestato l'aumento più consistente (+2,3%).

Il peso percentuale della spesa sanitaria per l'assistenza medico-generica da convenzione sulla corrispondente spesa complessiva è contrassegnato da una contrazione non strettamente monotona nell'intero orizzonte temporale in esame (Tab. 1.16). Tale andamento non è riscontrabile per le autonomie speciali visto che nel 2018 si è registrato un aumento.

Nel 2023, a livello di singola regione, il peso percentuale sulla spesa complessiva ha superato il 6,5% solo in Basilicata, mentre il valore più basso si è registrato in Lombardia (4,2%).

Tab. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generico da convenzione in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2014-2023

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	5,9%	5,9%	5,8%	5,8%	5,7%	5,5%	5,6%	5,6%	5,4%	5,0%
Valle d'Aosta	6,2%	6,1%	6,1%	6,1%	6,6%	5,8%	5,6%	5,2%	4,9%	4,5%
Lombardia	4,7%	4,6%	4,6%	4,4%	4,4%	4,3%	4,2%	4,2%	4,1%	4,2%
Provincia autonoma di Bolzano	4,9%	4,7%	4,7%	4,7%	5,0%	4,9%	4,7%	5,6%	5,0%	4,4%
Provincia autonoma di Trento	5,1%	5,4%	5,2%	4,9%	4,9%	4,7%	4,8%	4,5%	4,5%	4,3%
Veneto	6,2%	6,2%	6,1%	5,9%	5,9%	5,8%	5,6%	5,6%	5,4%	5,0%
Friuli Venezia Giulia	5,4%	5,4%	5,6%	5,5%	5,7%	5,2%	5,2%	5,2%	5,0%	4,9%
Liguria	5,0%	4,9%	4,9%	4,9%	5,0%	4,7%	5,2%	4,8%	4,3%	4,2%
Emilia Romagna	6,0%	6,0%	5,9%	5,8%	5,7%	5,5%	5,4%	5,3%	5,2%	5,0%
Toscana	5,7%	5,7%	5,7%	5,6%	5,7%	5,6%	5,7%	5,7%	5,3%	5,0%
Umbria	5,8%	5,7%	5,7%	5,6%	5,6%	5,4%	5,8%	5,5%	5,2%	5,0%
Marche	6,3%	6,3%	6,1%	5,4%	5,9%	5,9%	5,9%	5,7%	5,0%	5,0%
Lazio	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,5%	5,5%	5,4%	5,1%
Abruzzo	6,5%	6,6%	6,8%	6,6%	6,3%	6,2%	6,2%	6,3%	6,8%	5,5%
Molise	7,3%	7,4%	7,1%	7,3%	7,3%	6,3%	6,8%	6,8%	6,4%	6,1%
Campania	6,6%	6,6%	6,5%	6,4%	6,3%	6,3%	6,2%	6,3%	6,0%	5,6%
Puglia	7,4%	7,3%	7,2%	7,2%	7,1%	7,0%	6,9%	7,0%	6,3%	6,0%
Basilicata	7,8%	7,7%	7,7%	7,1%	7,5%	7,6%	7,4%	7,4%	7,1%	6,6%
Calabria	7,5%	7,5%	7,4%	7,3%	7,1%	7,0%	6,9%	7,2%	6,0%	6,4%
Sicilia	6,9%	6,9%	6,8%	6,6%	6,5%	6,5%	6,5%	6,6%	6,2%	5,7%
Sardegna	6,3%	6,2%	6,0%	6,0%	5,9%	5,7%	5,8%	5,5%	5,0%	4,7%
ITALIA	6,0%	5,9%	5,9%	5,8%	5,7%	5,6%	5,6%	5,6%	5,3%	5,1%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	5,5%	5,5%	5,5%	5,3%	5,3%	5,2%	5,2%	5,1%	4,9%	4,7%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	6,6%	6,6%	6,6%	6,5%	6,4%	6,3%	6,3%	6,3%	6,0%	5,6%
Autonomie speciali ^(c)	5,7%	5,6%	5,6%	5,5%	5,6%	5,3%	5,3%	5,3%	4,9%	4,6%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Altre prestazioni sociali in natura da privato. La spesa è aumentata dal 2014 al 2023 da 22.916,9 a 26.929,7 milioni di euro. La corrispondente crescita media annua è stata dell'1,8% (Tab. 1.17).

Tale valore, se confrontato con la dinamica della spesa rinvenibile prima del 2012²⁵⁰, risulta essere in sensibile rallentamento in ragione dei provvedimenti di *governance* del settore introdotti nel tempo. Ha, ad esempio, contribuito a una più contenuta dinamica dell'aggregato il rafforzamento dell'attività di programmazione regionale in relazione alla definizione dei fabbisogni di prestazioni da erogarsi attraverso operatori privati accreditati, con la fissazione di tetti di spesa e l'assegnazione di *budget*. Inoltre, con diversa velocità, sono stati avviati processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria regionale, specie quella territoriale, peraltro incentivata a partire dal 2020 con i provvedimenti per fronteggiare lo stato emergenziale da Covid-19 e successivamente anche dal PNRR.

²⁵⁰ Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2020).

La dinamica di costante crescita osservata fino al 2019 viene interrotta nel 2020, anno in cui è rilevabile una diminuzione del 4%, legata ai provvedimenti di sospensione delle attività non urgenti durante le diverse ondate pandemiche. Si ricorda tuttavia che sono state previste misure di ristoro dei costi fissi sostenuti nei periodi di sospensione, oltre che specifiche remunerazioni legate a prestazioni e tariffe per il Covid-19, ove assicurate dalle strutture private accreditate nell'ambito dell'organizzazione regionale dell'emergenza epidemiologica.

Nel 2021 l'allentamento di alcune misure restrittive, anche in relazione alla progressiva attuazione della campagna vaccinale, oltre che alcuni interventi normativi, tra cui quelli volti al recupero delle liste d'attesa, hanno determinato una ripresa delle attività assistenziali degli erogatori privati accreditati evidenziando un aumento della spesa del 7,2%.

Anche nel 2022 e nel 2023 è rinvenibile un incremento, pure in ragione della prosecuzione delle azioni per il recupero delle liste d'attesa nonché del contributo per calmierare l'aumento dei prezzi delle fonti energetiche.

Tab. 1.17: spesa di CE per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2014-2023 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	1.499,9	1.500,3	1.489,3	1.517,3	1.601,3	1.629,9	1.553,6	1.645,9	1.665,1	1.734,1
Valle d'Aosta	22,7	21,8	21,4	20,8	23,1	23,1	20,8	22,4	23,6	25,1
Lombardia	5.347,1	5.407,5	5.518,6	5.661,2	5.680,0	5.749,2	5.178,2	5.775,4	6.018,3	6.126,5
Provincia autonoma di Bolzano	134,8	134,4	146,8	161,1	138,0	113,7	127,7	133,3	140,4	152,1
Provincia autonoma di Trento	160,2	155,7	145,7	155,6	159,4	165,0	160,4	163,8	172,5	186,9
Veneto	1.705,8	1.738,2	1.732,5	1.745,3	1.686,8	1.750,7	1.743,6	1.862,2	1.954,6	1.890,5
Friuli Venezia Giulia	296,3	232,1	240,6	245,9	264,8	275,5	269,6	286,3	306,2	317,9
Liguria	391,3	394,6	395,7	399,4	421,8	432,6	410,3	426,2	423,1	444,7
Emilia Romagna	1.385,8	1.432,9	1.412,5	1.416,0	1.502,5	1.514,2	1.481,8	1.586,3	1.578,0	1.726,7
Toscana	836,4	822,8	843,5	888,8	922,3	943,5	919,6	930,1	952,4	979,9
Umbria	191,2	198,3	201,5	209,5	216,4	219,7	221,3	211,7	217,5	226,7
Marche	359,5	354,6	371,8	391,1	418,0	431,2	430,6	451,9	447,6	447,4
Lazio	2.861,2	2.986,8	2.995,9	3.113,4	3.078,8	3.258,7	3.321,3	3.530,8	3.487,8	3.557,8
Abruzzo	372,9	376,4	370,4	416,9	401,9	424,3	384,7	400,5	410,8	427,3
Molise	174,7	168,0	175,6	177,3	179,7	202,4	180,7	206,9	195,9	207,4
Campania	2.370,0	2.341,1	2.376,1	2.490,8	2.625,0	2.653,9	2.557,8	2.707,6	2.737,2	2.729,1
Puglia	1.629,2	1.679,6	1.671,4	1.686,0	1.687,4	1.733,6	1.661,4	1.731,0	1.761,1	1.869,5
Basilicata	169,2	165,0	155,4	160,9	160,7	161,8	171,9	174,9	175,5	182,5
Calabria	618,1	610,5	641,8	631,6	652,6	662,5	639,6	651,5	812,7	738,2
Sicilia	1.918,4	1.953,2	1.974,6	2.051,4	2.203,2	2.208,6	2.153,4	2.372,1	2.428,7	2.457,2
Sardegna	471,9	470,6	471,2	451,1	447,2	453,5	423,6	481,0	476,1	502,5
ITALIA	22.916,9	23.144,5	23.352,5	23.991,4	24.470,9	25.007,8	24.011,9	25.751,7	26.385,0	26.929,7
Variazione %		1,0%	0,9%	2,7%	2,0%	2,2%	-4,0%	7,2%	2,5%	2,1%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	11.886,3	12.014,3	12.120,9	12.389,4	12.610,0	12.832,8	12.111,0	13.064,6	13.432,1	13.758,9
Variazione %		1,1%	0,9%	2,2%	1,8%	1,8%	-5,6%	7,9%	2,8%	2,4%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	9.944,6	10.115,6	10.205,9	10.567,5	10.828,5	11.144,1	10.898,8	11.600,3	11.834,1	11.986,4
Variazione %		1,7%	0,9%	3,5%	2,5%	2,9%	-2,2%	6,4%	2,0%	1,3%
Autonomie speciali ^(c)	1.086,0	1.014,6	1.025,7	1.034,5	1.032,5	1.030,8	1.002,1	1.086,7	1.118,8	1.184,4
Variazione %		-6,6%	1,1%	0,9%	-0,2%	-0,2%	-2,8%	8,4%	3,0%	5,9%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Nel decennio considerato la crescita media annua delle regioni in piano di rientro (+2,1%) è superiore rispetto a quella dei due restanti cluster (Fig. 1.17).

Fig. 1.17: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per gruppi di regioni – Anni 2015-2023 (variazioni percentuali)

Fig. 1.17.a: regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)

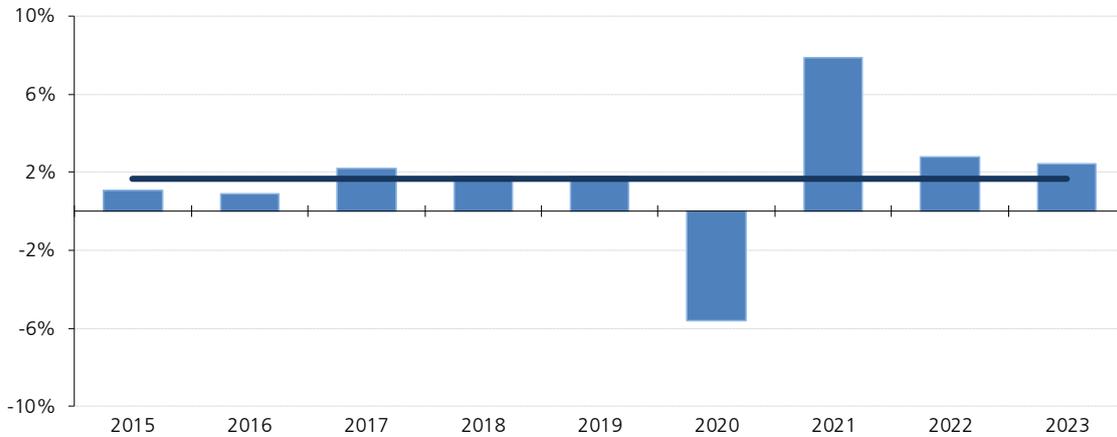


Fig. 1.17.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)

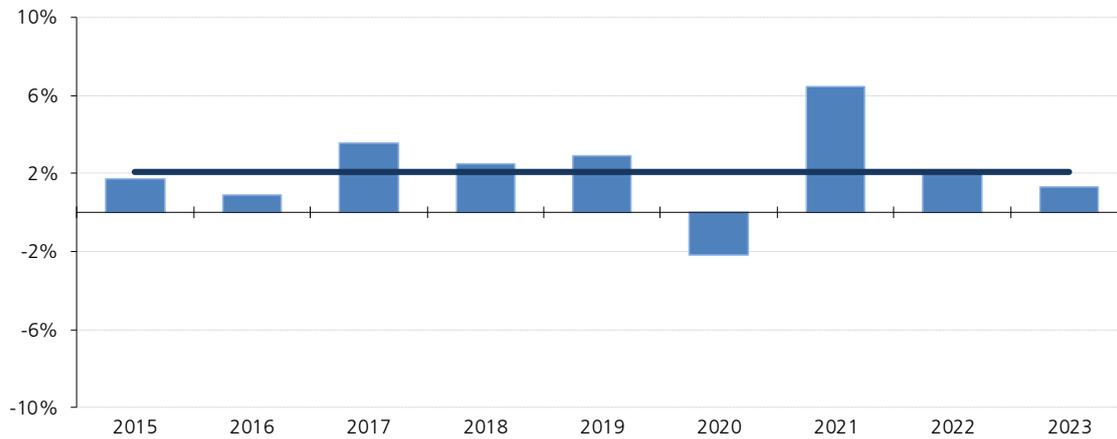
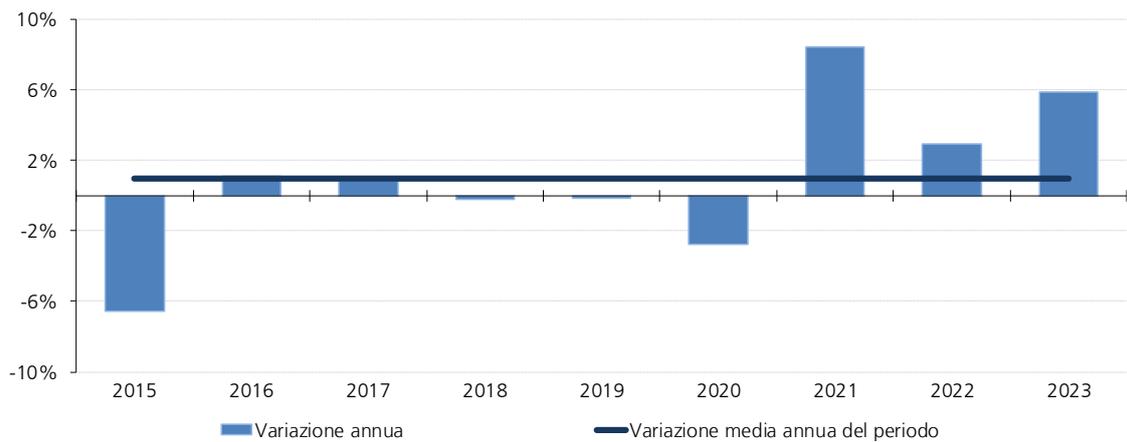


Fig. 1.17.c: autonomie speciali ^(c)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Le regioni sottoposte e non sottoposte ai piani di rientro hanno presentato una dinamica dei tassi di variazione annua assimilabile a quella nazionale visto che si sono osservati tassi di variazione positivi, al netto del 2020. Per le autonomie speciali la situazione è più diversificata data l'alternanza di tassi positivi e negativi nelle diverse annualità.

A livello di singola regione, nel 2023 l'Emilia-Romagna è stata contraddistinta dal tasso di crescita maggiore (+9,4%), mentre la Calabria da quello inferiore (-9,2%).

Il peso della spesa sanitaria per le altre prestazioni sociali in natura da privato sulla corrispondente spesa complessiva ha mostrato una tendenziale crescita non monotona fino al 2019 per poi avere un calo l'anno successivo e superare il 20% nel triennio seguente (Tab. 1.18). Tale dinamica non è rinvenibile per le autonomie speciali per le quali sono osservabili quozienti in sostanziale diminuzione fino al 2020.

Nell'ultima annualità si è notata una rilevante diversificazione territoriale. Agli oltre 29 punti percentuali del Lazio si è contrapposta un'incidenza non superiore all'8% per la Valle d'Aosta. Si ricordano ancora una volta i modelli organizzativi regionali dell'assistenza sanitaria che possono ricorrere più o meno al privato accreditato.

Tab. 1.18: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2014-2023

Regioni	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	18,3%	18,5%	18,1%	18,3%	19,1%	19,1%	17,4%	17,8%	17,8%	17,9%
Valle d'Aosta	8,8%	8,3%	8,4%	8,2%	9,0%	8,8%	7,2%	7,4%	7,6%	7,7%
Lombardia	28,5%	28,7%	29,1%	29,1%	28,6%	28,7%	24,5%	26,8%	27,3%	27,2%
Provincia autonoma di Bolzano	11,9%	11,5%	12,4%	13,0%	10,9%	8,9%	9,0%	9,0%	9,4%	9,9%
Provincia autonoma di Trento	13,9%	13,8%	12,7%	13,0%	13,3%	13,6%	12,4%	12,5%	12,5%	12,8%
Veneto	19,5%	19,7%	19,3%	18,9%	18,1%	18,5%	17,0%	17,5%	18,0%	16,7%
Friuli Venezia Giulia	12,5%	10,0%	10,2%	10,1%	10,6%	10,7%	10,3%	10,5%	10,8%	10,8%
Liguria	12,4%	12,4%	12,4%	12,4%	13,1%	13,3%	12,3%	12,2%	11,7%	12,1%
Emilia Romagna	16,0%	16,4%	16,0%	15,7%	16,4%	16,4%	14,7%	15,8%	15,1%	16,2%
Toscana	11,8%	11,4%	11,6%	11,9%	12,5%	12,6%	11,4%	11,3%	11,3%	11,5%
Umbria	11,7%	12,0%	12,0%	12,2%	12,4%	12,8%	12,2%	11,2%	11,1%	11,6%
Marche	13,1%	12,9%	13,3%	13,8%	14,6%	14,9%	14,3%	14,4%	13,9%	13,7%
Lazio	26,8%	27,9%	28,0%	29,1%	28,7%	30,2%	28,9%	30,1%	29,1%	29,3%
Abruzzo	15,7%	16,0%	15,4%	16,9%	16,3%	17,1%	15,0%	15,3%	15,0%	15,3%
Molise	26,4%	26,2%	26,6%	27,3%	27,8%	27,3%	26,2%	28,8%	27,1%	28,7%
Campania	24,2%	23,7%	23,7%	24,5%	25,5%	25,5%	23,4%	23,9%	23,8%	23,3%
Puglia	23,1%	23,7%	23,1%	23,2%	22,9%	23,2%	21,6%	21,3%	21,0%	22,0%
Basilicata	16,4%	16,0%	15,0%	15,0%	15,2%	15,4%	15,7%	15,4%	15,0%	15,5%
Calabria	18,3%	18,2%	18,7%	18,5%	18,6%	18,7%	17,6%	18,1%	19,9%	18,9%
Sicilia	22,2%	22,6%	22,4%	22,7%	23,9%	24,0%	22,5%	23,8%	24,3%	23,9%
Sardegna	14,6%	14,5%	14,3%	14,0%	13,7%	13,7%	12,6%	13,5%	12,7%	13,2%
ITALIA	20,7%	20,8%	20,8%	21,0%	21,1%	21,4%	19,5%	20,3%	20,2%	20,3%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	19,8%	19,9%	19,9%	19,9%	20,0%	20,1%	17,9%	18,8%	18,9%	18,9%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	23,4%	23,7%	23,6%	24,2%	24,5%	25,0%	23,4%	24,1%	24,0%	23,9%
Autonomie speciali ^(c)	13,3%	12,5%	12,4%	12,4%	12,2%	12,0%	11,1%	11,6%	11,5%	11,7%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali.

^(a) Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata.

^(b) Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Puglia (in quest'ultima è applicato un piano di rientro "leggero").

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna e le province autonome di Trento e Bolzano in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Box 1.1 – Livelli essenziali di assistenza

In ambito sanitario, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono stati introdotti con l'articolo 1 del decreto legislativo n. 229/1999²⁵¹. I LEA sono identificabili come l'insieme di prestazioni garantite dal SSN a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa da parte degli assistiti. Nello specifico, tali prestazioni, definite dal Piano Sanitario Nazionale (PSN), devono soddisfare evidenze scientifiche implicanti un significativo beneficio per la salute, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e di specifiche condizioni di efficienza e appropriatezza nonché garantendo la progressiva riduzione di eventuali diseguaglianze territoriali²⁵².

In attuazione dell'articolo 6, comma 1, secondo periodo, del decreto-legge n. 347/2001, i LEA sono stati definiti, per la prima volta, con il dPCM del 29 novembre 2001, categorizzandoli in tre macroaree: a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro²⁵³; b) assistenza distrettuale²⁵⁴; c) assistenza ospedaliera²⁵⁵. Di contro, con l'Allegato 2 al citato dPCM sono state stabilite anche le prestazioni escluse, totalmente o parzialmente, dai LEA.

In seguito, il Decreto del Ministero della salute del 12 dicembre 2001²⁵⁶ ha individuato specifici indicatori²⁵⁷ (c.d. Sistema di garanzia), da calcolare sulla scorta dei dati presenti nel Sistema Informativo Sanitario (SIS), per valutare l'uniforme erogazione dell'assistenza sanitaria preordinata nei LEA. Tale monitoraggio, di cui è data pubblica diffusione²⁵⁸, è affidato al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (c.d. Comitato LEA), istituito ai sensi dell'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005²⁵⁹. Ai fini della valutazione dei LEA e del relativo adempimento nell'ambito del sistema premiale del SSN dal 2006 è stato adottato un set di indicatori, denominato Griglia LEA, categorizzati tra l'assistenza territoriale, l'assistenza ospedaliera e l'attività di assistenza negli ambienti di vita e lavoro che restituiva un valore complessivo, detto "punteggio LEA".

²⁵¹ Tale dispositivo ha modificato l'articolo 1 del decreto legislativo n. 502/1992. In precedenza, l'articolo 4, comma 1, lettera a), della legge n. 412/1991 definiva i "livelli di assistenza sanitaria". In via più generale, il concetto di "livelli di assistenza" è stato contemplato anche dall'articolo 117, lettera m), della Costituzione, innovata per il tramite della legge costituzionale 3/2001 modificativa del Titolo V.

²⁵² Articolo 1, lettera e), della legge n. 33/2023.

²⁵³ Ricadono in tale aggregato la profilassi, le vaccinazioni, la veterinaria, l'attività medico-legale, ecc. L'Allegato 1 al dPCM riporta l'elenco delle prestazioni afferenti in ogni gruppo.

²⁵⁴ Ricadono in tale aggregato la farmaceutica convenzionata territoriale, l'assistenza sanitaria di base, integrativa, specialistica ambulatoriale, protesica, domiciliare, residenziale, semiresidenziale e termale. L'Allegato 1 al dPCM riporta l'elenco delle prestazioni afferenti in ogni gruppo.

²⁵⁵ Ricadono in tale aggregato il pronto soccorso, la degenza ordinaria, il *day hospital*, il *day surgery*, interventi ospedalieri a domicilio, riabilitazione, lungodegenza, ecc. L'Allegato 1 al dPCM riporta l'elenco delle prestazioni afferenti in ogni gruppo. Un'indicazione circa le prestazioni ricadenti in alcune forme assistenziali può rinvenirsi nel Decreto del Ministero della sanità del 15 aprile 1994.

²⁵⁶ Rubricato "*Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*". In merito, si veda l'articolo 10 del decreto legislativo n. 502/1992, l'articolo 28, comma 10, della legge n. 448/1998 e l'articolo 9 del decreto legislativo n. 56/2000.

²⁵⁷ Gli Allegati 1, 2, 3 e 4 del Decreto del Ministero della salute del 12 dicembre 2001 riportano l'elenco completo.

²⁵⁸ Articolo 8 del Decreto del Ministero della salute del 12 dicembre 2001.

²⁵⁹ C.d. Patto per la salute 2005-2007.

Il 12 gennaio 2017, in attuazione dell'articolo 1, comma 553, della legge n. 208/2015, è stato emanato il dPCM inerente la "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo n. 502/1992". Tale dispositivo, abrogando il precedente dPCM del 2001²⁶⁰, è stato dotato dalla legge nazionale di una provvista di 800 milioni di euro per l'espletamento delle connesse attività²⁶¹.

Il DPCM del 2017, nel mantenere vigenti le macroaree della "Assistenza distrettuale" e della "Assistenza ospedaliera", introduce la macroarea "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" in sostituzione della precedente "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro".

L'Assistenza distrettuale viene articolata²⁶² in assistenza sanitaria di base²⁶³, emergenza sanitaria territoriale²⁶⁴, assistenza farmaceutica²⁶⁵, assistenza integrativa²⁶⁶, assistenza specialistica ambulatoriale²⁶⁷, assistenza protesica²⁶⁸, assistenza termale²⁶⁹, assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale²⁷⁰ nonché assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale²⁷¹.

L'Assistenza ospedaliera viene articolata²⁷² in pronto soccorso, ricovero ordinario per acuti, day surgery, day hospital, riabilitazione e lungodegenza post acuzie, attività trasfusionali, attività di trapianto di cellule, organi e tessuti e centri antiveleni. Per alcune di tali attività sanitarie vengono forniti anche

²⁶⁰ Articolo 64, comma 5, del dPCM 12 gennaio 2017. Si precisa che il medesimo articolo 64, commi 2 e 3, dispone che i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica entrano in vigore simultaneamente alle relative tariffe. Il Decreto ministeriale 23 giugno 2023 ha approvato queste ultime posticipandone la decorrenza dal 1° gennaio 2024, inizialmente al 1° aprile 2024 e successivamente al 1° gennaio 2025.

²⁶¹ Articolo 1, comma 555, della legge n. 208/2015. Le Regioni possono decidere di garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA (cd. extraLEA) alla cui copertura finanziaria devono far fronte con risorse proprie aggiuntive rispetto al finanziamento del SSN da stanziarsi in corrispondenza della decisione di erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA.

²⁶² Articolo 3 del dPCM 12 gennaio 2017. Ulteriori indicazioni circa le prestazioni ricadenti in alcune forme assistenziali possono rinvenirsi nel Decreto del Ministero della sanità del 15 aprile 1994.

²⁶³ Le specifiche prestazioni, rinvenibili nell'articolo 4 del dPCM 12 gennaio 2017, sono garantite dai medici e dai pediatri convenzionati. Ricadono in tale ambito anche la continuità assistenziale, per assicurare l'erogazione nelle ore serali e notturne e nei giorni prefestivi e festivi delle prestazioni assistenziali non differibili (articolo 5) nonché l'assistenza ai turisti (articolo 6).

²⁶⁴ Le prestazioni riguardano il trasporto in condizioni di sicurezza al presidio ospedaliero più appropriato mediante un intervento integrato tra il pronto soccorso, i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA), l'assistenza sanitaria di base e la continuità assistenziale coordinato dalle Centrali operative del 118 (articolo 7).

²⁶⁵ Può erogarsi attraverso le farmacie convenzionate (articolo 8 del dPCM del 2017) o i servizi territoriali e ospedalieri (articolo 9 del dPCM del 2017).

²⁶⁶ Concerne l'erogazione dei dispositivi medici monouso (articoli 11 e 12 del dPCM del 2017), dei presidi per diabetici o per malattie rare (articolo 13 del dPCM del 2017) e dei prodotti destinati a un'alimentazione particolare (articolo 14 del dPCM del 2017).

²⁶⁷ Articoli 15 e 16 del dPCM del 2017.

²⁶⁸ Articoli 17, 18 e 19 del dPCM del 2017.

²⁶⁹ Articolo 20 del dPCM del 2017.

²⁷⁰ Articoli 21 (Percorsi assistenziali integrati), 22 (Cure domiciliari), 23 (Cure palliative domiciliari), ecc. del dPCM del 2017.

²⁷¹ Articoli 30 (Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti), ecc. del dPCM del 2017.

²⁷² Articolo 36 e seguenti del dPCM del 2017.

specifici criteri di appropriatezza²⁷³. In aggiunta, vengono individuate le tutele sanitarie destinate a particolari categorie di soggetti²⁷⁴.

Per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica l'Allegato 1, a cui rinvia l'articolo 2, enumera le specifiche prestazioni da considerare (quali quelle veterinarie e altre.).

A seguito dell'aggiornamento dei LEA, contenuto nel dPCM 12 gennaio 2017, nonché della maggiore disponibilità di dati, che ha permesso in precedenza anche l'attivazione del Nuovo SIS (NSIS), è nata l'esigenza di adeguare anche il sistema di garanzia.

Successivamente, il Decreto del Ministero della salute del 12 marzo 2019, abrogando il Decreto del Ministero della salute del 12 dicembre 2001²⁷⁵, ha istituito il "Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", in attuazione dell'articolo 10 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009²⁷⁶ e dell'articolo 1, comma 8, dell'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014²⁷⁷. Dal 2020 la valutazione degli indicatori "core" del NSG, sostituendo la Griglia LEA, è divenuta parte integrante della verifica degli adempimenti effettuata dal Comitato LEA²⁷⁸ ai fini dell'accesso della c.d. quota premiale del finanziamento del SSN²⁷⁹.

L'articolo 1, comma 288, della legge n. 234/2021 a decorrere dal 2022 ha destinato uno stanziamento annuale pari a 200 milioni di euro per l'aggiornamento dei LEA, mentre l'articolo 1, comma 235, della legge n. 213/2023 ha vincolato, per la medesima finalità, 50 milioni di euro per l'anno 2024 e 200 milioni di euro annui a decorrere dal 2025.

²⁷³ Articoli 39, 41, 43, 45 del dPCM del 2017.

²⁷⁴ Articoli 51 (Assistenza agli invalidi), 52 (Persone con malattie rare), 53 (Persone con malattie croniche e invalidanti), ecc. del dPCM del 2017.

²⁷⁵ Articolo 6, comma 2, del decreto del Ministero della salute del 12 marzo 2019

²⁷⁶ C.d. Patto per la salute 2010-2012.

²⁷⁷ C.d. Patto per la salute 2014-2016. Si veda l'articolo 9 del decreto legislativo n. 56/2000.

²⁷⁸ Articolo 4, comma 9-ter, del decreto-legge n. 198/2022.

²⁷⁹ Articolo 2, comma 6 del decreto del Ministero della salute del 12 marzo 2019.

CAPITOLO 2 - Verifiche dei Tavoli tecnici sui conti dell'anno 2023

2.1 - Verifica dell'equilibrio annuale – Metodologia anno 2023

La procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali è disposta ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) (cfr. Sez. II), come modificato dall'articolo 11, lettera *a*), comma 4-*ter*, del decreto-legge n. 35 del 2019.

Si ricorda che il modello di rilevazione CE è stato adottato, da ultimo, con decreto ministeriale del 24 maggio 2019 ed è utilizzato per le rilevazioni contabili a partire dall'esercizio 2019.

Per l'anno 2023, si fa, invece, riferimento al livello di finanziamento di cui all'articolo 1, commi 258, 259, 260 e 292 della legge n. 234 del 2021, all'articolo 7-*bis*, comma 1, del decreto-legge n. 162 del 2022, all'articolo 1, commi 535 e 588, della legge n. 197 del 2022 e all'articolo 11, comma 4, del decreto-legge n. 34 del 2023.

Si ricorda che sono presenti talune iscrizioni riferite a risorse PNRR di natura corrente dedicate a specifici progetti in materia sanitaria, il cui trattamento contabile è coerente con le disposizioni del Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011.

Si ricorda inoltre che la legge n. 197 del 2022 all'articolo 1, comma 822, aveva previsto che - in sede di approvazione del rendiconto 2022 da parte dell'organo esecutivo - gli enti di cui all'articolo 2 del decreto legislativo n. 118 del 2011, erano autorizzati, previa comunicazione all'amministrazione statale o regionale che ha erogato le somme, allo svincolo delle quote di avanzo vincolato di amministrazione che ciascun ente individua, riferite a interventi conclusi o già finanziati negli anni precedenti con risorse proprie, non gravate da obbligazioni sottostanti già contratte e con esclusione delle somme relative alle funzioni fondamentali e ai livelli essenziali delle prestazioni. Tali risorse potevano essere destinate, tra l'altro, per la copertura del disavanzo della gestione 2022 degli enti del SSN.

L'articolo 3, comma 12-*quinqües*, del decreto-legge n. 215 del 2023 ha integrato la citata Legge n. 197 del 2022 inserendo il comma 822-*bis* disponendo che anche "*In sede di approvazione del rendiconto 2023 lo svincolo delle quote di avanzo vincolato di amministrazione di cui al comma 822 è autorizzato limitatamente alle risorse di parte corrente per la copertura del disavanzo della gestione 2023 delle aziende del servizio sanitario regionale*".

Si ricorda infine che sulla base di quanto previsto all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009, è definito quale *standard* dimensionale del disavanzo sanitario strutturale rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, il livello del 5%, ancorché coperto dalla regione, ovvero il livello inferiore al 5% qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo. Nel caso di raggiungimento o superamento di detto *standard* dimensionale, la regione interessata è tenuta a presentare un Piano di rientro di durata non superiore al triennio, elaborato con l'ausilio dell'AIFA e dell'AGENAS

ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge n. 311 del 2004 che contenga sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei LEA, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel Piano stesso.

Si riporta di seguito la metodologia di verifica seguita dal Tavolo di verifica degli adempimenti, valida parimenti per le Regioni in Piano di rientro, nei termini riportati nei verbali delle riunioni del 13, 15, 19, 21 e 26 marzo, 15 e 19 aprile 2024, 7 maggio, 4 e 10 giugno 2024.

"Il Tavolo ricorda che a partire dall'esercizio 2012 opera per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) quanto disposto dal Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011 s.m. e, pertanto, la verifica delle riunioni tiene conto di quanto espressamente previsto dal suddetto decreto legislativo.

Il Tavolo valuta le Regioni in coerenza con quanto disposto dall'articolo 34, comma 4, del decreto-legge n. 50/2017, di seguito riportato:

4. All'articolo 77-quater, comma 4, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, sono aggiunti, infine, i seguenti periodi:

"A decorrere dall'anno 2017:

a) fermo restando il livello complessivo del finanziamento erogabile alle regioni in corso d'anno, ai sensi dell'articolo 2, comma 68, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nelle more dell'adozione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che assegna alle regioni le rispettive quote di compartecipazione all'IVA, in attuazione del citato decreto legislativo n. 56 del 2000, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato ad erogare quote di compartecipazione all'IVA facendo riferimento ai valori indicati nel riparto del fabbisogno sanitario nazionale e nella contestuale individuazione delle relative quote di finanziamento, come risultanti dall'intesa raggiunta in Conferenza Stato-Regioni, ovvero dai decreti interministeriali di cui all'articolo 27, comma 1-bis, del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68;

b) il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di assegnazione alle regioni delle rispettive quote di compartecipazione all'IVA per l'anno di riferimento non può fissare, per ciascuna regione, una quota di compartecipazione inferiore a quella stabilita in sede di riparto del fabbisogno sanitario nazionale e nell'individuazione delle relative quote di finanziamento di cui al richiamato articolo 27, comma 1-bis del decreto legislativo n. 68 del 2011;

c) il Ministero dell'economia e delle finanze, in funzione dell'attuazione della lettera a) del presente comma, è autorizzato, in sede di conguaglio, ad operare eventuali necessari recuperi, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti per gli esercizi successivi.

Il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato ad applicare le disposizioni di cui al terzo periodo del presente comma anche con riferimento agli esercizi 2016 e precedenti. "

Si ricorda che, sulla base di quanto previsto dall'articolo 15, comma 24, del decreto-legge n. 95/2012, "Si applicano, a decorrere dall'esercizio 2013, le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 68, della legge 23 dicembre 2009, n. 191."

Il Tavolo, al fine di effettuare la verifica, ha chiesto alle singole regioni la produzione della seguente documentazione:

A) il Tavolo ha proceduto alla verifica del IV trimestre 2023, con particolare evidenza di

quanto sotto dettagliato.

Con riferimento alle voci contabili di Ricavo riportate nel modello CE IV trimestre 2023 riepilogativo regionale '999':

- AA0030 - "Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota Fondo sanitario regionale indistinto"

i. AA0031 - "Finanziamento indistinto": tale voce deve accogliere i finanziamenti di cui alla Intesa Stato-Regioni del 9 novembre 2023 (Rep. Atti n. 262/CSR (al netto di quanto contabilizzato nelle voci AA0032 e AA0033);

ii. AA0032 - "Finanziamento indistinto finalizzato da Regione": tale voce deve accogliere:

- Quota spesa personale piano territoriale e ospedaliero (articoli 1 e 2 del decreto-legge n 34/2020).
- Ripartizione della quota per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica (legge n. 362/1999).
- Fondo per abolizione quota ricetta (legge n. 160/2019, articolo 1, commi 446-447).
- Contributo per i maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi dell'energia (articolo 1, comma 535, legge n. 197/2022).
- Quota che può essere destinata al recupero delle liste d'attesa nell'anno 2023 (decreto-legge 198/2022, articolo 4, comma 9-octies).
- Quota per il Gioco d'azzardo (articolo 1, comma 133, legge n. 190/2014).
- Quota proveniente dall'INAIL per finalizzazioni di cui all'articolo 1, commi 526 - 528, legge n. 145/2018.
- Quota per incremento dei Fondi contrattuali per il trattamento economico accessorio della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria di cui all'articolo 1, commi 435 e 435 bis, della legge n. 205/2017.
- Riparto quota per concorso a rimborso della spesa per acquisto di vaccini inclusi nel NPNV (articolo 1, comma 408, legge n. 232/2016).
- Riparto quota per concorso a rimborso di oneri per processi di assunzione e stabilizzazione del personale del SSN (articolo 1, comma 409, legge n. 232/2016).
- Quota per screening neonatale (articolo 6 della legge n. 167/2016).
- Quota per Aggiornamento LEA (articolo 1, comma 288, della legge n. 234/2021).
- Quota per implementazione prime misure del PanFlu 2021-2023 (articolo 1, comma 261, della legge n. 234/2021).
- Fondo per prestazioni di alta specialità degli IRCCS per pazienti extraregionali determinato in coerenza con quanto previsto dall'articolo 11 del decreto legislativo n. 200/2022.

nonché le quote finalizzate già ripartite separatamente, di seguito elencate:

- Quota indistinta per incremento tariffa oraria prestazioni aggiuntive per personale medico – decreto-legge n. 34/2023 (articolo 11, comma 1).
- Finanziamento per incremento tariffa oraria prestazioni aggiuntive per personale infermieristico (tutte) – decreto-legge n. 34/2023 (articolo 11, comma 1).
- Quota per esenzione prestazioni monitor. pazienti ex Covid-19 – decreto-legge n. 73/2021 (articolo 27).

La voce accoglie altresì le risorse finalizzate dalla Regione a specifiche linee di attività.

Con specifico riferimento alla finalizzazione di una quota, pari allo 0,3% del fondo indistinto, al recupero delle liste d'attesa nell'anno 2023 (decreto-legge n. 198/2022, articolo 4, comma 9-octies) vi è la facoltà, che la norma concede alle regioni ed alle province autonome, di riservare l'importo indicato per il perseguimento della descritta finalità. Ne consegue che qualora non sia esercitata tale facoltà, la quota indicata (o parte di essa) resterà nell'ambito delle risorse indistinte (contabilizzate alla voce AA0031).

È stato chiesto di trasmettere un prospetto riepilogativo delle risorse, per tipologia di finalizzazione, iscritte alla voce AA0032 con l'indicazione della quota iscritta a costo e quella eventualmente iscritta in accantonamento.

- iii. AA0033 - "Funzioni": tale voce deve accogliere le funzioni assegnate distinguendo le "Funzioni – Pronto soccorso" (voce AA0034) e le "Funzioni – Altro" (voce AA0035).

Il Tavolo ha ricordato di valorizzare le funzioni in coerenza con quanto previsto dall'articolo 8 sexies del decreto legislativo n. 502/1992. È stato chiesto di trasmettere i provvedimenti di definizione delle Funzioni e relativa metodologia utilizzata per la definizione delle stesse;

- AA0040 - "Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota Fondo sanitario regionale vincolato" ivi ricomprendendo le risorse relative all'Intesa Stato-Regioni (Rep. Atti n. 281/CSR) raggiunta nella seduta del 23 novembre 2023, con riferimento alla quota afferente al "bonus psicologo" di cui all'articolo 1, comma 538, della legge n. 197/2022.

Tale voce deve accogliere, inoltre, le Indennità di abbattimento animali erogate sulla base delle note del 15 dicembre 2023 predisposte dai competenti uffici del Ministro della salute. Con riferimento alle risorse per il bonus psicologo e per l'abbattimento animali (con riferimento ai contenuti delle citate note del 15 dicembre 2023) la riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita attraverso gli accertamenti e gli impegni da operarsi sul bilancio regionale dell'anno 2024, a valere sull'anno 2023.

I valori delle quote vincolate corrispondono a quanto indicato nelle proposte di riparto trasmesse in Conferenza Stato-Regioni e per le quali è stata sancita la relativa intesa, ad eccezione delle somme da riconoscere per l'esercizio 2023 all'acquisto di prestazioni sanitarie presso gli IRCCS da erogare a pazienti in mobilità attiva e della quota vincolata da riconoscere per l'esenzione delle percentuali di sconto per le farmacie con fatturato inferiore a euro 150.000 - articolo 1, commi 551 e 552, legge n. 145/2018. Con riferimento a queste ultime tipologie di contributo, basati su una stima basata sugli ultimi atti formali di ripartizione delle quote riferite all'anno 2022, nelle more della ripartizione formale delle risorse per l'esercizio finanziario 2023, a fronte della iscrizione nella voce del modello CE "AA0040 A.1.A.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato" occorre provvedere alla iscrizione di un corrispondente accantonamento nella voce "BA2780 - B.14.C.2) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato".

Le quote di competenza per l'anno 2023 assegnate come concorso alla spesa per i farmaci innovativi (non oncologici e oncologici) sono state determinate, in coerenza con quanto stabilito dal Decreto del Ministero della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 16 febbraio 2018, sulla base delle quote di accesso di cui al riparto generale 2022 corrette dei conguagli sulla "quota Stato" operati sulla base dei dati di spesa effettiva registrati nel 2022 forniti da AIFA.

È stato chiesto di trasmettere un prospetto riepilogativo delle risorse, per tipologia di

vincolata, iscritte alla voce AA0040 con l'indicazione della quota iscritta a costo e quella eventualmente iscritta in accantonamento.

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 20 del decreto legislativo n. 118/2011, per le voci AA0030 e AA0040, la riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali dovrà essere garantita per dette risorse, dalle regioni e province autonome, attraverso gli accertamenti e gli impegni operati sul bilancio regionale/provinciale dell'anno 2023 a valere sui finanziamenti dell'anno 2023.

Per quanto riguarda le proposte di riparto che si perfezioneranno nell'anno 2024 si è chiarito che la riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita attraverso gli accertamenti e gli impegni da operarsi sul bilancio regionale dell'anno 2024, a valere sull'anno 2023.

Tali importi sono da iscriversi nella voce del modello CE "AA0040 A.1.A.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato" e da accantonarsi per intero nella voce "BA2780 - B.14.C.2) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato".

- Con riferimento alle iscrizioni inerenti al saldo di mobilità iscritto nelle apposite voci del bilancio regionale e del modello CE è stato chiesto di confermare che sia composto dal totale dei valori previsti dalla Tabella C del Riparto 2023.
Con riferimento alle voci della mobilità sanitaria internazionale si elencano di seguito le voci di ricavo e costo:

MOBILITA' ATTIVA EXTRAREGIONALE	AA0460	AA0470	AA0471	AA0490	AA0500	AA0510	AA0520	AA0530	AA0550	AA0560	AA0561	AA0610
MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONALE	BA0062	BA0090	BA0480	BA0520	BA0560	BA0561	BA0830	BA0990	BA1060	BA1120	BA1161	BA1550

Mobilità attiva internazionale AA0600

Mobilità passiva internazionale BA1540

- AA0070 - "Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra Fondo) vincolati": tale voce deve accogliere i contributi a carico del bilancio regionale 2023 per conferimenti aggiuntivi vincolati da bilancio regionale, è stato chiesto di produrre la relativa documentazione;
- AA0080 - "Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra Fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA": tale voce deve accogliere i contributi a carico del bilancio regionale 2023 per il concorso all'equilibrio dell'anno 2023 per l'erogazione dei LEA. Ricomprende anche le risorse che, ai sensi dell'articolo 20, comma 2-ter, del decreto legislativo n. 118/2011, sono destinate all'equilibrio del servizio sanitario regionale per le regioni in piano di rientro con riferimento all'anno d'imposta successivo a quello oggetto di verifica;
- AA0090 - "Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra Fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA": tale voce deve accogliere i contributi a carico del bilancio regionale 2023 per la copertura dei costi delle prestazioni extra LEA. Si è richiesto di produrre la documentazione inerente ai capitoli di bilancio regionali contenenti le relative coperture, e, altresì, di garantire la corrispondenza con il modello LA a consuntivo 2023;
- AA0100 - "Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra Fondo) - altro": tale voce deve accogliere gli ulteriori contributi a carico del bilancio regionale 2022 conferiti al servizio sanitario, è stato chiesto di produrre la relativa documentazione;

- AA0141 – “Contributi da Ministero della salute (extra fondo)”: tale voce deve accogliere tutte le risorse extra FSR a destinazione vincolata e NON, provenienti dal Ministero della salute, secondo la “regola del primo beneficiario”.

Tale voce deve altresì accogliere gli importi riconosciuti dal Ministero della salute a titolo di rimborso delle prestazioni erogate in favore degli STP, di cui all’articolo 35, comma 6, del decreto legislativo n. 286/1998, la cui competenza è stata trasferita al Ministero della salute con decreto-legge n. 50/2017 a partire dal 1° gennaio 2017.

In particolare:

- per l’anno 2022 è indicata la quota effettiva spettante ad ogni Regione da iscrivere come posta straordinaria nell’anno 2023 quale conguaglio;
- per l’anno 2023, sono indicati gli importi che devono essere iscritti nella voce in oggetto, quale anticipo provvisorio per l’anno 2023.

Devono trovare altresì iscrizione in tale voce le quote extra fondo riguardanti il Fondo per il gioco d’azzardo patologico (GAP) 2023.

Si rappresenta che la riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita attraverso gli accertamenti e gli impegni da operarsi sul bilancio regionale dell’anno 2024, a valere sull’anno 2023.

Inoltre, tale voce deve accogliere anche il contributo erogato dal Ministero della salute per il trasferimento del personale della Croce Rossa Italiana (CRI), di cui al Decreto Ministero della salute del 12 settembre 2023 “Assegnazione delle risorse finanziarie agli enti interessati del finanziamento della Croce rossa italiana per l’anno 2023” pubblicato in gazzetta ufficiale del 20 ottobre 2023.

Tale voce deve inoltre accogliere le risorse PNRR natura “corrente” provenienti dal Ministero della salute relative all’anno 2023. A tal fine, è stata fornita una sintesi delle risorse PNRR/PNC ed è stato chiesto alle Regioni di trasmettere un prospetto riepilogativo delle risorse per linea di intervento di PNRR/PNC di parte corrente iscritte alla voce AA0141, con l’indicazione della quota iscritta a costo e quella eventualmente iscritta in accantonamento e il dettaglio degli accertamenti e impegni effettuati.

È stato fatto presente che le quote di finanziamenti PNRR/PNC riferite alla annualità 2021 e 2022 iscritte sull’anno 2023, devono essere iscritte alla voce “EA0140 - E.1.B.2.3.G) Altre sopravvenienze attive v/terzi”, operando gli accertamenti e gli impegni sul bilancio regionale 2023. Inoltre, nell’eventualità in cui le Regioni non abbiano utilizzato per intero le quote delle risorse assegnate nell’anno di riferimento, è stato rappresentato che queste ultime dovranno essere accantonate alla voce BA2790 “Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati”.

Infine, con riferimento a tutte le altre tipologie di finanziamento PNRR/PNC di natura “corrente” trasferite da altri soggetti pubblici (diversi dal Ministero della salute) le Regioni sono state invitate ad iscrivere le risorse alla voce di CE AA0150 – A.1.B.3.2) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati.

- AA0150 “Contributi da altri soggetti pubblici extra fondo vincolati”: tale voce deve accogliere i Contributi da altri soggetti pubblici extra fondo vincolati conferiti al servizio sanitario. Tra l’altro deve accogliere i rimborsi per l’emergenza Ucraina i rimborsi di cui al decreto di erogazione n. 4388 del 14 dicembre 2023 pari a complessivi 38,481 milioni di euro a livello nazionale in attuazione dell’ordinanza n. 881/2022 del Dipartimento della Protezione Civile che devono essere accertati ed impegnati nel perimetro sanitario dei rispettivi bilanci regionali, in conformità all’articolo 20 del decreto legislativo n. 118/2011. Per quanto riguarda la riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita attraverso gli accertamenti e gli impegni da operarsi sul bilancio regionale dell’anno 2024, a valere

sui finanziamenti sull'anno 2023.

Come già sopra riportato le tipologie di finanziamento PNRR/PNC di natura "corrente" trasferite da altri soggetti pubblici (diversi dal Ministero della salute) vanno iscritte nella presente voce AA0150.

- AA0160 - "Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) L.210/92": tale voce deve accogliere i contributi da Regione extra fondo per la copertura di indennizzi di cui alla legge n. 210/1992.
Si ricorda che tali contributi di natura previdenziale non possono gravare sul finanziamento del fabbisogno sanitario standard dedicato alla spesa corrente per i LEA. Le risorse del bilancio regionale devono garantire la copertura di quanto iscritto nella corrispondente voce di costo (BA1320). Si è richiesto altresì di verificare la corrispondenza con il modello LA a consuntivo 2023.
Si richiamano altresì le risorse statali per l'anno 2023 ex articolo 9, comma 11, del decreto-legge n. 145/2023.
- AA0170 - "Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) altro": tale voce deve altresì accogliere eventuali contributi derivanti da fondi europei che si caratterizzano quali contributi in conto esercizio supportati da idonea documentazione;
- AA0250 - "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale": tale voce deve accogliere le rettifiche, ai sensi dell'articolo 29, comma 1, lettera b), del decreto legislativo n. 118/2011, da apportare ai contributi in conto esercizio per quota fondo sanitario regionale. Le Regioni sono state invitate a dettagliare gli investimenti effettuati a valere su quote del fondo sanitario di parte corrente, in coerenza con i piani pluriennali degli investimenti allegati ai bilanci economici preventivi degli Enti del SSR;
- AA0260 "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti – altri contributi": tale voce deve accogliere le rettifiche, ai sensi dell'articolo 29, comma 1, lettera b), del decreto legislativo n. 118/2011, da apportare agli altri contributi in conto esercizio, pubblici o privati, diversi dal fondo sanitario, qualora utilizzati per finanziare gli investimenti. Le Regioni sono state invitate ad indicare quali ricavi correnti vengono stornati per utilizzi in tale voce;
- AA0271 "Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto finalizzato": tale voce deve accogliere anche gli utilizzi delle quote di contributi relativi all'emergenza Covid accantonate negli anni pregressi e che dovessero ancora risultare da utilizzare. Si è chiesto di relazionare in merito ai contributi iscritti in tale voce e ai relativi costi spesi. È stato chiesto di compilare una apposita tabella riportante tale dettaglio;
- AA0280 - "Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione per quota Fondo sanitario vincolato": tale voce deve accogliere gli utilizzi delle quote di contributi vincolati del Fondo sanitario. È stato chiesto di compilare una apposita tabella riportante tale dettaglio;
- AA0290 - "Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati": tale voce deve accogliere gli utilizzi delle quote di contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati. È stato chiesto di compilare una apposita tabella riportante tale dettaglio;
- AA0910 - "Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera";

- AA0920 - “Ulteriore Pay-back”
In merito alla tematica del payback per superamento dei tetti farmaceutica ospedaliera, si ricorda che AIFA ha adottato la Determina AIFA n. 449/2023 relativa all’attribuzione della spesa farmaceutica per acquisti diretti per l’anno 2022.
Con riferimento alla voce AA0910 è stato richiesto di compilare una tabella riportante il dettaglio per anno di payback.

*Si richiama la necessità di riconciliare con AIFA gli incassi ricevuti.
È stato chiesto alle Regioni di produrre la documentazione inerente agli accertamenti, impegni sul bilancio regionale 2023 e i relativi incassi alla base delle iscrizioni sulle voci AA0910 e AA0920.*

- AA0970 - “Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket) - Altro” si è chiesto di produrre una puntuale relazione concernente la composizione della voce, se valorizzata.

Il Tavolo ha chiesto di produrre la documentazione (delibere, stanziamenti a carico del bilancio regionale, altro) attestante le iscrizioni riportate nel modello CE e una puntuale relazione di sintesi sulle stesse a cura della Regione. Si è chiesto di non inviare relazioni di singoli enti del servizio sanitario regionale.

In attuazione di quanto previsto dall’articolo 20 del decreto legislativo n. 118/2011, si è chiesto di inviare la documentazione attestante, per le voci AA0030 e AA0040, la riconciliazione tra i dati di riparto nonché, per le voci alimentate da contributi del bilancio regionale autonomo (es. AA0080, AA0090, AA0160, AA0910, AA0920), gli accertamenti e gli impegni operati sul bilancio regionale 2022.

Con riferimento alle voci contabili di Costo riportate nel modello CE IV trimestre 2023 Riepilogativo regionale ‘999’:

- BA0030 - “Prodotti farmaceutici ed emoderivati”, si è chiesto di indicare se la valorizzazione è al netto di eventuali note di credito e l’ammontare delle note di credito stesse. Si è chiesto altresì di indicare se le note di credito iscritte sono state effettivamente ricevute o risultano ancora da ricevere.
- con riferimento al costo del personale è stato ricordato che per il solo anno 2023, ai sensi dell’articolo 1, comma 330, della legge 197/2022, gli oneri posti a carico del bilancio statale per la contrattazione collettiva nazionale in applicazione dell’articolo 48, comma 1, del decreto legislativo n. 165/2001, e per i miglioramenti economici del personale statale in regime di diritto pubblico di cui all’articolo 1, comma 609, della legge n. 234/2021, sono incrementati di 1.000 milioni di euro da destinare all’erogazione, nel solo anno 2023, di un emolumento accessorio una tantum, da corrispondere per tredici mensilità, da determinarsi nella misura dell’1,5 per cento dello stipendio con effetti ai soli fini del trattamento di quiescenza e che il successivo comma 332 dispone che per il personale dipendente da amministrazioni, istituzioni ed enti pubblici diversi dall’amministrazione statale, gli oneri di cui al comma 330, da destinare alla medesima finalità e da determinare sulla base di quanto previsto al medesimo comma, sono posti a carico dei rispettivi bilanci ai sensi dell’articolo 48, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Per quanto riguarda il predetto emolumento si chiede conferma dell’avvenuta erogazione per le dirigenze e per il comparto.
- Per il comparto si è chiesto conferma dell’avvenuta erogazione degli oneri contrattuali 2019-2021 e degli oneri IVC per il triennio 2022-2024 - annualità 2023 cui consegue che non sono attesi importi nella relativa voce di accantonamento.

- *Infine, per il personale dipendente a tempo indeterminato, segnalando quanto disposto all'articolo 3 Anticipo rinnovo contratti pubblici, comma 3, del decreto-legge n. 145/2023, è stato chiesto di comunicare se si sia usufruito nel 2023 di tale possibilità e comunicare altresì i relativi oneri (a carico del proprio bilancio) registrati sul conto economico 2023.*

Nel rimandare alle indicazioni contabili trasmesse in data 14 novembre 2023, dalla RGS "Indicazioni per contabilizzazioni rinnovi contrattuali personale dipendente e convenzionato – anno 2023 si è chiesta inoltre conferma dell'iscrizione a costo o in accantonamento degli oneri dell'articolo 1, comma 293, della legge n. 234/2021 (indennità di pronto soccorso), del comparto e della dirigenza sanitaria.

- *BA2700 - "Accantonamenti per rischi:*
 - i. BA2771 – "Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. indistinto finalizzato": tale voce deve comprendere le quote di contributi di parte corrente finanziati con somme relative al fabbisogno sanitario regionale standard, finalizzate ai sensi della normativa nazionale vigente e non utilizzate nel corso dell'esercizio;*
 - ii. BA2780- "Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato": tale voce deve comprendere la quota inutilizzata dei contributi vincolati (FSR vincolato), derivanti dal riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale;*
 - iii. BA2790- "Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati", tale voce deve comprendere la quota inutilizzata dei contributi da soggetti pubblici extra FSR;*
 - iv. BA2820 - "Altri accantonamenti"*

si è chiesto di produrre una puntuale relazione concernente la composizione delle singole sottovoci presenti nel modello CE Riepilogativo regionale '999'. In particolare, si è chiesta una dettagliata informazione sulla composizione delle voci BA2771, BA2780 e BA2790 nonché delle voci residuali "Altro"; per tali voci si è chiesto di compilare le tabelle di dettaglio.

Il Tavolo ha ricordato di movimentare le voci pertinenti del modello CE per natura, valorizzando solo in via residuale le voci "altro".

- *EA0010 - "E.1) Proventi straordinari":*
- *EA0260 - "E.2) Oneri straordinari";*
In merito a tali voci è stato chiesto di produrre una puntuale relazione concernente la composizione delle singole sottovoci presenti nel modello CE Riepilogativo regionale '999'. In particolare, si è chiesta una dettagliata informazione sulla composizione delle voci residuali "altro"; Con riferimento alle voci "altro", si è chiesto di compilare le tabelle di dettaglio- Il Tavolo ha ricordato di movimentare le voci pertinenti del modello CE per natura, valorizzando solo in via residuale le voci "altro".

Inoltre, è stato verificato quanto segue:

- *con riferimento al contributo STP 2022, alla voce EA0140 "Altre sopravvenienze attive v/terzi" l'iscrizione delle rettifiche positive e alla voce EA0550 "Altre Insussistenze passive v/terzi" l'iscrizione delle rettifiche negative;*
- *con riferimento alla quota vincolata destinata all'esenzione delle percentuali di sconto per le farmacie con fatturato inferiore a 150.000 euro – anno 2022*

l'iscrizione di una specifica posta straordinaria attiva nella voce "EA0051 – Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato" o passiva nella voce "EA0461 – Insussistenze passive per quote F.S. vincolato", tenendo conto dell'atto formale di ripartizione riferito all'anno 2022 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 2/08/2023 (Rep. Atti n. 183/CSR);

- *con riferimento alla quota vincolata destinata all'acquisto di prestazioni sanitarie presso gli IRCCS da erogare a pazienti in mobilità attiva – anno 2021 l'iscrizione di una specifica posta straordinaria attiva nella voce "EA0051 – Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato" pari all'importo assegnato con l'atto di riparto sul quale è stata sancita l'Intesa Stato-Regioni in data 14/12/2022 (Rep. Atti n. 189/CSR), qualora non siano già intervenute iscrizioni sui conti sanitari di Consuntivo 2022; inoltre, con riferimento alla quota vincolata destinata all'acquisto di prestazioni sanitarie presso gli IRCCS da erogare a pazienti in mobilità attiva – anno 2022 l'iscrizione di una specifica posta straordinaria attiva nella voce "EA0051 – Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato" o passiva nella voce "EA0461 – Insussistenze passive per quote F.S. vincolato", tenendo conto dell'atto formale di ripartizione riferito all'anno 2022 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 26/07/2023 (Rep. Atti n. 170/CSR);*
- *con riferimento alla proroga per l'anno 2021 del "Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico – resistenza (PNCAR) 2017-2020" l'iscrizione di una posta straordinaria attiva relativa all'anno 2021 nella voce "EA0051 – Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato" pari all'importo assegnato con l'atto di riparto sul quale è stata sancita l'Intesa Stato-Regioni del 26/01/2023 (Rep. Atti n. 10/CSR), qualora non siano già intervenute iscrizioni sui conti sanitari di Consuntivo 2021 e 2022;*
- *con riferimento all'erogazione di ausili ortesi e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica di cui al DM 22/08/2022 – anno 2020 l'iscrizione di una posta straordinaria attiva relativa all'anno 2020 nella voce "EA0051 – Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato" pari all'importo assegnato con l'atto di riparto DM 22/08/2022, qualora non siano già intervenute iscrizioni sui conti sanitari di Consuntivo 2021 e 2022;*
- *con riferimento alla ripartizione delle risorse previste dall'articolo 103, comma 24, del decreto-legge n. 34/2020, l'iscrizione di una posta straordinaria attiva relativa agli anni 2020 e 2021 nella voce "EA0051 – Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato" pari agli importi assegnati con lo schema di decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sul quale è stata sancita l'Intesa Stato-Regioni il 6/12/2023 (Rep. Atti n. 288/CSR). Per quanto riguarda la riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita attraverso gli accertamenti e gli impegni da operarsi sul bilancio regionale dell'anno 2024, a valere sui finanziamenti sull'anno 2023;*
- *con riferimento al Fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP) – Anno 2020, è stato ricordato che le Regioni in assenza della formalizzazione del Decreto del Ministro della salute di ripartizione delle risorse per l'anno 2020, hanno iscritto sui bilanci del medesimo anno il finanziamento relativo al Fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP) riferito al 2019 (Decreto del Ministro della salute 26/10/2018 sul quale è stata sancita l'Intesa Stato-Regioni il 18/10/2018 Rep. Atti n. 193/CSR) provvedendo ad un corrispondente accantonamento degli importi. Al riguardo, la Direzione generale della Prevenzione del Ministero della salute ha comunicato, con nota prot. 0010629-06/03/2023-DGPROGS-MDS-A, alla Direzione della*

programmazione sanitaria del Ministero della salute che la mancata presentazione delle rendicontazioni sulle attività 2018-2019 da parte delle Regioni, nei tempi stabiliti dal D.M. di riparto precedente, non ha consentito la predisposizione del decreto di riparto del Fondo GAP 2020, poiché le attività non sono state poste in essere, mandando, di conseguenza, le risorse in economia, come tra l'altro indicato nel DM di riparto del 23/12/2021.

Alla luce di quanto sopra, è stato chiesto alle Regioni di operare le opportune rettifiche nel Modello CE 2023 rilevando una specifica posta straordinaria passiva nella voce "EA0550 - Altre insussistenze passive v/terzi" pari all'importo iscritto in c/competenza 2020 (corrispondente al dato dell'anno 2019) e una eventuale corrispondente posta straordinaria attiva nella voce "EA0240 - Altre insussistenze attive v/terzi" qualora il citato importo sia stato registrato anche in accantonamento nei conti sanitari di Consuntivo 2020;

- con riferimento alla ripartizione delle risorse previste dall'articolo 103, comma 24, del decreto-legge n. 34/2020 l'iscrizione di una posta straordinaria attiva relativa agli anni 2020, 2021 e 2022 terzo riparto - nella voce "EA0051 – Sopravvenienze attive per quote F.S. vincolato" pari agli importi assegnati con lo schema di decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sul quale è stata sancita l'Intesa Stato-regioni il 22/02/2024. Per quanto riguarda la riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita attraverso gli accertamenti e gli impegni da operarsi sul bilancio regionale dell'anno 2024, a valere sui finanziamenti sull'anno 2023.
- BA2650 - "B.12.B) Svalutazioni dei crediti", si è chiesto di produrre una puntuale relazione concernente la composizione della voce, nonché i criteri adottati per effettuare la svalutazione dei crediti.

Con riferimento agli accantonamenti per rinnovo contrattuale del personale dipendente e convenzionato sono state ricordate le indicazioni contabili trasmesse in data 14 novembre 2023, dalla RGS "Indicazioni per contabilizzazioni rinnovi contrattuali personale dipendente e convenzionato – anno 2023", a cui si è rimandato.

È stato ricordato quanto indicato nella Circolare RGS n. 15 del 7/04/2023.

È stato evidenziato che, per quanto riguarda gli oneri della legge n. 234/2021, articolo 1, comma 293 (Indennità di PS) poiché il perfezionamento del contratto delle Dirigenza sanitaria (medica sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie) 2019-2021 è avvenuto in data 23/01/2024, gli stessi devono trovare iscrizione tra le relative voci di accantonamento, avendo cura di valorizzare le apposite voci inerenti ai rinnovi contrattuali per la dirigenza.

Con riferimento al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), stante che in ogni caso restano ferme le regole di contabilizzazione di cui al Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011, si è chiesto di fornire evidenza di quanto iscritto a CE IV trimestre 2023 sia a ricavo che a costo con riferimento ai diversi finanziamenti PNRR dedicati a specifici progetti. Si rinvia anche a quanto riportato alla voce AA0141 e AA0150; Il Tavolo si è riservato comunque una ulteriore verifica in sede di Conto consuntivo 2023.

È stato chiesto altresì di fornire una rendicontazione in merito alle eventuali poste di ricavo e di costo riconducibili all'Unità per il completamento della campagna vaccinale di cui all'articolo 2 del decreto-legge n. 24/2022.

Si è chiesto di relazionare in merito al trattamento contabile dell'eventuale differenziale iscritto dalla GSA relativo al saldo della mobilità interregionale che si determina nella regolazione dei rapporti fra le regioni. Si è chiesto altresì di produrre i provvedimenti

regionali vigenti che disciplinano la remunerazione delle strutture sanitarie accreditate per i propri residenti e non.

Si è chiesto altresì di indicare se sia avvenuta la riconciliazione delle partite-infragruppo (costi-ricavi, crediti-debiti) e, in caso negativo, dell'importo delle eventuali differenze, del trattamento contabile adottato e delle voci nelle quali tali differenze sono state rappresentate.

B) In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35/2013, si è chiesto di produrre la documentazione attestante l'avvenuta erogazione al proprio SSR, entro la fine dell'anno 2022, del 95% delle somme che la Regione ha incassato nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale. È stato ricordato che, ove ricorre tale fattispecie, che deve essere altresì rendicontato il trasferimento di cassa delle risorse eventualmente destinate nell'anno 2023 alla copertura del disavanzo dell'anno 2022.

C) Con riferimento alle disposizioni in ordine ai tempi di pagamento, si è chiesto alla Regione di produrre una sintetica relazione illustrativa del rispetto della normativa in materia di tempi di pagamento e delle iniziative assunte in caso di superamento dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente. La relazione dovrà riportare, per ogni azienda sanitaria appartenente al Servizio sanitario e per la GSA, ove istituita:

- a) l'importo dei pagamenti effettuati durante l'anno 2023, distinti per anno di emissione delle fatture;
- b) l'importo dei pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati dopo la scadenza dei termini previsti dal decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231;
- c) il valore dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti per l'anno 2023, calcolato in coerenza con i criteri definiti all'articolo 9 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 settembre 2014;
- d) il link alla pagina web di pubblicazione degli indicatori di tempestività dei pagamenti.

Le predette informazioni sono riportate anche nelle apposite tabelle secondo il formato riportato in allegato alla convocazione della riunione di verifica che include altresì l'inserimento delle informazioni in ordine all'indicatore di tempestività dei pagamenti per gli anni dal 2014 al 2022 e per i trimestri e annuale dell'anno 2023.

Il Tavolo ha chiesto altresì di produrre una relazione illustrativa inerenti all'applicazione e gli esiti di quanto disposto dall'articolo 1, comma 865, della legge n. 145/2018 in merito agli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente.

D) Con riferimento alla Fatturazione elettronica, il Tavolo ha ricordato che la procedura d'infrazione UE per il mancato rispetto dei tempi massimi di pagamento dei debiti commerciali da parte delle amministrazioni pubbliche e, considerati anche gli impegni assunti dall'Italia per l'attuazione della riforma 1.11 del PNRR che prevede il conseguimento entro il quarto trimestre 2023 (con conferma nel 2024) del rispetto dei tempi di pagamento delle PA previsti dalla normativa nazionale ed europea per gli Enti del SSN, richiama l'articolo 1, commi 858, 860, 865 e 866 della legge n. 145/2018. In particolare ricorda la necessità di acquisire riscontri circa l'attuazione delle misure di

garanzia adottate ai sensi del citato comma 865 per cui la quota dell'indennità di risultato dei direttori generali e dei direttori amministrativi è legata allo specifico obiettivo connesso al rispetto dei tempi di pagamento e alla riduzione del debito commerciale residuo: dell'applicazione di tali misure e dei relativi esiti la Regione deve dare conto al Tavolo di verifica degli adempimenti con le relazioni previste dal richiamato comma 866.

Il Tavolo, in conclusione, ribadisce la necessità che la Regione attenzi l'applicazione delle misure di garanzia di cui ai richiamati commi 858, 860, 865 e 866 della legge n. 145/2018.

- E) Con riferimento alle disposizioni in ordine al Nodo smistamento ordini (NSO), ai fini di quanto disposto dai commi 411, 412, 413, 414 e 415 della legge n. 205/2017, ed ai successivi DM del 7 dicembre 2018 e DM del 27 dicembre 2019, si chiede alla Regione di produrre una relazione sullo stato di attuazione delle attività connesse a quanto previsto dal richiamato DM 27 dicembre 2019, segnalando particolari criticità eventualmente riscontrate.

Si è richiesto l'invio della documentazione tramite il sistema documentale Adempimenti MEF.

Il Tavolo specifica che il risultato di gestione viene valutato a partire dal Conto economico (CE) consolidato regionale del Servizio sanitario regionale inviato al NSIS, previa verifica della corretta contabilizzazione delle voci di entrata AA0030 e AA0040 relative al finanziamento del fabbisogno sanitario standard, nonché della mobilità sanitaria extraregionale ed internazionale e della loro coincidenza con quanto riportato nel bilancio regionale, perimetro sanità, e con quanto riportato negli atti formali di riparto. Il Tavolo valuta altresì la corrispondenza delle altre iscrizioni in entrata con i provvedimenti nazionali e/o regionali.

In particolare, il Tavolo, in coerenza con quanto disposto dal decreto legislativo n. 118/2011, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 20, lettera a), effettua la verifica della coerenza delle iscrizioni concernenti il finanziamento sanitario ordinario corrente (quota indistinta), il finanziamento sanitario per obiettivi di piano e per somme vincolate iscritto nel modello CE, voce AA0040, con le fonti di finanziamento contenute negli atti formali di riparto e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2023, perimetro sanità, la mobilità sanitaria extraregionale ed internazionale attiva e passiva iscritta nel modello CE con la matrice della mobilità extraregionale ed internazionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2023, perimetro sanità.

In relazione a quanto precedentemente precisato con riferimento al finanziamento ordinario corrente e vincolato, nel caso in cui si rilevino delle differenze tra le somme accertate ed impegnate sul bilancio regionale 2023, perimetro sanità, rispetto agli atti di riparto 2023, fatte salve le specifiche deroghe, il Tavolo ne terrà conto nella determinazione del risultato di gestione, ancorché tali differenziali siano iscritti sul modello CE consolidato regionale.

La Regione documenta la coerenza tra i conti economici degli enti del SSR, ivi ricomprendendo quello della GSA, ove presente, e il conto consolidato regionale, nonché l'applicazione dei principi di consolidamento intraregionali di cui alle voci contraddistinte dal codice "R" del modello CE di cui al decreto ministeriale 24 maggio 2019. Qualora in sede di esame del conto di IV trimestre 2023 emergessero

mancate quadrature delle voci oggetto di consolidamento e contraddistinte dal codice "R", il Tavolo invita la Regione ad effettuare le necessarie sistemazioni contabili per il consuntivo 2023. In caso di mancata quadratura anche in sede di consuntivo, il Tavolo ne tiene conto nella determinazione del risultato di gestione. Il Tavolo, valuta anche la presenza di eventuali mancate quadrature in relazione a voci diverse da quelle contraddistinte dal codice "R".

Il Tavolo ricorda che sulla base dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011 gli eventuali risultati positivi degli enti del SSR vengono portati a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti e che l'eventuale eccedenza è accantonata a riserva ovvero è resa disponibile per il ripiano delle perdite del SSR, previo specifico provvedimento regionale con cui si rende noto agli enti del SSR in utile l'eventuale volontà di disporre del risultato positivo d'esercizio in eccedenza destinandolo alla copertura delle perdite dell'intero SSR con l'indicazione del relativo importo. In mancanza di tali eventuali provvedimenti regionali, il Tavolo determina il risultato d'esercizio del SSR al netto degli utili degli enti del SSR.

Nel calcolo del risultato di gestione, oltre a tenere presente quanto sopra riportato in merito a quanto disposto dall'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, il Tavolo ha verificato anche che le iscrizioni concernenti la presenza di contributi da Regione extra fondo per la copertura di extra LEA (codice CE AA0090) abbiano la corretta e separata evidenza contabile nel bilancio regionale nell'ambito del perimetro sanitario. Ciò al fine di considerare tale entrata aggiuntiva a carico del bilancio regionale a compensazione dei costi sostenuti nell'esercizio dal SSR per l'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA e presenti nel modello CE, in coerenza con quanto convenuto tra Stato e Regioni nell'articolo 4, comma 1, lettera h), dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e nell'articolo 4, comma 1, lettera c), dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, nonché con l'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011.

Nel calcolo del risultato di gestione viene esclusa e valutata separatamente la voce concernente i contributi da Regione extra fondo per la copertura di LEA (codice CE AA0080) in quanto contenente eventuali risorse aggiuntive regionali rispetto al finanziamento ordinario e all'ordinario sistema delle entrate proprie. Tale contributo si sostanzia nel conferimento di risorse aggiuntive regionali per l'erogazione dei LEA per il raggiungimento dell'equilibrio economico.

Con riferimento alle iscrizioni operate sulla voce CE AA0080 la Regione deve documentare la relativa coerenza con il bilancio regionale. A tal proposito, il Tavolo richiama quanto disposto dall'articolo 20, commi 2-bis e 2-ter del decreto legislativo n. 118/2011 e s.m.

Pertanto, sulla base di quanto sopra riportato, ai fini della verifica della percentuale di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009, il risultato di gestione da porre a numeratore è valutato a partire dal modello CE consolidato regionale inviato dalla Regione al NSIS, nettizzato di quanto iscritto nella voce AA0080. Tale numeratore è rideterminato in ragione di eventuali differenziali tra le iscrizioni operate sul modello CE per il finanziamento indistinto e vincolato per l'anno 2023, le iscrizioni operate sui bilanci regionali e quanto previsto nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard 2023, ivi inclusa la mobilità sanitaria extraregionale ed internazionale, il payback per il superamento del tetto di spesa farmaceutica per acquisti diretti, per dispositivi medici. Sarà tenuto conto degli eventuali minori accantonamenti per rinnovi di contratti e convenzioni attesi e degli utili aziendali, nei termini sopra riportati. Tale risultato è inoltre rideterminato in

*relazione all'eventuale presenza di perdite pregresse portate a nuovo.
Per il calcolo della predetta percentuale il denominatore è ottenuto sulla base di quanto iscritto a titolo di fondo sanitario regionale nell'atto formale di riparto corretto per le maggiori entrate proprie di cui al modello CE, sempre al netto della voce AA0080."*

2.2 - Esiti delle regioni non sottoposte a Piano di rientro

Di seguito si riportano, in sintesi, gli esiti delle riunioni svoltesi, in data 13, 15, 19, 21 e 26 marzo, 15 e 19 aprile 2024, 7 maggio, 4 e 10 giugno 2024., per la verifica dei conti sanitari delle regioni Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria e Basilicata.

Regione Piemonte.

Il Tavolo valuta che la Regione Piemonte presenta un risultato di esercizio del conto economico a IV trimestre 2023 in disavanzo di 227,773 milioni di euro.

La Regione ha iscritto coperture LEA, nel modello CE voce AA0080, a valere sul bilancio autonomo regionale, per 54,798 milioni di euro.

La Regione Piemonte, inoltre, ha destinato alla copertura della perdita gli utili portati a nuovo della GSA cumulati dal 2014 al 2021 per 194,287 milioni di euro.

Il risultato d'esercizio, a seguito delle predette coperture, pari complessivamente a 249,085 milioni di euro, risulta in avanzo per 21,312 milioni di euro.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, la Regione Piemonte ha assicurato l'equilibrio economico.

Si resta, tuttavia, in attesa della chiusura delle perdite aziendali portate a nuovo entro l'invio del modello SP 2023. Inoltre, in considerazione dei disallineamenti rilevati tra le informazioni trasmesse dalla Regione e i dati presenti in NSIS si chiede di aggiornare questi ultimi al fine di allinearli alle risultanze dei bilanci approvati e agli esiti delle verifiche del Tavolo nei vari anni.

Infine, si rinnova l'invito alla Regione ad una riflessione in merito alla gestione strutturale del SSR, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente.

Regione Lombardia.

La Regione Lombardia presenta un risultato di esercizio del conto economico relativo al IV trimestre 2023 in avanzo di 9,427 milioni di euro.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 la Regione ha assicurato l'equilibrio economico.

Il Tavolo raccomanda nuovamente alla Regione una più corretta gestione delle partite straordinarie e delle risorse di competenza dell'anno, anche al fine di evitare ingenti accantonamenti di risorse correnti.

Regione Veneto.

La Regione Veneto presenta un risultato di esercizio del conto economico relativo al IV trimestre 2023 in avanzo di 3,389 milioni di euro.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, la Regione Veneto ha assicurato l'equilibrio economico.

Regione Liguria.

Nella riunione del 19 marzo 2024 è emerso quanto segue:

La Regione Liguria presenta un risultato di esercizio del conto economico relativo al IV trimestre 2023 in disavanzo di 82,875 milioni di euro.

La Regione Liguria ha conferito misure di copertura pari a 13,699 milioni di euro iscritte alla voce AA0080: pertanto, il risultato di esercizio relativo al IV trimestre 2023 è pari ad un disavanzo di 69,176 milioni di euro.

La Regione non ha prodotto ulteriori misure di copertura alla data della presente riunione.

In tali termini, si sono verificati i presupposti per l'avvio della procedura della diffida a provvedere di cui al comma 174 della legge 311 del 2004 e successive modifiche.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 2,3%.

Nella successiva riunione del 7 maggio 2024 è emerso quanto segue:

La Regione Liguria presenta un risultato di esercizio del conto economico relativo al IV trimestre 2023 in disavanzo di 74,773 milioni di euro.

La Regione Liguria ha conferito coperture per complessivi 74,779 milioni di euro.

Dopo il conferimento di tali coperture, il IV trimestre 2023 evidenzia un avanzo di 0,006 milioni di euro.

Pertanto, la valutazione effettuata in data 19 marzo 2024 sui dati di IV trimestre 2023 con riferimento alla verifica della sussistenza dei presupposti per l'avvio della procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 e successive modifiche, viene aggiornata a seguito delle valutazioni effettuate nella riunione odierna e a seguito degli ulteriori provvedimenti adottati dalla Regione Liguria.

Stante quanto sopra riportato, la Regione Liguria ha assicurato l'equilibrio ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004.

In tali termini, avendo la Regione Liguria adempiuto entro il termine di legge (30 aprile), si è conclusa la procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, avviata a seguito della precedente riunione del 19 marzo 2024.

Si rinnova l'invito alla Regione ad una riflessione in merito alla gestione strutturale del FSR, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente.

Regione Emilia Romagna.

La Regione Emilia-Romagna presenta un risultato di esercizio del conto economico relativo al IV trimestre 2023 in avanzo di 0,064 milioni di euro.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, la Regione Emilia-Romagna ha assicurato l'equilibrio economico.

Il Tavolo invita nuovamente la Regione, per il futuro, ad un monitoraggio più puntuale delle contabilizzazioni trimestrali anche al fine di non compromettere le valutazioni effettuate dal Tavolo tecnico e ricordando anche che tali valori impattano sulle stime nazionali trimestrali della spesa sanitaria e sui conti nazionali trimestrali in generale.

Si invita peraltro la Regione ad un attento monitoraggio circa il corretto utilizzo di accantonamenti di partite pregresse che ha un impatto significativo, anche nell'anno 2023, sulla gestione straordinaria.

Si invita la Regione al monitoraggio continuo dell'adeguato dimensionamento dei fondi rispetto allo stato dei rischi sussistenti, al fine di evitare accantonamenti effettuati in misura sommaria e in modo generico e successivi svincoli straordinari.

Si raccomanda, in sintesi, alla Regione una più corretta gestione delle partite straordinarie.

Peraltro, si ricorda che, qualora il risultato di esercizio dovesse risultare di disavanzo nelle verifiche trimestrali, la Regione è tenuta a adottare le misure di riconduzione della spesa agli equilibri programmati e a predisporre in corso d'anno le coperture del disavanzo che si starebbe prospettando, ai sensi del comma 174 citato e degli Accordi Stato Regione più volte richiamati da questo Tavolo. Si richiama pertanto la Regione a un deposito di dati trimestrali corretto.

Regione Toscana.

Nella riunione del 26 marzo 2024 è emerso quanto segue:

La Regione Toscana presenta un risultato di esercizio del conto economico relativo al IV trimestre 2023 in disavanzo di 251,444 milioni di euro.

La Regione Toscana ha conferito coperture per complessivi 43,117 milioni di euro, di cui 33,475 milioni di euro iscritti impropriamente nella voce AA0080 e che saranno oggetto di riclassificazione tra le poste straordinarie.

Dopo il conferimento di tali coperture, il IV trimestre 2023 evidenzia un disavanzo di 208,327 milioni di euro.

La Regione alla data della presente riunione non ha prodotto ulteriori misure di copertura perfezionate.

In tali termini, si sono verificati i presupposti per l'avvio della procedura della diffida a provvedere alla copertura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 3,0%.

Si rinnova ancora una volta l'invito alla Regione ad una riflessione in merito alla gestione strutturale del FSR, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico, in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente.

Nella successiva riunione del 19 aprile 2024 è emerso quanto segue:

La Regione Toscana presenta un risultato di esercizio del conto economico relativo al IV trimestre 2023 in disavanzo di 251,444 milioni di euro.

La Regione Toscana ha conferito coperture per complessivi 251,833 milioni di euro.

Dopo il conferimento di tali coperture, il IV trimestre 2023 evidenzia un avanzo di 0,389 milioni di euro.

In tali termini, la valutazione effettuata in data 26 marzo 2024 sui dati di IV trimestre 2023 con riferimento alla verifica della sussistenza dei presupposti per l'avvio della procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, viene aggiornata a seguito delle valutazioni effettuate nella riunione odierna e a seguito degli ulteriori provvedimenti adottati dalla Regione Toscana.

Stante quanto sopra la Regione Toscana ha assicurato l'equilibrio ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004.

In tali termini sono venuti meno i presupposti per la procedura di diffida riscontrati nella precedente riunione del 26 marzo 2024.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 3,0%.

Si resta in attesa delle rettifiche sui conti 2023 da operarsi in sede di Consuntivo 2023.

Si rinnova l'invito alla Regione ad una riflessione in merito alla gestione strutturale del FSR, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente.

Regione Umbria.

La Regione Umbria presenta un risultato di esercizio del conto economico relativo al IV trimestre 2023 in disavanzo di 3,362 milioni di euro.

La Regione Umbria, avvalendosi di quanto disposto dall'articolo 1, comma 822, lettera a), della legge n. 197 del 2022, ha conferito coperture per 4,489 milioni di euro nel corso del 2023 iscritte alla voce del modello CE AA0080.

A seguito del conferimento di tali coperture la Regione Umbria presenta a IV trimestre 2023 un avanzo di 1,126 milioni di euro.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, la Regione Umbria ha assicurato l'equilibrio economico.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari allo 0,2%.

Il Tavolo chiede aggiornamenti circa la prosecuzione del Piano di Efficientamento e Riqualficazione del Sistema Sanitario Regionale 2022-2024 approvato con DGR n. 1024 del 5/10/2022, rimandando a quanto riportato nei verbali delle riunioni del 16 novembre 2022, del 21 marzo 2023 e del 12 luglio 2023.

Regione Marche.

La Regione Marche presenta un risultato di esercizio del conto economico relativo al IV trimestre 2023 in avanzo di 0,824 milioni di euro.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 la Regione ha assicurato l'equilibrio economico.

Regione Basilicata.

Nella riunione del 15 marzo 2024 è emerso quanto segue:

La Regione Basilicata presenta un risultato di esercizio del conto economico relativo al IV trimestre 2023 in disavanzo di 77,111 milioni di euro.

La Regione Basilicata ha conferito coperture per complessivi 4 milioni di euro, iscritti impropriamente nella voce AA0080 e che saranno oggetto di riclassificazione alla voce AA0070.

Dopo il conferimento di tali risorse, il IV trimestre 2023 evidenzia un disavanzo di 73,111 milioni di euro.

La Regione alla data della presente riunione non ha prodotto ulteriori misure di copertura perfezionate.

In tali termini, si sono verificati i presupposti per l'avvio della procedura della diffida a provvedere alla copertura ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004.

Ai fini di quanto previsto dall'articolo 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009, si registra che il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 7,0%.

Il Tavolo, pertanto, per quanto sopra rappresentato, non può che constatare la sussistenza dei presupposti di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009.

Questo Tavolo richiama, altresì, ancora una volta la Regione Basilicata al governo del proprio Servizio sanitario regionale (SSR) e al rispetto delle scadenze di legge e segnala nuovamente che i ritardi nell'assolvimento dei debiti informativi sono suscettibili di determinare una inadempienza sui flussi informativi adempimento c) e sulla verifica dell'adempimento a)²⁸⁰.

Nella successiva riunione del 15 aprile 2024 è emerso quanto segue:

La Regione Basilicata presenta un risultato d'esercizio del conto economico relativo al IV trimestre 2023 in disavanzo di 50,396 milioni di euro.

La Regione Basilicata non ha prodotto misure di copertura alla data della presente riunione: si sono pertanto verificati i presupposti per l'avvio della procedura della diffida a provvedere di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 4,5%.

Il Tavolo ricorda quanto disposto dall'articolo 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009, in caso di mancata copertura dei disavanzi, ancorché di dimensione inferiore allo *standard* limite del 5%. Stante la sussistenza dei presupposti per l'avvio della procedura di diffida a provvedere di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, una valutazione definitiva circa le condizioni di cui al richiamato articolo 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009, potrà essere effettuata in seguito.

Invita nuovamente la Regione ad una attenta riflessione in merito alla gestione strutturale del SSR, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto

²⁸⁰ Si specifica che nell'ambito del sistema premiale vigente in sanità l'adempimento c) è relativo all'invio dei flussi informativi del Nuovo sistema informativo sanitario tra i quali sono ricompresi i flussi informativi economici che rilevano ai fini delle verifiche dei conti economici e dello stato patrimoniale che sono ricompresi nell'adempimento a).

dell'equilibrio economico, in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente.

Il Tavolo richiama infine la Regione Basilicata al governo del proprio SSR e al rispetto delle scadenze di legge e segnala nuovamente che i ritardi nell'assolvimento dei debiti informativi sono suscettibili di determinare una inadempienza sui flussi informativi (adempimento c) e sulla verifica dell'adempimento a).

Nella successiva riunione del 7 maggio 2024 è emerso quanto segue:

La Regione Basilicata presenta un risultato d'esercizio del conto economico relativo al IV trimestre 2023 in disavanzo di 50,396 milioni di euro.

La Regione Basilicata non ha conferito coperture allo stato valide e assentibili.

Il Tavolo ricorda quanto disposto dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004. Pertanto, essendo decorso senza esito il termine del 30 aprile prescritto dalla legge, ai sensi del citato articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, il Presidente della Regione, in qualità di Commissario *ad acta*, provvede a determinare in via definitiva il risultato di gestione e ad adottare gli atti necessari alla sua copertura entro il 31 maggio 2024: il Tavolo resta pertanto in attesa degli atti entro il termine richiamato, ricordando che qualora i provvedimenti necessari per il ripianamento del disavanzo di gestione non vengano adottati dal Commissario *ad acta* entro il 31 maggio, il citato comma 174 prevede l'applicazione, in via automatica, per l'anno d'imposta in corso, della massimizzazione delle aliquote regionali dell'IRAP e dell'Addizionale regionale all'IRPEF, oltre che il divieto di effettuare spese non obbligatorie da Parte del bilancio regionale fino al 31/12/2025.

Il Tavolo, pertanto, si riserva le proprie valutazioni una volta scaduti i termini prescritti dalla legge. Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 4,5%.

Si rinnova l'invito alla Regione ad un'attenta valutazione della gestione strutturale del FSR, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico, in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente.

Nella successiva riunione del 4 e 10 giugno 2024 è emerso quanto segue:

La Regione Basilicata presenta a Conto consuntivo 2023 un disavanzo di 50,267 milioni di euro.

La Regione Basilicata ha conferito coperture per complessivi 50,396 milioni di euro.

Dopo il conferimento di tali coperture, il CE consuntivo consolidato 2023 evidenzia un utile di 0,129 milioni di euro.

In tali termini il Tavolo, preso atto di quanto certificato dal Commissario *ad acta* in merito alle coperture proposte, valuta conclusa la procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 per l'anno 2023.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 4,5%.

Il Tavolo sollecita la Regione ad un urgente recupero del controllo della gestione complessiva del proprio SSR, controllo che allo stato e da tempo si dimostra insufficiente (come evidenziano anche le difficoltà nell'assolvere agli obblighi informativi e rendicontazione in maniera compiuta e tempestiva); sollecita altresì ad una attentissima valutazione dell'andamento dei costi sanitari che devono, per garantire un equilibrio strutturale, essere coerenti con le fonti di finanziamento disponibili.

Di seguito un prospetto di sintesi delle risultanze delle Regioni sopra riportate:

Verifica *ex* articolo 1, comma 174, della legge 311 del 2004 per l'anno 2023.

Risultati di esercizio ed eventuali coperture valutati dal Tavolo per la verifica degli adempimenti per le regioni a statuto ordinario non in Piano di rientro (valori in milioni di euro):

Regioni	risultato di gestione	% sul disavanzo (articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009)	coperture	copertura commissario ad acta comma 174	risultato di gestione dopo le coperture
Piemonte	-227,8	2,4%	249,1		21,3
Lombardia	9,4				
Veneto	3,4				
Liguria	-74,8	2,1%	74,8		0,0
Emilia Romagna	0,1				
Toscana	-251,4	3,0%	251,8		0,4
Umbria	-3,4	0,2%	4,5		1,1
Marche	0,8				
Basilicata*	-50,3	4,5%		50,3	0,0

Fonte: risultanze dei verbali per la verifica del comma 174 della legge 311/2004 per l'anno 2023 del 'Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali' con riferimento al CE consolidato di IV trimestre 2023, sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati. In relazione a ciò, essi possono differire dai risultati di esercizio del modello CE consolidato regionale (999) inseriti a NSIS.

* All'esito delle riunioni di verifica del comma 174, per la Regione Basilicata, non avendo prodotto misure di copertura, si sono verificati i presupposti per l'avvio della procedura della diffida a provvedere di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004.

In relazione a tale procedura, il Presidente della Regione, in qualità di Commissario ad acta, ha adottato due DCA con i quali ha approvato il conto economico consuntivo 2023 e dato copertura al relativo disavanzo. Tali aspetti sono stati valutati positivamente dal Tavolo tecnico nella riunione del 4 e 10 giugno 2024 (cfr conclusioni sopra riportate).

2.3 - Verifica della corresponsione al SSR del 100% delle risorse ricevute durante l'anno solare 2022 per le regioni non in piano di rientro

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013 è stato chiesto a ciascuna regione di produrre la documentazione attestante l'avvenuta erogazione al proprio SSR, entro la fine dell'anno solare 2023, del 95% delle somme che la regione ha incassato nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del SSN, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale.

Sulla base delle verifiche condotte dal Tavolo di verifica degli adempimenti nella riunione del 13, 15, 19, 21 e 26 marzo, 15 e 19 aprile 2024, 7 maggio, 4 e 10 giugno 2024, tutte le regioni sono risultate adempienti ad eccezione della Regione Basilicata per la quale il Tavolo si è riservato degli approfondimenti in merito alle informazioni trasmesse.

2.4 - Esiti delle regioni sottoposte a Piano di rientro

Si riportano di seguito gli esiti delle verifiche effettuate dai Tavoli tecnici concernenti l'attuazione dei piani di rientro per l'anno 2023 per le regioni Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia, le cui riunioni si sono tenute nei mesi di marzo aprile e maggio 2024.

La metodologia utilizzata dai Tavoli tecnici per la verifica del risultato di gestione 2023 è riportata al precedente paragrafo 2.1.

Regione Abruzzo.

Nella riunione congiunta tenutasi l'11 aprile e 6 maggio 2024 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- in merito alla copertura del risultato di esercizio dell'anno 2022, prendono atto del recepimento la Determinazione DPF012/16 del 12/04/2024 avente ad oggetto "Ulteriori determinazioni in merito alla copertura del risultato d'esercizio 2022" con cui la Regione ha aggiornato la determinazione n. DPF012/31 del 17/07/2023 con i dati inseriti ad a NSIS in data 6/09/2023 e verificati nella riunione del 13 dicembre 2023;
- la Regione Abruzzo a IV trimestre 2023 presenta un risultato d'esercizio in disavanzo di 99,706 milioni di euro.

La Regione ha presentato misure di copertura del disavanzo di bilancio sanitario per l'anno 2023 per 16,973 milioni di euro derivanti da Fondo ripiano disavanzi e Riserve iscritti nello Stato patrimoniale 2022 della Gestione sanitaria accentrata (GSA).

Pertanto, residua allo stato un disavanzo non coperto pari a 82,733 milioni di euro: i Tavoli restano in attesa della ridestinazione dei gettiti derivanti dalla massimizzazione delle aliquote fiscali regionali alla copertura del disavanzo sanitario per l'anno 2023, stimati dal competente Dipartimento delle Finanze, per l'anno d'imposta 2024, in complessivi 133 milioni di euro.

Restano in attesa con urgenza dei provvedimenti richiesti, che risulterebbero in via di adozione da parte della Regione, ai fini di una nuova convocazione da effettuarsi non più tardi del 27 maggio 2024.

Richiamano la Regione ad un attento e costante presidio dei costi del SSR, al fine di garantirne la sostenibilità;

- la Regione Abruzzo ha rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013 in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2023, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2023 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale (SSR).

Si osserva che residuano in GSA, al 31/12/2023, 382,720 milioni di euro: si chiedono aggiornamenti sui relativi utilizzi e trasferimenti agli enti del SSR;

- rilevano che la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal dPCM 22/09/2014, nell'anno 2023, è pari al 34%, in peggioramento rispetto al 2022. Risultano criticità in taluni enti per i quali si invita la Regione ad attivarsi al fine di risolvere le problematiche;
- rilevano che, in base ai valori forniti dalla Regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti dell'anno 2023, per la Regione Abruzzo nel suo complesso, vede tutte le aziende sanitarie in linea con la normativa vigente ad eccezione della GSA (+16

giorni).

Rinnovano l'invito alla Regione ad intraprendere un percorso per il superamento definitivo del mancato rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamento da parte della GSA;

- con riferimento all'utilizzo della Commerciali (PCC) rilevano nell'anno 2023 pagamenti per l'87% dell'importo dovuto. I Tavoli invitano la Regione ad implementare l'utilizzo integrale della PCC, in special modo da parte della ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila e della ASL Pescara per le quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto risultano ancora bassi. Risulta inoltre nel medesimo periodo che il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 57 giorni, il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -3 giorni e il "Tempo medio di scadenza" è di 61 giorni.

Prendono atto dell'invio della richiesta relazione in merito alla verifica di cui all'articolo 1, comma 865, della legge n. 145 del 2018;

- con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro, valutano quanto segue:
 - in merito al Programma Operativo 2023-2025 trasmesso con prot. 287/2023, si rinvia al parere da rendersi;
 - relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA (NSG), si rileva che i dati provvisori presentano un importante decremento nell'area Prevenzione che risulta insufficiente; anche l'area Distrettuale presenta un *trend* in diminuzione dall'anno 2020 rimanendo, tuttavia, nell'intervallo di adempienza;
 - in materia di prevenzione, con riferimento agli screening oncologici, nell'anno 2022 si rileva un miglioramento nella percentuale di adesione ai programmi di screening cervicale e mammografico con quest'ultimo che raggiunge la soglia di sufficienza; permangono criticità per il colon-rettale, che si mantiene al di sotto la soglia di sufficienza; relativamente alle vaccinazioni pediatriche, sebbene i dati autocertificati restituiscano un adeguato livello di copertura, i dati rilevati da AVN risultano insufficienti;
 - con riferimento alla legge regionale n. 60 del 2023 di approvazione del documento di riorganizzazione della rete ospedaliera ex decreto ministeriale n. 70 del 2015, si resta in attesa del riscontro alle osservazioni formulate nel presente verbale; si sollecita, altresì, il riscontro alle ulteriori prescrizioni formulate, con particolare riferimento alla trasmissione del progetto sperimentale per il punto nascita di Sulmona;
 - con riferimento alla rete territoriale, restano in attesa di riscontro ai rilievi formulati sulla DGR n. 773 del 13/12/2022, con il parere prot. 270-P del 24/10/2023;
 - con riferimento all'accreditamento: sollecitano la trasmissione del Manuale di accreditamento (ex Intese Stato Stato-Regioni n. 259/CSR del 20/12/2012 e n. 32/CSR del 19/02/2015), che dovrà recepire le osservazioni rese dai Ministeri affiancanti con parere prot. 94-P del 20/07/2022; sollecitano, altresì il riscontro alle osservazioni formulate sulle singole DGR di accreditamento;
 - restano in attesa di ricevere i progetti sugli Obiettivi di PSN anno 2023 ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni rep. atti n. 265/CSR del 9/11/2023 e la rendicontazione dei progetti realizzati nell'anno 2022;

- la verifica adempimenti 2021 è ancora in corso. Si sollecita la Regione a trasmettere tutta la documentazione necessaria al fine di chiudere le relative istruttorie.

Nella successiva riunione congiunta tenutasi il 27 maggio 2024 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

La Regione Abruzzo a IV trimestre 2023 presenta un risultato d'esercizio in disavanzo di 95,658 milioni di euro.

La Regione ha presentato misure di copertura del proprio disavanzo per l'anno 2023 pari a 95,658 milioni di euro derivanti da risorse disponibili a valere sulle iscrizioni a Stato patrimoniale al 31/12/2022 della Gestione sanitaria accentrata (GSA) e dall'utilizzo del gettito derivante dalla massimizzazione dell'aliquota dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF. I Tavoli, anche rispetto a quanto evidenziato nella riunione dell'11 aprile e 6 maggio 2024, dopo il conferimento delle risorse necessarie, rilevano che la Regione Abruzzo ha assicurato l'equilibrio economico per il IV trimestre 2023.

Richiamano la Regione ad un corretto presidio dei costi sostenuti dal Servizio sanitario regionale (SSR), al fine di garantire la sostenibilità dello stesso in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente.

Si ricorda che, in assenza di una cornice programmatoria approvata, non essendo possibile riscontrare il raggiungimento degli obiettivi del Programma Operativo di prosecuzione del Piano di rientro, non sarà possibile riscontrare positivamente qualsiasi adempimento connesso. Si resta pertanto in attesa, con ogni consentita urgenza, della trasmissione del Programma Operativo secondo quanto richiesto nel Parere 120P del 10/05/2024.

Regione Calabria.

Nella riunione congiunta tenutasi l'11 aprile 2024 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- con riferimento alla situazione debitoria pregressa prendono atto di quanto relazionato dalla Struttura commissariale e rimangono in attesa di aggiornamenti sull'attività in essere;

- la Regione Calabria a Conto economico di IV trimestre 2023 presenta un disavanzo di 126,406 milioni di euro.

Dopo il conferimento dei gettiti derivanti dalle maggiorazioni delle aliquote fiscali preordinate dal Piano di rientro alla copertura del disavanzo sanitario, come aggiornati dal competente Dipartimento delle finanze con nota del 30/11/2023 e pari a complessivi 118,250 milioni di euro, del conferimento di 8,558 milioni di euro quale "quota sociale" delle prestazioni socio-sanitarie, presente nel Bilancio regionale 2024 destinati al 2023, dell'aggiornamento delle stime dei gettiti fiscali da manovre fiscali regionali pregresse per 6,745 milioni di euro, per complessivi 133,553 milioni di euro, il risultato d'esercizio del IV trimestre 2023 è pari ad un avanzo di 7,147 milioni di euro.

Si osserva nuovamente il ritardo nell'utilizzo delle rilevanti risorse messe a disposizione dalle leggi nazionali per il potenziamento dei LEA e che sono tuttora accantonate.

Si sollecita il Commissario *ad acta* al corretto e completo utilizzo delle risorse a disposizione per l'erogazione delle prestazioni assistenziali. Si ricorda la legislazione

speciale per la Regione Calabria di cui al decreto-legge n. 150/2020, come prorogato dall'articolo 2 del decreto-legge n. 169/2023, e al decreto-legge n. 146/2020 (articolo 16-septies), nonché al decreto-legge n. 51/2023;

- sulla base della tabella trasmessa e nelle more dei chiarimenti richiesti sulle risorse regionali, la Regione Calabria, ha rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2023, il 97% delle risorse incassate nell'anno 2023 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, delle somme derivanti dalle manovre fiscali regionali e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale.
Residuano in GSA, al 31/12/2023, 346,942 milioni di euro, si chiedono aggiornamenti sui relativi utilizzi e trasferimenti agli enti del SSR;
- rilevano ancora una volta il grave ritardo dei pagamenti da parte delle aziende del Servizio sanitario della Regione Calabria. Rilevano che il 41% dei pagamenti effettuati nell'anno 2023 non è rispettoso del dPCM 22/09/2014, con un miglioramento rispetto all'anno 2022. Invitano il Commissario *ad acta* ad attenzionare tale criticità richiamano il punto 22) del mandato commissariale: *"riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192/2012"*;
- con riferimento all'Indicatore di tempestività dei pagamenti rilevano che la media ponderata calcolata dalla Struttura commissariale evidenzia una situazione annuale 2023 (+60 giorni) in peggioramento a livello di SSR rispetto all'anno 2022 (+55 giorni). Tavolo e Comitato richiamano il punto 22) del mandato commissariale e ricordano quanto previsto dalla legge di bilancio per l'anno 2019, articolo 1, comma 865, in merito agli obiettivi dei Direttori generali con riferimento ai tempi di pagamento laddove si dispone di subordinare almeno il 30% dell'indennità di risultato al rispetto dei tempi di pagamento. Rilevano ancora una volta le fortissime criticità sui tempi di pagamento da parte degli enti del SSR della Regione Calabria.
Si ricorda nuovamente alla Struttura commissariale di trasmettere la relazione prevista dall'articolo 1, comma 865, della legge n. 145/2018 anche con riferimento ai Commissari straordinari che svolgono le funzioni dei direttori generali. Si ricordano anche gli obiettivi loro affidati con riferimento ai tempi di pagamento;
- rilevano che durante l'anno 2023 i pagamenti sulla Piattaforma dei crediti commerciali (PCC) sono risultati pari al 78% dell'importo dovuto. Ancorché rilevino un lieve miglioramento rispetto al IV trimestre 2022 (76%) invitano la Struttura commissariale a compiere le attività per intensificare l'utilizzo della PCC da parte delle aziende sanitarie. Risulta che nel 2023 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a +51 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -10 giorni e il "Tempo medio di scadenza" è di 61 giorni. Si segnalano criticità sulla PCC in quasi tutte le aziende sanitarie del SSR calabrese;
- con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro:
 - relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA (NSG) nell'anno 2022 la Regione consegue un punteggio finale complessivo degli indicatori core del NSG per area di assistenza ancora insufficiente per le aree Prevenzione e Distrettuale; migliora, invece, il punteggio per l'area Ospedaliera che raggiunge l'intervallo di

- adempienza;
- relativamente all'area della prevenzione, in materia di screening oncologici, i dati 2022 rilevano una percentuale di adesione ai tre programmi di screening oncologici in miglioramento rispetto alle annualità precedenti, sebbene ancora ampiamente al di sotto della soglia di sufficienza; in materia di coperture vaccinali, i dati 2022, rilevati attraverso AVN, presentano sia per il ciclo base che per prima dose morbillo, parotite e rosolia, valori al di sotto della soglia di sufficienza. Si raccomanda di garantire la completezza della base dati (AVN) con le informazioni di tutte somministrazioni effettuate a ciascun assistito;
 - con riferimento alla rete ospedaliera, relativamente al documento di riorganizzazione della rete ex DM n. 70 del 2015 di cui al DCA n. 78 del 26/03/2024, avendo anche acquisito il parere del Tavolo DM n. 70/2015, ai sensi di quanto disposto dalla legge n. 208 del 2015, esprimono parere positivo sul DCA n. 78/2024 con le prescrizioni ivi riportate;
 - con riferimento alle reti tempo-dipendenti, si resta sempre in attesa di una relazione sugli esiti del monitoraggio dei nodi individuati per ciascuna rete tempo-dipendente: Ictus, Emergenze cardiologiche e Trauma;
 - con riferimento alla assistenza territoriale, si resta in attesa di aggiornamenti sul potenziamento dell'offerta programmata con il DCA n. 197/2023 di programmazione della Rete territoriale in attuazione del decreto ministeriale n. 77 del 2022 e sulle raccomandazioni fornite da AGENAS nell'ambito del monitoraggio sullo stato di avanzamento dell'adeguamento agli standard del decreto ministeriale n. 77/2022;
 - con riferimento all'accreditamento, si raccomanda di proseguire nell'impegno assicurato per la risoluzione della criticità in ordine alle tempistiche dei rinnovi degli accreditamenti e sui lunghi tempi che intercorrono tra le istanze e la conclusione dei procedimenti di accreditamento; si resta, altresì, sempre in attesa di ricevere la proposta di legge regionale per l'adeguamento della legge regionale n. 24/2008, che recepisca le osservazioni rese dai Ministeri affiancanti con parere prot. n. 47-P/2023;
 - con riferimento al personale, si resta in attesa di ricevere aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle assunzioni rispetto a quanto contenuto nei piani di fabbisogno adottati dalle singole aziende del SSR;
- con riferimento alla valutazione ex articolo 6 commi da 1-3 del decreto-legge n. 150 del 2020 (contributo di solidarietà del servizio sanitario della Regione Calabria) per gli anni 2022 e 2023 in considerazione:
 - di quanto valutato in merito alla verifica annuale 2022, di cui alla riunione del 21 marzo 2023, e alla verifica annuale per l'anno 2023 di cui al presente verbale, ivi ricomprendendo le valutazioni susseguenti i pareri resi dai Ministeri affiancanti nell'attività di monitoraggio del Piano di rientro;
 - alle criticità nel superamento delle verifiche adempimenti per anni anche datati;
 - alle osservazioni effettuate su diverse leggi regionali, in parte evidenziate in questo verbale, concernenti soprattutto il contrasto tra l'attività legislativa regionale in materia sanitaria e le attribuzioni del mandato commissariale per il piano di rientro;

- del mancato recepimento finora da parte del Commissario ad acta delle osservazioni rese dai Ministeri affiancanti e da questi Tavoli tecnici su diversi provvedimenti commissariali che non risultavano in linea con il Piano di rientro;

valutano che non possa concludersi una complessiva valutazione positiva dello stato di attuazione del Programma Operativo ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 21/12/2022. Pertanto, i Tavoli, rinviando alle successive riunioni di verifica lo stato di attuazione del Programma Operativo ai fini dell'erogazione delle predette somme (60 milioni di euro per ciascuno degli anni 2022 e 2023) in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21/12/2022 (Rep. Atti n. 264/CSR del 21/12/2022) successivamente integrato dall'Accordo dell'8/03/2023 (Rep. Atti n. 44/CSR dell'8/03/2023);

- con riferimento alla verifica degli adempimenti rilevano che non risulta ancora pervenuto il riscontro alle criticità rilevate nella verifica adempimenti 2019. La verifica adempimenti per gli anni 2020 e 2021 risulta ancora carente di documentazione o di riscontro ai chiarimenti richiesti. Richiamano la Struttura commissariale al presidio degli adempimenti anche al fine di non ritardare l'accesso alla quota premiale annuale del finanziamento del Servizio sanitario regionale.

Regione Campania.

Nella riunione congiunta tenutasi il 9 aprile 2024 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione Campania a IV trimestre 2023 presenta un avanzo di 5,738 milioni di euro;
- la Regione Campania ha rispettato quanto previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2023, il 95% delle risorse incassate nell'anno 2023 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale.

Residuano al 31/12/2023 in Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) 453,377 milioni di euro per i quali si chiedono aggiornamenti in merito al relativo utilizzo per pagamenti della GSA ovvero per trasferimenti agli enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR). In riferimento all'anno 2021 e 2022, i Tavoli restano in attesa di aggiornamenti in merito alle risorse che residuavano ancora in GSA;

- rilevano che nell'anno 2023 la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal dPCM 22/09/2014 è pari, a livello regionale, al 20%. Rilevano pagamenti con ritardi importanti in diverse aziende;
- rilevano che, in base ai valori forniti dalla Regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti per l'anno 2023, per la Regione Campania nel suo complesso, registra valori negativi. Si segnalano criticità presenti in due Aziende: la ASL Napoli 3 e la ASL Napoli 2.

Richiamano quanto previsto dalla legge di bilancio per l'anno 2019, articolo 1, comma 865, in merito agli obiettivi dei Direttori generali con riferimento ai tempi di pagamento laddove si dispone di subordinare almeno il 30% dell'indennità di risultato al rispetto dei tempi di pagamento. Chiedono aggiornamenti in merito alla Regione;

- con riferimento alla fatturazione elettronica i Tavoli invitano nuovamente la Regione a compiere le attività per intensificare l'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) da parte delle aziende, in special modo da parte degli enti evidenziati che presentano basse percentuali. Risulta inoltre che nel 2023 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 37 giorni, il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -24 giorni e il "Tempo medio di scadenza" è pari a 61 giorni;
- con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro, valutano quanto segue:
 - relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA (NSG) nell'anno 2022 la Regione consegue un punteggio finale complessivo degli indicatori core del NSG per area di assistenza sufficiente per le aree Prevenzione e Ospedaliera mentre persiste un punteggio insufficiente per l'area Distrettuale;
 - con riferimento alla prevenzione, nell'anno 2022 si registrano miglioramenti nell'adesione ai 3 programmi di screening, in particolare quello cervicale che raggiunge la soglia di sufficienza, mentre risulta ancora insufficiente la copertura dello screening mammografico e colon-rettale. Si resta in attesa dello stato di avanzamento delle attività programmate in materia di screening, in particolare riguardo a: diffusione della piattaforma unica di gestione dei 3 programmi di screening (Ninfa-Sinfonia), prevista a regime entro il 2024 e redazione atto di riorganizzazione dei programmi di screening (ex DCA n. 84/2019);
 - sollecitano nuovamente la definitiva conclusione delle attività relative al Progetto Terra dei Fuochi;
 - con riferimento alla rete ospedaliera, restano sempre in attesa di riscontro alla nota del Ministero della salute prot. 0021871-P del 31/10/2022 relativa al monitoraggio della rete ospedaliera adottata in attuazione del DM n. 70/2015, al fine di aver evidenza del reale stato di implementazione della rete programmata. Restano, altresì, in attesa di aggiornamenti sui lavori per la definizione del nuovo documento di rete che il Programma Operativo 2022-2024 prevede entro il 31/12/2024.
 - con riferimento al percorso nascita, si resta in attesa del più volte sollecitato Piano di riorganizzazione complessiva della Rete dei Punti Nascita in conformità ai requisiti di cui all'allegato 1b dell'Accordo Rep. atti n. 137/CU del 16/12/2010, al decreto ministeriale n. 70/2015 e al decreto ministeriale 11/11/2015;
 - con riferimento alla rete oncologica, si resta in attesa di aggiornamenti sugli esiti del monitoraggio dei dati 2023, e delle conseguenti determinazioni che la Regione intenderà assumere in aggiornamento della rete;
 - con riferimento alla rete laboratoristica, stante il ritardo rilevato dal Comitato LEA nell'ambito del monitoraggio del processo di efficientamento delle reti laboratoristiche ai sensi del decreto-legge n. 73/2021, si raccomanda di procedere celermente e si resta, altresì, in attesa delle previste linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete laboratoristica privata. Si richiamano le scadenze di legge e i presupposti per l'accesso alle risorse all'uopo destinate;
 - con riferimento alla rete territoriale, nel segnalare il persistere di carenze nell'offerta, restano in attesa di aggiornamenti sullo stato di implementazione dell'offerta programmata;
 - con riferimento agli obiettivi di piano, si resta in attesa di riscontro a quanto richiesto nel presente verbale;

- la verifica adempimenti per l'anno 2019, 2020 e 2021 presenta ancora criticità. Sollecitano la Regione a trasmettere tutta la documentazione necessaria a completare le istruttorie;
- con riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico in merito alla verifica di cui all'articolo 4, comma 2, del DM 23/12/2019, si rimane in attesa di una relazione aggiornata circa lo stato di avanzamento delle attività di cui al citato decreto ministeriale 23/12/2019;
- con riferimento alla richiesta di uscita dal Piano di rientro i Tavoli restano in attesa di un Programma Operativo che individui il cronoprogramma degli obiettivi da raggiungere al fine di uscire dal piano di rientro.

Regione Lazio.

Nella riunione congiunta tenutasi il 16 aprile 2024 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione rappresenta di aver adottato la DGR n. 69 del 14/02/2024 avente ad oggetto: "Revoca parziale DCA n. 521/2018 avente ad oggetto: "Integrazione DCA 69/2018 e 402/2018 - Valutazione straordinaria delle partite contabili creditorie e debitorie iscritte nei bilanci degli enti del SSR – Indicazioni operative sul trattamento contabile da seguire" che tra le altre cose prevede che gli enti del SSR debbano ripristinare il fondo di dotazione al 31/12/2017. I Tavoli, al riguardo, nel rinviare al parere da rendersi, ricordano quanto già osservato nei verbali precedenti in merito alla necessità di ripristinare la copertura del fondo di dotazione di cui alla legge regionale n. 28/2019.
Ricordano quanto disposto dall'articolo 2, comma 80, della legge 191 del 2009 in merito alla cogenza degli interventi individuati dal piano di rientro che sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del suddetto piano e si resta in attesa della modifica alla legge regionale, tanto più, vista l'adozione della DGR n. 69 del 14/02/2024. Chiedono, pertanto, alla Regione di riferire in merito alla richiesta accelerazione della risoluzione della questione dei fondi di dotazione negativi;
- la Regione, a seguito dei rilievi mossi dalla Corte dei conti, con la determina n. G10720 del 3/08/2023, ha avviato, un'attività straordinaria di analisi delle poste patrimoniali dei bilanci degli Enti del SSR finalizzata ad addivenire ad una corretta determinazione del fondo di dotazione. Nel corso della riunione la Regione riferisce che l'attività straordinaria svolta sulle note di credito da ricevere è prossima alla conclusione. Inoltre, per quanto concerne l'analisi dei crediti e debiti pregressi, riferisce che probabilmente possa portare a risultati significativi entro il mese di giugno 2024, per poi essere ultimata definitivamente in seguito. In generale, la Regione rappresenta, altresì, che non vi è contezza dell'impatto economico finale di tale lavoro. I Tavoli chiedono alla Regione e all'Advisor di relazionare con tempestività in merito e restano in attesa della celere conclusione dell'analisi;
- la Regione Lazio presenta a IV trimestre 2023 un risultato d'esercizio in avanzo di 90,584 milioni di euro.
Dopo il conferimento delle coperture fiscali preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi del SSR, pari a 91,091 milioni di euro, obbligatoriamente destinate al SSR, si

rileva un avanzo di 181,675 milioni di euro.

I Tavoli ribadiscono la richiesta di trasmissione di un approfondimento riguardante i controlli esterni (in contestazione e non), con indicazione degli accantonamenti, delle sopravvenienze e delle note di credito (con separata indicazione tra quelle ricevute e non ricevute). I Tavoli, pertanto, specificano che occorrono gli approfondimenti richiesti, con particolare riferimento alla iscrizione delle partite straordinarie attive e per valutare la corretta appostazione di tutti gli eventuali rischi.

Restano in attesa di una dettagliata relazione, sia della Regione che dell' *Advisor*, sulla movimentazione delle poste straordinarie per il consuntivo 2023.

La Regione, nel corso della riunione, per necessità del bilancio regionale non sanitario, ha chiesto di poter rientrare nella disponibilità della manovra regionale che risulterebbe in eccesso rispetto alla garanzia dell'equilibrio economico per i conti 2022 e 2023.

In merito al 2022 Tavolo e Comitato richiamano il fatto che, come noto, i bilanci ancora non sono stati approvati e la Regione stessa dichiara di aver ancora in corso un'attività di verifica delle risultanze contabili. Pertanto, avendo i Tavoli già assecondato in parte la precedente richiesta del bilancio regionale, valutando che potesse rientrare nella disponibilità di una parte delle manovre fiscali anno d'imposta 2023 fino a 50 milioni di euro, valutano ora che la restante parte non possa essere svincolata fino a conclusione delle attività in corso da parte della Regione e all'approvazione dei bilanci d'esercizio, anche al fine di confermare in via definitiva l'effettiva possibilità di svincolare i predetti 50 milioni di euro.

Con riferimento ai conti 2023, ricordano che la stessa Regione dichiara di aver in corso una verifica straordinaria su partite contabili di esercizi pregressi e che pertanto non è in grado di quantificare la possibilità di eventuali impatti economici; peraltro, la movimentazione del IV trimestre 2023 con particolare riferimento alle partite straordinarie e agli utilizzi di quote pregresse, necessita dei richiesti approfondimenti. In tali termini le manovre fiscali obbligatoriamente destinate dal Piano di rientro alla garanzia dell'equilibrio non sono svincolabili al momento, nelle more della chiusura della attività in corso da parte della Regione e dell'approvazione dei bilanci.

Nel ricordare le tempistiche stabilite dal decreto legislativo n. 118 del 2011, sollecitano la Regione ad effettuare pronti riscontri e a concludere l'attività straordinaria di verifica di partite contabili di esercizi pregressi.

Si ricorda peraltro che, in assenza di una cornice programmatoria approvata, non essendo possibile riscontrare il raggiungimento degli obiettivi del Programma Operativo, non sarà possibile riscontrare positivamente qualsiasi adempimento connesso. Si richiama, peraltro, la Regione al rispetto dell'Accordo per il Piano di rientro e a trasmettere tutti gli atti in preventiva valutazione e ad informarne i Ministeri affiancanti e questi Tavoli;

- rilevano che la Regione Lazio ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2023, il 99% delle risorse incassate nell'anno 2023 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale;
- rilevano che la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal dPCM 22/09/2014 è pari, a livello regionale, al 10%, con un miglioramento rispetto all'anno

2022;

- rilevano che, in base ai valori forniti dalla Regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti per l'anno 2023, per la Regione Lazio nel suo complesso, registra un valore negativo di -19 giorni medi. Si segnalano nuovamente criticità presenti nella ASL Frosinone e si raccomanda la Regione ad affrontare e risolvere le criticità presenti;
- invitano la Regione ad implementare l'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC), in special modo in taluni Enti del SSR per i quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto risultano ancora bassi. Risulta inoltre che nel 2023 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 38 giorni, il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -22 e il "Tempo medio di scadenza" è di 60 giorni;
- raccomandano alla Regione l'invio tempestivo e accurato dei provvedimenti utili alle istruttorie e i provvedimenti regionali, in coerenza con l'Accordo per il Piano di rientro;
- con riferimento allo stato di attuazione del Piano di rientro, valutano quanto segue:
 - nell'anno 2022, il punteggio complessivo degli indicatori core del NSG risulta adempiente in ciascuna area di assistenza con un miglioramento nell'area Ospedaliera ed una lieve flessione nelle aree Prevenzione e Distrettuale, rispetto al 2021;
 - prendono favorevolmente atto delle azioni messe in atto per migliorare l'adesione ai Programmi di screening, in particolare del colon retto che risulta ancora al di sotto della soglia di sufficienza e restano in attesa dei dati aggiornati, al fine di riscontrarne l'efficacia. Con riferimento alle coperture vaccinali raccomandano di assicurare la corretta copertura della base dati AVN; nonché di perseguire azioni di miglioramento nella copertura dell'antinfluenzale anziano;
 - relativamente all'assistenza ospedaliera restano in attesa dei dati 2023 accompagnati dalla descrizione degli esiti del monitoraggio svolto, in particolare, sulle aree critiche, nonché di aggiornamenti sulle eventuali azioni di miglioramento messe in atto. relativamente alla Rete dei punti nascita, restano in attesa delle determinazioni assunte o che si intendano assumere sulle strutture che presentano un trend di bassi volumi di attività;
 - con riferimento all'assistenza territoriale, restano in attesa di aggiornamenti sul nuovo modello di presa in carico ADI, nonché sulla definizione del fabbisogno di assistenza residenziale socioriabilitativa. Restano, inoltre, in attesa di aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle azioni programmate nel Piano di potenziamento delle cure palliative 2024;
 - in materia di accreditamento, restano in attesa di aggiornamenti sulla conclusione dei procedimenti di accreditamento delle strutture ancora in corso; nonché di una relazione sul percorso avviato per la riconversione della Casa di Cura Marco Polo;
 - sollecitano la trasmissione del Piano di miglioramento della mobilità, nonché aggiornamenti sulla sottoscrizione degli accordi per il governo della mobilità;
- la verifica adempimenti per l'anno 2021 è in corso. Si invita la Regione a trasmettere tutta la documentazione necessaria ai fini della relativa istruttoria da parte di Tavolo e Comitato.

Regione Molise.

Nella riunione congiunta tenutasi il 9 aprile 2024 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- con riferimento alla quota di gettito derivante da manovre fiscali regionali per gli anni 2015 e 2016, impropriamente trattenuta dalla Regione, tenuto conto del fatto che è stata effettivamente trasferita al SSR, valutano che possa procedersi allo svincolo, in favore della Regione, della quota premiale del finanziamento sanitario corrente indistinto per gli anni 2015 e 2016.

Con riferimento alla quota di gettito derivante da manovre fiscali regionali per gli anni 2017 e seguenti, impropriamente trattenuta dalla Regione, per cui allo stato degli atti emerge un mancato trasferimento per 15,584 milioni di euro, i Tavoli, nel ricordare che i gettiti da manovre fiscali regionali sono, per legge e in attuazione del Piano di rientro, destinati obbligatoriamente al finanziamento delle perdite del SSR per cui la Regione non ha un legittimo titolo per trattenerli e utilizzarli per finalità extrasanitarie, né in termini di competenza, né in termini di cassa, rappresentano la gravità della condizione attuale nella quale una parte di tali risorse sono state trasferite al SSR tardivamente e una parte non è stata trasferita affatto, né sussiste un formale impegno della Regione a provvedere a tale ristoro in tempi certi. Pertanto, invitano nuovamente la struttura commissariale a definire celermente un programma di restituzione delle risorse non ancora trasferite al Servizio sanitario regionale individuando in maniera dettagliata gli anni interessati, i relativi importi e tempi di erogazione delle risorse e ribadiscono la necessità e l'urgenza di affrontare la questione anche nel Programma Operativo 2024-2026;

- La Regione Molise a IV trimestre 2023 presenta un disavanzo di 41,544 milioni di euro. Dopo il conferimento dei gettiti fiscali derivanti dalle maggiorazioni delle aliquote preordinate dal Piano di rientro alla copertura del disavanzo sanitario (al netto di 0,931 milioni di euro ad oggi non ancora impegnati), come aggiornate dal competente Dipartimento delle finanze a dicembre 2023 e pari a complessivi 23,687 milioni di euro, residua un disavanzo al IV trimestre 2023 di 17,857 milioni di euro.

Si tiene altresì conto della perdita degli esercizi 2022 e precedenti portata a nuovo, oggetto di rideterminazione in considerazione del mancato conferimento al SSR dei gettiti derivanti dalle manovre fiscali 2016-2018, che invece devono essere destinati obbligatoriamente al SSR, che conseguentemente è rideterminata in -118,156 milioni di euro.

In considerazione delle perdite 2022 ed esercizi precedenti portate a nuovo, pari a 118,156 milioni di euro, la perdita complessiva non coperta al 31/12/2023 è pari a 136,013 milioni di euro.

Stante quanto sopra, in considerazione del disavanzo non coperto per la Regione Molise rilevato a IV trimestre 2023, pari a 17,857 milioni di euro, e in considerazione della perdita pregressa portata a nuovo di 118,156 milioni di euro, per una perdita complessiva non coperta al 31/12/2023 di 136,013 milioni di euro, si sono realizzate, con riferimento al risultato di gestione dell'anno 2023, le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti, oltre che il divieto di effettuare spese non obbligatorie da parte del bilancio regionale fino al 31/12/2025, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 e

dell'articolo 2, comma 86, della legge n. 191 del 2009;

- ricordano altresì alla struttura commissariale la necessità di affrontare con ogni urgenza la questione delle perdite pregresse non coperte;
- ribadiscono la necessità, da parte della struttura commissariale, di provvedere al potenziamento dei controlli di appropriatezza delle prestazioni erogate dagli erogatori privati accreditati, al fine di remunerare le sole prestazioni che corrispondono effettivamente ai profili di appropriatezza e sicurezza, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale, oltre che al fine di comunicare in modo corretto i dati da inserire nella matrice di mobilità sanitaria;
- la Regione Molise ha rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2023, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2023 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa Regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale;
- segnalano che i pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal dPCM 22/09/2014 sono pari al 67%: Asrem ha effettuato pagamenti oltre i termini previsti per il 74% e la Gestione sanitaria accentrata (GSA) per il 52%;
- rilevano, con riferimento all'anno 2023, un ritardo nei pagamenti dell'Asrem di 84 giorni e un ritardo nei pagamenti della GSA di 80 giorni, in significativo peggioramento rispetto all'anno 2022 e al periodo 2019-2021;
- a partire dalle informazioni fornite dalla struttura commissariale, non possono che confermare anche nel 2023 il ritardo nel pagamento dei fornitori da parte di Asrem e GSA.

Ricordano che la riduzione del ritardo medio nel pagamento delle fatture ai fornitori rientra tra gli obiettivi dei Direttori generali ai sensi dell'articolo 1, comma 865, della legge n. 145 del 2018 che prevede un meccanismo sanzionatorio legato all'assegnazione dell'indennità di risultato dei direttori generali delle Aziende sanitarie vincolata al rispetto dei tempi di pagamento.

Poiché la citata norma dispone di subordinare almeno il 30% dell'indennità di risultato al rispetto dei tempi di pagamento, si chiede alla struttura commissariale l'esito delle valutazioni del Direttore Generale Asrem e l'applicazione di quanto previsto.

Richiamano lo specifico punto del mandato commissariale e richiamano altresì i mancati/ritardati trasferimenti della cassa da parte del bilancio regionale.

Ricordano, inoltre, che in ultimo nella riunione del 29 gennaio 2024, chiedevano alla struttura commissariale di affrontare la questione congiuntamente con la necessità di restituire la cassa al SSR nell'ambito del Programma Operativo. Si rinvia a parere da rendere sulla bozza di Programma Operativo 2023-2025;

- a partire dalle informazioni depositate sulla Piattaforma dei crediti commerciali (PCC) rilevano che nel 2023 i pagamenti sono pari al 56% dell'importo dovuto. Nel medesimo periodo il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 134 giorni, il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a 64 giorni e il "Tempo medio di scadenza" è pari a 71 giorni. Richiamano nuovamente lo specifico punto del mandato commissariale dedicato ai tempi di pagamento;

- con riferimento alla verifica del Piano di rientro, si rileva quanto segue:
 - relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA (NSG), nell'anno 2022 la Regione consegue un punteggio finale complessivo degli indicatori core del NSG per area di assistenza sufficiente per l'area Ospedaliera e Distrettuale. L'area della Prevenzione risulta in peggioramento e consegue un punteggio insufficiente;
 - con riferimento alla prevenzione, nell'anno 2022 si registra un miglioramento nell'adesione ai tre programmi di screening. Si resta in attesa di ricevere i dati di monitoraggio dell'anno 2023 che rilevino gli screening effettuati in rapporto alla popolazione target e al numero di inviti trasmessi. Per quanto riguarda le vaccinazioni, per l'anno 2022 i dati regionali autocertificati rappresentano una copertura sufficiente per tutte le vaccinazioni pediatriche. Tuttavia, i dati rilevati da AVN presentano una copertura al di sotto della soglia di sufficienza sia per il ciclo base che prima dose contro morbillo, parotite, rosolia, pertanto si sollecita la struttura commissariale ad intraprendere le opportune azioni al fine di alimentare la base dati (AVN) con le informazioni complete delle somministrazioni effettuate a ciascun assistito, nonché a incrementare la copertura vaccinale antinfluenzale nell'anziano;
 - con riferimento alla rete ospedaliera, avendo anche acquisito il parere del Tavolo DM n. 70 del 2015, ai sensi di quanto disposto dalla legge n. 208/2015, esprimono parere negativo sul documento presentato e restano di ricevere il nuovo documento programmatico che recepisca le osservazioni formulate dal Tavolo DM n. 70 del 2015;
 - con riferimento al percorso nascita, come anche richiesto da ultimo dal Tavolo DM n. 70 del 2015 sul documento di riorganizzazione della rete ospedaliera presentato, si resta in attesa della definizione della rete dei Punti nascita in conformità ai requisiti di cui all'Accordo Rep. atti n. 137/CU del 16/12/2010, al DM n. 70 del 2015, al DM 11/11/2015 nonché ai pareri espressi dal Comitato Percorso Nascita Nazionale;
 - con riferimento alla rete territoriale, restano in attesa del DCA di riorganizzazione della rete ai sensi del DM n. 77 del 2022 integrato e/o modificato come richiesto nel parere 81-P dell'8/04/2024 nonché del Piano regionale di potenziamento delle cure palliative ai sensi dell'articolo 1, comma 83, della legge n. 197 del 2022;
 - con riferimento al personale restano, tra l'altro, in attesa di aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle procedure assunzionali, tenuto anche conto delle gravi carenze di personale più volte rappresentate dalla struttura commissariale;
 - restano in attesa di aggiornamenti sullo stato dell'arte dell'implementazione del CUP regionale con la centralizzazione delle agende di prenotazione, come previsto dal Piano Nazionale delle liste di attesa - PNLA 2019-2021, anche delle strutture private accreditate a diretta gestione regionale;
- la verifica adempimenti per l'anno 2021 è in corso. Invitano la struttura commissariale a trasmettere tutta la documentazione utile per completare l'istruttoria. Si ricorda che, in assenza di una cornice programmatica approvata, non essendo possibile riscontrare il raggiungimento degli obiettivi del PO, non sarà possibile riscontrare positivamente qualsiasi adempimento connesso. Si richiamano le inadempienze ancora presenti sugli anni pregressi;

- relativamente al Fascicolo sanitario elettronico, circa l'erogazione delle risorse del Fondo investimenti (ex articolo 1, comma 1072, della legge n. 205 del 2017), per la verifica di cui all'articolo 4, comma 2 del DM 23/12/2019, sulla base dell'istruttoria condotta e a fronte di quanto già verificato positivamente, valutano che possano essere erogate a saldo 2021 le spettanze relative all'indicatore E.2.

Tavolo e Comitato rilevano nuovamente con preoccupazione che la Regione Molise continua a registrare rilevanti perdite annuali di bilancio sanitario, oltre a dover garantire la copertura di ingenti perdite pregresse, ciò, nonostante i cospicui aiuti finanziari ricevuti dalla Stato e dalle altre regioni e nonostante gli incrementi di finanziamenti ricevuti negli ultimi anni.

Richiedono pertanto alla struttura commissariale di approntare con urgenza tutte le misure necessarie a ricondurre la programmazione e la gestione del SSR in equilibrio strutturale, avviando un efficace percorso di efficientamento del SSR e di garanzia dell'erogazione dei LEA.

A tal fine chiedono nuovamente di effettuare, con il supporto dei Ministeri affiancanti, una rivalutazione della programmazione e della strutturazione del SSR da porre in essere, considerate le dimensioni della Regione in termini di popolazione e richiamano la necessità di un efficace governo degli erogatori privati accreditati, che non sono, né possono ritenersi estranei ai vincoli di sostenibilità dell'intero SSR, richiamando le considerazioni sopra svolte.

Richiamano la struttura commissariale ad un attento governo dell'unica azienda sanitaria presente in Regione e ad un attento, corretto ed appropriato governo dei rapporti con le strutture private accreditate. Richiamano la struttura commissariale ad una attenta e coerente programmazione del SSR in ossequio al mandato commissariale attribuito.

Regione Puglia.

Nella riunione congiunta tenutasi il 21 marzo 2024 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- con riferimento a quanto comunicato dalla Regione, in relazione al risultato di esercizio consuntivo 2022, circa il fatto che, a seguito delle maggiori coperture definite ai sensi dell'articolo 1, commi 822 e 823, della legge n. 197 del 2022 per 149 milioni di euro, l'importo di euro 4,424 milioni di euro, pari alla differenza tra l'importo complessivamente svincolato e le effettive esigenze di copertura del disavanzo del bilancio consolidato sanitario 2022, è rientrato nelle disponibilità del bilancio regionale extrasanitario, nel rispetto degli originari vincoli di destinazione delle risorse, i Tavoli chiedono alla Regione la produzione di un provvedimento che modifichi gli atti a suo tempo prodotti i quali destinavano l'intero importo al SSR, in modo da allineare la copertura finale del disavanzo sanitario alla variazione di bilancio effettuata con la quale il bilancio recupera quota parte delle predette risorse per finalità extrasanitarie. A seguito di tali atti si procederà alla revisione del risultato d'esercizio 2022 che, in assenza di atti formali, continua ad evidenziare un avanzo di 4,689 milioni di euro invece non più sussistente;
- la Regione Puglia a IV trimestre 2023 presenta un disavanzo di 72,567 milioni di euro. La Regione ha iscritto coperture LEA, sul modello CE voce AA0080, a valere su risorse del bilancio autonomo regionale per 33,600 milioni di euro.

Il risultato di gestione, pertanto, a seguito delle predette coperture, risulta in disavanzo per 38,967 milioni di euro.

In tali termini, si sono verificati i presupposti per l'avvio della procedura della diffida a provvedere alla copertura del disavanzo residuo di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004.

Il disavanzo in rapporto al finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari allo 0,9%.

Si rinnova l'invito alla Regione ad una riflessione in merito alla gestione strutturale del FSR, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente.

Si ricorda che, in assenza di una cornice programmatica approvata, non essendo possibile riscontrare il raggiungimento degli obiettivi del PO, non sarà possibile riscontrare positivamente qualsiasi adempimento connesso;

- la Regione comunica inoltre che ai fini dell'integrale copertura del disavanzo sanitario, sta ultimando le attività necessarie per avvalersi dei commi 822 e 822-bis, dell'articolo 1, della legge n. 197 del 2022, come modificata dal decreto-legge n. 215 del 2023, che autorizzano le regioni, in sede di rendiconto dell'esercizio finanziario 2023, a svincolare quote dell'avanzo vincolato di amministrazione, limitatamente alle risorse di parte corrente, per la copertura del disavanzo della gestione 2023 delle aziende del Servizio sanitario regionale. In merito ha trasmesso la DGR n. 326 del 18/03/2024 recante *"Disavanzo della gestione 2023 delle aziende del Servizio sanitario regionale. Destinazione delle quote di avanzo vincolato di amministrazione di parte corrente al 31.12.2023, da svincolare ai sensi dell'articolo 1, commi 822 e 822-bis della legge 29 dicembre 2022, n. 197, come modificato dal decreto-legge 30 dicembre 2023, n. 215, convertito in legge 23 febbraio 2024, n. 18 Fondo sanitario regionale – Anno 2023. Impegno di spesa ed accertamento di entrata ai sensi dell'articolo 20 del D.Lgs.vo 23 giugno 2011, n. 118. Primo provvedimento."*

I Tavoli nel ricordare che la legge n. 197/2022, all'articolo 1, comma 822-bis, dispone che *"In sede di approvazione del rendiconto 2023 lo svincolo delle quote di avanzo vincolato di amministrazione di cui al comma 822 è autorizzato limitatamente alle risorse di parte corrente per la copertura del disavanzo della gestione 2023 delle aziende del servizio sanitario regionale."* valutano, pertanto, che, nelle more dell'approvazione del rendiconto generale per l'esercizio finanziario 2023 e della destinazione, in quella sede, delle quote di avanzo vincolato sopra richiamate alla copertura del disavanzo sanitario, la copertura non sia efficace, posto che la DGR n. 326/2024 si limita ad impegnare la Giunta ad adottare una successiva delibera, in occasione dell'approvazione del rendiconto 2023, diretta a svincolare le risorse necessarie per dare copertura al disavanzo della sanità, senza indicare l'ammontare di risorse che saranno svincolate e dichiarando soltanto che l'importo individuato è sufficiente a dare copertura alla sanità.

I Tavoli rimangono in attesa di aggiornamenti in merito da parte della Regione;

- sulla base della tabella trasmessa, la Regione Puglia ha rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2023, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2023 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale.

Residuano al 31/12/2023 in GSA 752,809 milioni di euro, di cui 196 milioni di euro di

risorse da bilancio regionale non ancora trasferite al SSR. I Tavoli nel rilevare l'entità consistente di tale importo chiedono aggiornamenti in merito al relativo utilizzo per pagamenti della GSA ovvero per trasferimenti agli enti del SSR;

- rilevano che la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal dPCM 22/09/2014 è pari nel periodo 1/01/2023-31/12/2023, a livello regionale, al 24%, in miglioramento rispetto al 2022 (28%). Risultano criticità su taluni enti per i quali si invita la Regione ad attivarsi al fine di risolvere le problematiche;
- rilevano che, in base ai valori forniti dalla regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti per l'anno 2023, per la Regione Puglia nel suo complesso, registra un valore negativo di -7 giorni medi. Si segnalano criticità presenti sulla ASL Foggia;
- con riferimento alle movimentazioni sulla Piattaforma dei crediti commerciali (PCC) rilevano nell'anno 2023 pagamenti per il 92% dell'importo dovuto. Risulta inoltre che per l'anno 2023 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 40 giorni, il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -24 giorni e il "Tempo medio di scadenza" è di 64 giorni;
- con riferimento alla verifica del rispetto del vincolo alla spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privato accreditato, dettato dal decreto-legge n. 95 del 2012, come modificato dall'articolo 45, comma 1-ter, del decreto-legge n. 124 del 2019, la regione, a IV trimestre 2023, non rispetta il citato vincolo. È necessario che la regione fornisca gli elementi richiesti e riportati nello specifico paragrafo. Si rinvia la valutazione in sede di Conto consuntivo 2023;
- con riferimento al Programma Operativo 2024-2026 di prosecuzione del Piano di rientro valutano la proposta trasmessa dalla Regione non completa in assenza di molti interventi riferiti agli anni 2025 e 2026, peraltro mancando i modelli tendenziali e programmatici per i medesimi anni 2025 e 2026 senza i quali non è possibile effettuare una compiuta istruttoria e valutazione del documento trasmesso. Si chiede pertanto con urgenza la trasmissione di una nuova bozza di documento;
- con riferimento all'attuazione del Piano di rientro:
 - con riferimento al monitoraggio dell'erogazione dei LEA (NSG), nel 2022 la Regione consegue un punteggio finale complessivo degli indicatori core del NSG di adempimento nelle tre aree di assistenza ed in miglioramento rispetto all'annualità 2021;
 - relativamente all'area della prevenzione, si registra un generale miglioramento nella percentuale di adesione ai tre programmi di screening oncologici, con un valore, tuttavia, ancora non sufficiente per lo screening mammografico e colonrettale sui quali si resta in attesa di aggiornamenti sulle attività in atto per migliorare l'adesione; si raccomanda, altresì, l'adozione di adeguate misure per migliorare le coperture vaccinali pediatriche e per antinfluenzale anziano;
 - riguardo all'assistenza ospedaliera, restano in attesa di ricevere il Piano di riordino della rete ospedaliera, emergenza-urgenza e reti tempo dipendenti, di modifica del Regolamento Regionale n. 23, e le relative tabelle di programmazione, ai fini della valutazione istruttoria da parte del Tavolo del DM n. 70 del 2015. Restano, altresì, in attesa dei dati di monitoraggio anno 2023, relativi all'attività dei nodi delle reti tempo-dipendenti (Cardiologica, Ictus e Trauma);

- relativamente alla rete laboratoristica, il monitoraggio condotto dal Comitato LEA ex decreto-legge n. 73 del 2021 ha registrato un avanzamento nella riorganizzazione dei laboratori pubblici mentre, in merito ai laboratori privati, anche in considerazione dell'elevato numero di laboratori sotto la soglia delle 200.000 prestazioni e del ritardo nel processo di efficientamento, il Comitato LEA ha sollecitato l'implementazione di quanto programmato. Tavolo e Comitato restano in attesa del riscontro alle osservazioni rilevate dal Comitato LEA nella riunione del 27 giugno 2023 e sollecitano il processo di efficientamento, evidenziando che non è più tollerabile un ritardo su tale linea di efficientamento che si ripercuote sulla capacità della rete laboratoristica privata di assicurare cure efficienti. Richiamano lo specifico adempimento all'interno della verifica per l'accesso alla quota premiale;
- relativamente all'assistenza territoriale, restano in attesa di aggiornamenti riguardo al potenziamento dell'offerta nei diversi livelli di assistenza nonché all'adeguamento agli standard del DM n. 77 del 2022;
- in materia di accreditamento, restano in attesa di un riscontro sulle osservazioni formulate nel presente verbale;
- con riferimento all'assistenza farmaceutica, nel raccomandare un maggior controllo sull'appropriatezza prescrittiva, rinviando a quanto rappresentato nel presente verbale;
- sollecitano l'invio della documentazione relativa ai progetti obiettivi del PSN per gli anni 2020, 2021, 2022 e 2023;
- la verifica adempimenti per l'anno 2021 è in corso. Invitano la Regione a trasmettere tutta la documentazione utile per completare l'istruttoria.
Si ricorda che, in assenza di una cornice programmatica approvata, non essendo possibile riscontrare il raggiungimento degli obiettivi del PO, non sarà possibile riscontrare positivamente qualsiasi adempimento connesso;
- con riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico in merito alla verifica di cui all'articolo 4, comma 2, del DM 23/12/2019, si rimane in attesa di una relazione aggiornata circa lo stato di avanzamento delle attività di cui al citato DM 23/12/2019.

Nella successiva riunione congiunta tenutasi il 6 maggio 2024 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- La Regione Puglia presenta a Conto Economico consuntivo 2022 un disavanzo di 144,311 milioni di euro.
La Regione ha conferito coperture per complessivi 144,576 milioni di euro, rideterminate rispetto alla precedente riunione del 26 luglio 2023.
Dopo il conferimento di tali coperture il Conto Economico consuntivo 2022 evidenzia un avanzo di 0,265 milioni di euro;
- La Regione Puglia a IV trimestre 2023 presenta un disavanzo di 72,567 milioni di euro.
La Regione ha iscritto coperture LEA, nel modello CE, voce AA0080, a valere su risorse di bilancio autonomo regionale per 33,600 milioni di euro.
La Regione ha prodotto ulteriori coperture per 39,000 milioni di euro avvalendosi dei

commi 822 e 822-*bis*, dell'articolo 1, della legge n. 197 del 2022, come modificata dal decreto-legge n. 215/2023, che autorizzano le regioni, in sede di rendiconto dell'esercizio finanziario 2023, a svincolare quote dell'avanzo vincolato di amministrazione, limitatamente alle risorse di parte corrente, per la copertura del disavanzo della gestione 2023 delle aziende del Servizio sanitario regionale.

Il risultato di gestione, pertanto, a seguito delle predette coperture, pari complessivamente a 72,6 milioni di euro, risulta in avanzo per 0,033 milioni di euro.

In tali termini, la valutazione effettuata in data 21 marzo 2024 sui dati di IV trimestre 2023 con riferimento alla verifica della sussistenza dei presupposti per l'avvio della procedura della diffida di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 311 del 2004, viene aggiornata a seguito degli ulteriori provvedimenti adottati dalla Regione Puglia.

Stante quanto sopra la Regione Puglia ha assicurato l'equilibrio ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004.

In tali termini avendo la Regione Puglia adempiuto entro il termine di legge (30 aprile), si è conclusa la procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, avviata a seguito della precedente riunione del 21 marzo 2024.

Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie (al netto della voce di CE "AA0080") rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari allo 0,9%.

Si rinnova l'invito alla Regione ad una riflessione in merito alla gestione strutturale del FSR, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente.

Si ricorda che, in assenza di una cornice programmatica approvata, non essendo possibile riscontrare il raggiungimento degli obiettivi del Programma Operativo, non sarà possibile riscontrare positivamente qualsiasi adempimento connesso. Si resta pertanto in attesa, con ogni consentita urgenza, della trasmissione del Programma Operativo.

Regione Sicilia.

Nella riunione congiunta tenutasi il 16 aprile e 6 maggio 2024 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- a seguito delle modifiche del CE consuntivo 2022 effettuate a NSIS in data 27/02/2024, la Regione Sicilia presenta a Conto Consuntivo 2022 un avanzo di 0,021 milioni di euro. Evidenziano alla Regione che il risultato 2022 è lievemente positivo grazie ad una posta straordinaria una tantum, pari a circa 249 milioni di euro. A seguito dell'approvazione dei bilanci 2019 e 2020 valutano che la Regione possa rientrare nella disponibilità delle risorse regionali per tali anni per complessivi 0,042 milioni di euro iscritti nello SP 2022. Rimangono in attesa dell'atto regionale che formalizzi la restituzione delle somme dal SSR al bilancio regionale. Restano in attesa dell'approvazione dei bilanci 2021 e 2022;
- la Regione Sicilia a IV trimestre 2023 presenta un avanzo di 0,906 milioni di euro. I Tavoli rilevano che, dopo il conferimento di 0,021 milioni di euro relative alle coperture da bilancio regionale preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi del SSR, nell'importo rideterminato ai sensi dell'articolo 6, comma 2, del decreto-legge n. 120/2013, risulta un avanzo di 0,927 milioni di euro.

Invitano la Regione a provvedere con tempestività alle iscrizioni nel bilancio regionale. I Tavoli rilevano che il risultato di gestione del CE IV trimestre 2023 è in equilibrio per la contabilizzazione di poste straordinarie positive che i Tavoli hanno ritenuto di dover approfondire, chiedendo maggiori elementi informativi ed approfondimenti alla Regione e all'Advisor.

Ricordano che la Regione è responsabile dell'inserimento a NSIS del modello CE consolidato del SSR e pertanto è tenuta a verificare anche correttezza e consistenza dei dati inseriti dalle aziende sanitarie che compongono tale CE consolidato.

Rinnovano l'invito alla Regione ad una attenta riflessione in merito alla gestione strutturale del FSR, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente.

Infine, ricordano che, in assenza di una cornice programmatoria approvata, non essendo possibile riscontrare il raggiungimento degli obiettivi del Programma Operativo di prosecuzione del piano di rientro, non sarà possibile riscontrare positivamente qualsiasi adempimento connesso;

- sulla base della tabella trasmessa, la Regione Sicilia ha rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto-legge n. 35 del 2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2023, il 97% delle risorse incassate nell'anno 2023 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale.
Residuano al 31/12/2023 in GSA 410,526 milioni di euro, di cui 234 milioni di euro di risorse da bilancio regionale non ancora trasferite al SSR. I Tavoli, nel rilevare l'entità consistente di tale importo, chiedono aggiornamenti in merito;
- rilevano che, rispetto al totale dei pagamenti effettuati, nell'anno 2023, di fatture emesse in tale anno o in anni precedenti, il 24% si riferisce a fatture pagate oltre i termini previsti dal dPCM 22/09/2014. Si registrano criticità in diverse aziende sanitarie;
- rilevano che, in base ai valori forniti dalla Regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti dell'anno 2023, per la Regione Sicilia nel suo complesso, registra un valore medio di -5 giorni, in miglioramento rispetto all'anno 2022 (-3 giorni). Si segnalano in particolare criticità presenti sull'Irccs Bonino Pulejo, l'AOU di Palermo e AOU di Messina.
Invitano la Regione a dare risposta alle criticità sui tempi di pagamento nell'ambito del Programma operativo 2023-2025;
- con riferimento all'utilizzo della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) rilevano nell'anno 2023 pagamenti per il 90% dell'importo dovuto.
I Tavoli invitano la Regione ad implementare l'utilizzo integrale della PCC, in special modo da parte di taluni Enti del SSR per i quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto risultano ancora bassi. Risulta inoltre che per l'anno 2023 il "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 42 giorni, il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -19 giorni e il "Tempo medio di scadenza" è di 61 giorni.
Chiedono l'invio della richiesta relazione in merito alla verifica di cui all'articolo 1, comma 865, della legge n. 145 del 2018;

- con riferimento all'attuazione del Piano di rientro:
 - relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA (NSG) nell'anno 2022 la Regione consegue un punteggio finale complessivo degli indicatori core del NSG per area di assistenza sufficiente solo per l'area Ospedaliera, mentre risultano insufficienti sia l'area Prevenzione che l'area Distrettuale;
 - relativamente all'area della prevenzione, con riferimento agli screening oncologici nell'anno 2022 si conferma una copertura sufficiente solo nello screening per la cervicale, mentre lo screening mammografico e colon retto risultano ancora al di sotto della soglia di sufficienza. Con riferimento alle coperture vaccinali, i dati anno 2022, sia quelli autocertificati dalla Regione che quelli rilevati da AVN, presentano una bassa copertura delle vaccinazioni pediatriche sia per il ciclo base, che per i dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR). Si rileva, inoltre, un divario tra il dato vaccinale autocertificato dalla Regione e quello rilevato da AVN e, a tal fine, si sollecitano le opportune iniziative al fine di alimentare la base dati (AVN) con le informazioni complete delle somministrazioni effettuate a ciascun assistito;
 - con riferimento alla rete ospedaliera, si resta in attesa del previsto documento complessivo della rete ospedaliera, comprensivo delle tabelle di cui alla Circolare ministeriale del 2016, da sottoporre all'istruttoria di valutazione del Tavolo DM n. 70 del 2015;
 - con riferimento al percorso nascita, stante la diffusa presenza sul territorio regionale di Punti nascita sub *standard*, si resta sempre in attesa del Piano di riorganizzazione della Rete dei Punti nascita, comprensivo di un cronoprogramma di attuazione;
 - con riferimento alla rete oncologica, restano in attesa di ricevere gli esiti del monitoraggio previsto dal DA n. 713/2022, e di conoscere le determinazioni che la regione intende conseguentemente assumere, tenuto conto dei bassi volumi riscontrati in diversi centri di riferimento regionale nel 2022 e del persistere di una diffusa dispersione di attività chirurgica in strutture non afferenti alla rete;
 - con riferimento alla rete laboratoristica, nel rinviare al monitoraggio ex decreto-legge n. 73 del 2021 effettuato dal Comitato LEA il 27 novembre 2023, si segnala, tra l'altro, un numero ancora rilevante di laboratori pubblici e privati accreditati sotto la soglia delle 200.000 prestazioni e si sollecita il completamento del processo di efficientamento. Si richiamano gli adempimenti di legge e le risorse collegate;
 - con riferimento alla rete territoriale, restano in attesa di aggiornamenti sullo stato di avanzamento dell'offerta programmata, in particolare con il DA n. 1294/2022 di adozione del Piano della rete territoriale ai sensi del DM n. 77 del 2022;
 - con riferimento agli obiettivi di PSN, si resta in attesa di riscontro a quanto richiesto nel presente verbale;
- la Regione ha superato la verifica adempimenti per l'anno 2019. La verifica adempimenti 2020 e 2021 è ancora in corso. Si sollecita la Regione a trasmettere tutta la documentazione necessaria al fine di chiudere le relative istruttorie.

Tavolo e Comitato, in relazione al superamento della verifica adempimenti per l'anno 2019 valutano che possano essere erogate alla Regione Siciliana le spettanze residue fino a tutto l'anno 2019, pari a circa 45 milioni di euro, fermi restando i recuperi eventualmente ancora dovuti per maggiori gettiti fiscali effettivi rispetto ai gettiti stimati.

Box 2.1 - Monitoraggio della spesa sanitaria delle autonomie speciali

Nell'ambito del coordinamento della finanza pubblica, nonché del recepimento in legge del Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011 da parte delle Autonomie speciali²⁸¹, il Tavolo di verifica degli adempimenti ha avviato l'attività di monitoraggio della spesa sanitaria anche con le Autonomie speciali²⁸²: Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Ciò in considerazione del fatto che il Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011 costituisce principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica ai sensi dell'articolo 117, terzo comma, della Costituzione ed è finalizzato alla tutela dell'unità economica della Repubblica italiana, ai sensi dell'articolo 120, secondo comma, della Costituzione, al fine di garantire che gli enti coinvolti nella gestione della spesa finanziata con le risorse destinate al Servizio sanitario nazionale concorrano al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica sulla base di principi di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci. Le norme contenute nel Titolo II sono dirette a disciplinare le modalità di redazione e di consolidamento dei bilanci da parte dei predetti enti, nonché a dettare i principi contabili cui devono attenersi gli stessi per l'attuazione delle disposizioni ivi contenute.

Si ricorda altresì che l'armonizzazione contabile è materia di competenza esclusiva statale, che non può subire deroghe territoriali, neppure all'interno delle autonomie speciali costituzionalmente garantite, in quanto strumentale a garantire che lo Stato stesso, attraverso informazioni rese in maniera uniforme possa garantire il coordinamento della finanza pubblica e gli equilibri del bilancio (sentenza Corte Costituzionale n. 80/2017).

Nei mesi di novembre e dicembre 2023 per le Regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e per la Provincia Autonoma di Trento e nel mese di Febbraio 2024 per la Provincia Autonoma di Bolzano sono stati esaminati il Conto Economico e lo Stato Patrimoniale per l'anno 2022. Soltanto per la regione Sardegna, a seguito delle numerose richieste di rinvio provenienti dalla Regione stessa tale monitoraggio si è tenuto nel mese di giugno 2024. In particolare, la Regione Sardegna ha rappresentato, più volte, diverse criticità afferenti i bilanci degli enti del SSR sardo a seguito della riorganizzazione prevista dalla Legge regionale n. 24/2020 "Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore" di riforma del Servizio Sanitario Regionale sardo avviata dal 1° gennaio 2022 che, tra l'altro, ha determinato lo scorporo dall'Azienda per la tutela della salute (ATS) delle otto aziende territoriali e l'istituzione dell'Azienda regionale della salute (ARES).

²⁸¹ Le regioni Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le Province Autonome di Trento e di Bolzano hanno recepito con propri provvedimenti legislativi l'applicazione del Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011 a far data dall'anno 2015 e limitatamente agli enti dei propri Servizi sanitari.

²⁸² Si ricorda che la Regione Sicilia è oggetto di monitoraggio periodico in quanto sottoposta al sistema premiale poiché lo Stato compartecipa al finanziamento del SSR siciliano ed è attualmente sottoposta a Piano di rientro dai disavanzi sanitari. Per tale regione si rinvia a quanto riportato al paragrafo 2.4. Si ricorda inoltre che per tale regione è entrato in vigore il Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011 a far data dall'anno 2014.

CAPITOLO 3 - Il Sistema Tessera Sanitaria: l'analisi dei dati

3.1 - Premessa: che cos'è il Sistema Tessera Sanitaria

Il percorso di digitalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale passa attraverso il forte impulso dato dall'introduzione del Sistema Tessera Sanitaria, istituito con l'articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003. Fin dalla sua istituzione il Sistema TS, innovativo nell'ambito della sanità elettronica a livello europeo, ha consentito la **rilevazione telematica, su tutto il territorio nazionale, delle prescrizioni mediche e delle prestazioni di farmaceutica e di specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN**, con l'obiettivo di potenziare il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario, di favorire la realizzazione di misure di appropriatezza delle prescrizioni, nonché per il controllo dei costi a carico del SSN, per la farmacovigilanza e sorveglianza epidemiologica.

Il Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) è titolare del Sistema, realizzato per il tramite dell'Agenzia delle entrate e SOGEL in accordo con il Ministero della salute, l'AIFA e le regioni e province autonome nonché, per gli aspetti di competenza, con il Dipartimento per la Trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei Ministri, l'Agenzia per l'Italia digitale, il Garante per la protezione dei dati personali e le associazioni di categoria interessate (medici, farmacisti).

Dopo una iniziale fase di implementazione, il Sistema della rilevazione telematica delle prestazioni erogate a carico del SSN di farmaceutica e specialistica ambulatoriale è a regime in tutte le regioni e province autonome a partire dall'anno 2009 e negli anni la rilevazione è progressivamente migliorata in termini qualitativi e di completezza. In considerazione della rilevanza delle informazioni raccolte ai fini della programmazione finanziaria e del monitoraggio del settore sanitario, l'attuazione e l'adesione al Sistema TS da parte delle regioni costituisce adempimento regionale per l'accesso alla quota premiale del finanziamento del SSN.

Le progressive evoluzioni del Sistema TS hanno consentito negli anni il potenziamento degli strumenti di controllo a disposizione di tutte le pubbliche amministrazioni (PA) interessate, attraverso la realizzazione della **ricetta elettronica** con il **collegamento telematico dei medici prescrittori**, la progressiva dematerializzazione delle ricette mediche e la **verifica puntuale delle esenzioni per reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria**.

A partire dal 2010, poi, il collegamento telematico di tutti i medici al Sistema TS, ha consentito la realizzazione dei **certificati telematici di malattia**: il medico redige il certificato di malattia elettronico *on-line* e lo trasmette telematicamente all'INPS, per il tramite dell'infrastruttura tecnologica del Sistema TS. Ciò ha permesso di semplificare il processo di gestione dei certificati medici facendo venir meno gli oneri per i cittadini della trasmissione al datore di lavoro del certificato cartaceo oltre che garantire la tempestività della relativa trasmissione. Dal 2021 la digitalizzazione dei certificati di malattia è stata estesa anche ai certificati destinati all'INAIL.

Inoltre, grazie all'articolo 3 del decreto legislativo n. 175 del 2014, è stata prevista a partire dall'anno 2015 la **trasmissione all'Agenzia delle entrate attraverso l'infrastruttura**

TS delle spese sanitarie sostenute dai cittadini ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata. Le spese riguardano sia il pagamento dei *ticket* che la *spesa privata* sostenuta nelle strutture accreditate del SSN, incluse le farmacie convenzionate, e comprende tutti i medici iscritti all'albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

Successivamente, la legge di stabilità per l'anno 2016 ha ampliato la platea, includendo anche le strutture sanitarie autorizzate dal SSN e, a seguire, l'obbligo di trasmissione tramite il Sistema TS è stato esteso anche alle parafarmacie, agli ottici e ad alcune categorie di professionisti quali: i veterinari, i tecnici sanitari di radiologia, gli infermieri, gli psicologi, le ostetriche/ci ecc.

Con il decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 27 aprile 2018 è stato previsto che tutti gli assistiti (anche coloro che non sono interessati alla dichiarazione dei redditi precompilata) possano **consultare on-line** le proprie spese sanitarie ed è garantita la cosiddetta "compilazione agevolata" della dichiarazione dei redditi per le spese sanitarie e veterinarie.

A dare un ulteriore forte impulso al processo di innovazione nell'ambito della sanità elettronica, la legge di bilancio 2017 (legge n. 232 del 2016) è intervenuta ampliando il ruolo del Sistema TS prevedendo la realizzazione del **sistema di interoperabilità e di sussidiarietà del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**. L'obiettivo è potenziare la disponibilità, a favore del cittadino e degli operatori sanitari autorizzati, di informazioni relative all'erogazione delle prestazioni sanitarie che riguardano l'intera storia clinica del paziente e le sue informazioni anagrafiche, con conseguente efficientamento dell'impiego delle risorse e miglioramento dell'appropriatezza delle cure.

Con il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute del 4 agosto 2017, è stata disegnata la nuova architettura dell'infrastruttura del FSE, definita congiuntamente con AgID e le regioni e province autonome, sulla base delle indicazioni del Garante della protezione dei dati personali per gli aspetti inerenti alla tutela della riservatezza dei dati personali.

In un'ottica di razionalizzazione degli investimenti già sostenuti dal Ministero dell'economia e delle finanze, nel 2019, l'infrastruttura del Sistema TS, già utilizzata per la dematerializzazione delle ricette mediche, è stata messa a disposizione anche nell'ambito della realizzazione della **ricetta elettronica veterinaria**.

Durante il periodo pandemico da Covid-19, si è proceduto ad un ulteriore definitivo passo in avanti nell'utilizzo del FSE in quanto l'articolo 11 del decreto-legge n. 34 del 2020 ha previsto l'eliminazione del consenso da parte del cittadino per l'apertura del relativo Fascicolo sanitario elettronico, consentendo la creazione di un Fascicolo per ogni assistito del SSN.

Sempre nella fase emergenziale pandemica, gli interventi che hanno visto protagonista il Sistema TS sono stati molteplici. Centrale è stato, ad esempio, il supporto alla struttura commissariale di cui all'articolo 122 del decreto-legge n. 18 del 2020 per il monitoraggio dei tamponi effettuati sia da parte delle strutture pubbliche e private autorizzate che da parte di Medici di medicina generale (MMG)/pediatri di libera scelta (PLS) e farmacie.

Il Sistema TS è stato impegnato anche nella costruzione del sistema di allerta Covid-19 ed ha contribuito in maniera determinante alla costruzione della piattaforma nazionale DGC (*Digital Green Certificate*), realizzata attraverso l'infrastruttura del Sistema TS, intervenendo in tutte le fasi della campagna nazionale di vaccinazione anticovid.

A partire dal 1° luglio 2023, terminata la fase emergenziale, è stato dato avvio alla dismissione delle funzionalità messe a disposizione dal Sistema TS nell'ambito della gestione della piattaforma nazionale del DGC, così come previsto dalla Circolare del Ministero della Salute del 30 giugno 2023.

Con il decreto ministeriale del 30/12/2020 e s.m. è stato dato un altro fondamentale *input* al processo di estensione della dematerializzazione delle ricette mediche, con la previsione di allargare questa modalità di prescrizione ai farmaci non a carico del SSN, la cosiddetta Ricetta bianca. Questa nuova evoluzione ha riguardato sia i farmaci con obbligo di prescrizione, che i medicinali (c.d. SOP e OTC) per i quali non esiste tale obbligo. Questi ultimi, ai sensi della legislazione vigente, possono essere erogati ai cittadini sia nelle farmacie che nelle parafarmacie. In questo ambito, inoltre, il disegno di legge di bilancio 2025 prevede la completa dematerializzazione delle ricette mediche cartacee per la prescrizione di farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale, dei Servizi territoriali per l'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell'Aviazione civile (SASN) e dei cittadini.

Un'ulteriore importante evoluzione per il Sistema TS è costituita dall'introduzione **dell'Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA)**, prevista dall'articolo 1, commi 231 e 232, della legge di stabilità 2014 (legge n. 147 del 2013). Essa consentirà, attraverso l'interconnessione con l'Anagrafe Nazionale delle Persone Residenti (ANPR) del Ministero dell'interno, l'aggiornamento dell'anagrafe degli assistiti in caso di nascite, decessi, trasferimenti di residenza.

Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° giugno 2022, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 240 del 13/10/2022, adottato su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze per l'istituzione di ANA attua quanto previsto dalla citata legge di stabilità.

Inoltre, in aggiunta al processo di semplificazione dei servizi per il cittadino, è in corso di emanazione un decreto attuativo dell'articolo 12 del decreto-legge n. 34 del 2020 per l'utilizzo dell'infrastruttura del Sistema TS per la completa **digitalizzazione dei certificati telematici di nascita e morte** da trasmettere ai Comuni, attraverso l'interconnessione fra il Sistema TS e l'ANPR.

In aggiunta, sempre nel 2024, nell'ambito delle azioni volte alla gestione delle liste d'attesa per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale previste dal decreto-legge n. 73 del 2024, è previsto che la Piattaforma nazionale delle liste di attesa possa essere alimentata dal Sistema TS fornendo al Ministero della salute e ad AGENAS i dati del flusso informativo di cui all'articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003.

La digitalizzazione della PA è il filo conduttore che, dalla nascita del progetto, ha guidato negli anni le evoluzioni del Sistema TS come rappresentato nelle figure seguenti (cfr. Fig. 3.1, 3.2 e 3.3) trasformandolo in uno strumento di semplificazione e velocizzazione delle attività amministrative e di controllo svolte da ASL, regioni e province autonome e Amministrazioni centrali, per gli ambiti di propria competenza.

Fig. 3.1: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2003-2019

Art. 50 DL 30/09/2003 Istituzione del Sistema TS	
Norma primaria	Provvedimenti ministeriali
	2004-2009
	DM 11/3/2004 · Caratteristiche tecniche della Tessera Sanitaria
Art. 1, comma 810, L 27/12/2006 n. 296 · Collegamento telematico dei medici al SSN · Trasmissione telematica delle certificazioni di malattia all'INPS	
Art. 79, comma 1-sexies, lettere a) e b) DL 25/6/2008 n. 112 · Controllo delle esenzioni da reddito	Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 11/12/2009 · Verifica delle esenzioni da reddito
Art. 11, commi 15 e 16, DL 3/5/2010 n. 78 · Introduzione TS-CNS	2010
	2011
	DM 2/11/2011 · Ricetta dematerializzata
Art. 13, DL 18/10/2012 n. 179 · Circolarità della ricetta elettronica	2012
Art. 1, comma 231, L. 27/12/2013 n. 147 · Introduzione ANA	2013
Art. 3 DL 21/11/2014 n. 175 · Trasmissione telematica spese sanitarie per il 730-precompilato	DM 31/7/2015 · 730-precompilato (<i>Farmacie, Strutture accreditate del SSN, Medici e Odontoiatri</i>)
Art. 1, comma 949, lett. a) e b), L 28/12/2015 n. 208 · Trasmissione telematica spese sanitarie per il 730-precompilato (<i>strutture autorizzate</i>) · 730-precompilato: introduzione servizio di Consultazione del cittadino	DM 2/8/2016 · 730-precompilato (<i>Strutture private autorizzate e non accreditate al SSN</i>) Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 1/9/2016 e DM 16/9/2016 · 730-precompilato (<i>Parafarmacie, ottici, altre categorie professionali</i>)
Art. 1, comma 382, L.11/12/2016 n. 232 · FSE: utilizzo infrastruttura del Sistema TS per l'interoperabilità dei FSE e la sussidiarietà	2014-2016
Art. 1, comma 1072, L 27/12/2017 n. 205 · Fondo investimenti FSE	2017
Artt. 10-bis e 17 del DL n. 119 del 23/10/2018 · Trasmissione delle fatture elettroniche e dei corrispettivi telematici ad AE	DM 4/8/2017 · FSE: modalità tecniche e servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del FSE
2018	2019
Art. 1, commi 679 e 680, L 27/12/2019 n. 160 · Tracciabilità dei pagamenti	Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 22/3/2019 e DM 9/5/2019, DM del 14/11/2019 e DM del 22/11/2019 · 730-precompilato (<i>militari, Farmacia ANMIG, Esercenti professioni sanitarie</i>)

Legenda

- Ricetta elettronica, dematerializzata e certificati di malattia
- Esenzioni da reddito
- Tessera Sanitaria - Carta Nazionale Servizi

- Anagrafe Nazionale Assistiti
- Spese sanitarie e veterinarie per il 730-precompilato
- Fascicolo Sanitario Elettronico

Fig. 3.2: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2020-2021

Norma primaria		Provvedimenti ministeriali	
2020	<p>Odpc n. 651 del 19/3/2020</p> <ul style="list-style-type: none"> Art. 1 - Utilizzo di strumenti alternativi al promemoria cartaceo della ricetta elettronica 	2020	<p>DM 25/3/2020</p> <ul style="list-style-type: none"> Estensione della dematerializzazione: <ul style="list-style-type: none"> prescrizione farmaci con piano terapeutico AIFA prescrizione farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale prescrizione farmaci con ricetta medica limitativa disponibilità del promemoria della ricetta elettronica attraverso altri canali
	<p>Art. 6 DL 30/4/2020 n. 28</p> <ul style="list-style-type: none"> Sistema di allerta COVID 19 		<p>Circolare MEF/Min. Salute n. 5036 del 6/5/2020</p> <ul style="list-style-type: none"> Attivazione della ricetta dematerializzata per i medici SASN
	<p>Art. 11, DL 19/5/2020 n. 34</p> <ul style="list-style-type: none"> Misure urgenti in materia di FSE 		<p>Circolare MEF/Min. Salute n. 5351 del 14/5/2020</p> <ul style="list-style-type: none"> Prescrizioni di medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope con ricetta dematerializzata
	<p>Art. 12, DL 19/5/2020 n. 34</p> <ul style="list-style-type: none"> Accelerazione informazioni relative alle nascite e ai decessi 		<p>DM 19/10/2020</p> <ul style="list-style-type: none"> 730-precompilato: trasmissione dati spese sanitarie e veterinarie al Sistema TS
	<p>OcsCOVID n. 17 del 24/7/2020</p> <ul style="list-style-type: none"> Supporto del Sistema TS al programma di test sierologici personale docente e non docente 		<p>Circolare MEF/Min. Salute del 13/11/2020</p> <ul style="list-style-type: none"> Prescrizioni di vaccini influenzali non a carico del SSN, erogabili in farmacia, con ricetta dematerializzata
	<p>Art. 19, 19-septies e 20, DL 28/10/2020 n. 137</p> <ul style="list-style-type: none"> Art. 19: comunicazione dei dati dei tamponi antigenici rapidi al Sistema TS da parte di MMG/PLS Art. 19-septies: disposizioni per favorire l'accesso a prestazioni di telemedicina nei piccoli centri Art. 20: istituzione del servizio nazionale di risposta telefonica per la sorveglianza sanitaria 		<p>DM 30/12/2020</p> <ul style="list-style-type: none"> Dematerializzazione delle ricette mediche di prescrizione farmaci non a carico SSN
	<p>OcsCOVID n. 34 del 19/12/2020</p> <ul style="list-style-type: none"> Servizio di supporto telefonico sblocco Immuni, in attuazione dell'art. 20, DL 28/10/2020, n. 137 		
	<p>Art. 3, commi 5-bis e 5-ter, DL 14/1/2021 n. 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Ruolo Sistema TS nell'ambito delle vaccinazioni AS-CoV-2 		
	<p>OcsCOVID n. 2 del 9/2/2021</p> <ul style="list-style-type: none"> Sistema TS acquisisce i dati necessari per la predisposizione degli elenchi ai fini del successivo inoltro alle Regioni/PA per la somministrazione dei vaccini anti SARS-CoV-2 		<p>Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 16/7/2021</p> <ul style="list-style-type: none"> 730-precompilato: iscritti agli elenchi speciali ad esaurimento istituiti con il decreto del Ministro della Salute del 9/8/2019
	<p>OcsCOVID n. 7 del 24/4/2021</p> <ul style="list-style-type: none"> Integrazione del Piano nazionale vaccini del 12/3/2021 con il personale non iscritto SSN 		2021
<p>Art. 20, DL 22/3/2021 n. 41</p> <ul style="list-style-type: none"> Prenotazioni e somministrazioni vaccini: <ul style="list-style-type: none"> trasmissione da soggetti sanitari anche tramite Sistema TS circolarità delle informazioni 			
<p>Art. 27, DL 25/5/2021 n. 73</p> <ul style="list-style-type: none"> Esenzione prestazioni di monitoraggio per pazienti ex COVID 			
<p>Art. 42, DL 31/5/2021 n. 77</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizzazione della piattaforma nazionale - DGC, di cui all'art. 9 DL 52 del 22/4/21, attraverso l'infrastruttura del Sistema TS 			
<p>Art. 5, DL 23/7/2021 n. 105</p> <ul style="list-style-type: none"> Protocollo d'intesa con farmacie e strutture sanitarie per assicurare, fino al 30/9/21, la somministrazione di test antigenici rapidi a prezzi contenuti 	<p>Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 30/10/2021</p> <ul style="list-style-type: none"> Le farmacie inviano le istanze per il riconoscimento del contributo di cui all'art. 19-septies DL 137/2020 attraverso le funzionalità rese disponibili dal Sistema TS 		

Legenda

 Ricetta elettronica, dematerializzata e certificati di malattia
 Supporto Sistema TS nelle fasi emergenziali
 Fascicolo Sanitario Elettronico

 Dematerializzazione documenti nascite e decessi
 Spese sanitarie e veterinarie per il 730-precompilato

Fig. 3.3: evoluzione normativa del Sistema Tessera sanitaria - Anni 2022-2024

Norma primaria	Provvedimenti ministeriali
	<p>2022</p> <p>DM 14/3/2022 · Aggiornamento caratteristiche tecniche della Tessera Sanitaria</p> <p>DM 30/5/2022 · Aggiornamento caratteristiche tecniche della Tessera Sanitaria</p>
<p>Odpc 29/3/2022 n. 881</p> <p>· Erogazione contributo forfetario alle regioni/PA di cui al DL 21/2022 e 50/2022 sulla base della comunicazione relativa al numero dei soggetti destinatari di protezione temporanea, resa disponibile dal Sistema TS</p>	<p>Decreto del Ministro per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze 8/8/2022</p> <p>· Riparto alle regioni delle risorse PNRR M6C2 1.3.</p> <p>Decreto del Vice Ministro dell'economia e delle finanze del 28/11/2022 e DM 22/12/2022</p> <p>· 730-precompilato: adeguamento registrazione dei titolari esercenti l'arte sanitaria ausiliaria di ottico</p>
<p>DPCM 1/6/2022</p> <p>· Istituzione dell'Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA)</p>	<p>DM 28/12/2022</p> <p>· 730-precompilato: trasmissione contributi economici spese sanitarie</p>
	<p>2023</p> <p>Decreto del Vice Ministro dell'economia e delle finanze del 22/5/2023 e DM 18/07/2023</p> <p>· 730-precompilato: infermieri pediatrici</p> <p>DM 8/6/2023</p> <p>· Modalità di accesso al Sistema TS mediante autenticazione a 2 o più fattori</p> <p>Decreto del Ministro della salute e del Sottosegretario alla PdCM con delega all'innovazione tecnologica di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 7/9/2023</p> <p>· Fascicolo sanitario elettronico 2.0.</p>
<p>DLgs 8/1/2024 n. 1</p> <p>· Art. 12 - Semestralizzazione dei termini di invio al Sistema Tessera Sanitaria dei dati relativi alle spese sanitarie</p>	<p>Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 1/2/2024</p> <p>· 730-precompilato: fatturazione elettronica e corrispettivi telematici</p> <p>DM 8/2/2024</p> <p>· Determinazione dei termini di trasmissione con cadenza semestrale dei dati delle spese sanitarie al Sistema TS</p>
<p>Art.6 L 21/2/2024 n. 15</p> <p>· Caratteristiche di sicurezza che figurano sull'imballaggio dei medicinali per uso umano</p> <p>Art 20, comma 7, DL 2/3/2024 n. 19</p> <p>· Messa a disposizione nell'app IO della TS-TEAM</p>	<p>2024</p> <p>DM 11/4/2024</p> <p>· Modalità di esercizio della facoltà di opposizione all'alimentazione automatica del FSE (relativamente alle prestazioni erogate dal SSN fino al 18 maggio 2020)</p> <p>DM 26/4/2024</p> <p>· 730: compilazione assistita per soggetti non obbligati all'invio di spese al Sistema TS</p>
<p>Art.1, comma 2 DL 7/6/2024 n. 73</p> <p>· Messa a disposizione del Ministero della Salute e AGENAS dei dati della ricetta dematerializzata SSN e delle spese sanitarie</p>	

Legenda

- Supporto Sistema TS nelle fasi emergenziali
- Spese sanitarie e veterinarie per il 730-precompilato
- Anagrafe Nazionale Assistiti
- Autenticazione a 2 fattori
- Fascicolo Sanitario Elettronico

- Tessera Sanitaria - Carta Nazionale Servizi
- Bollino farmaceutico
- Sistema TS in ambito IT-Wallet
- Piattaforma nazionale liste di attesa

3.2 - Sistema TS – servizi online per gli assistiti

Nel portale del Sistema Tessera Sanitaria sono disponibili per i cittadini servizi online nell'area a loro dedicata, raggiungibile al [link Sistema Tessera Sanitaria - Area riservata Cittadino](#), accessibili previa verifica dell'identità digitale dell'assistito (SPID, CIE, CNS) o attraverso accesso libero nell'area pubblica del portale stesso. Nella tabella che segue, è riportato l'elenco dei servizi a disposizione, con una breve descrizione degli stessi.

Tab. 3.1: servizi al cittadino disponibili sul portale del Sistema TS

Servizi al cittadino	Descrizione
Stampa e richiedi tessera	Consente di scaricare in formato PDF e stampare la copia della propria Tessera Sanitaria. È inoltre possibile richiedere una nuova tessera in caso di furto, smarrimento o deterioramento.
Consultazione ricette e PTE	Visualizzazione dei dati e del promemoria in formato PDF delle ricette elettroniche (a carico del Servizio Sanitario Nazionale e bianche) e dei piani terapeutici elettronici.
Consultazione spese sanitarie	Visualizzazione dei dati di spesa sanitaria di propria competenza.
Esenzioni da reddito	Gestione delle autocertificazioni di esenzione per reddito.
FSE - Opposizione al pregresso	Dal 1 luglio 2024 è possibile visualizzare in sola lettura la scelta effettuata relativamente all'opposizione al caricamento, nel Fascicolo sanitario elettronico, dei dati e documenti digitali sanitari generati da eventi clinici, riferiti alle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, antecedenti al 19 maggio 2020.

3.3 - Il Sistema TS, il PNRR e i progetti europei

Il coinvolgimento del Sistema TS nell'ambito del PNRR è previsto per interventi di sviluppo infrastrutturale del Fascicolo sanitario elettronico e nel contesto della digitalizzazione dei servizi per il cittadino.

Tab. 3.2: interventi PNRR inerenti al coinvolgimento del Sistema TS

Missione	Componente	Intervento	Ambito di coinvolgimento	Milestone e target europei	Stato di avanzamento
M1	C1	1.3.2: Single Digital Gateway	Digitalizzazione della procedura di richiesta on-line di emissione della TEAM	M1C1-12 - Dicembre 2023: In Italia le 21 procedure amministrative prioritarie di cui al regolamento (UE) 2018/1724 sono pienamente conformi ai requisiti di cui all'articolo 6 dello stesso regolamento	Concluso
M6	C2	1.3.1: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)	Utilizzo del Fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale - Tessera Sanitaria ("progetti in essere")	M6C2-11 - Dicembre 2025: L'85% dei medici di base alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico M6C2-12 - Giugno 2026: Il sistema della Tessera di assicurazione malattia e l'infrastruttura per l'interoperabilità del Fascicolo Sanitario Elettronico sono pienamente operativi M6C2-13 - Giugno 2026: Tutte le Regioni hanno adottato e utilizzano il Fascicolo Sanitario Elettronico	In corso

Per favorire lo scambio transfrontaliero di prescrizioni elettroniche e di documenti sanitari dei cittadini, il Sistema TS contribuisce all'implementazione delle infrastrutture tecnologiche necessarie a sviluppare questi nuovi servizi, nell'ambito di differenti progetti dell'UE.

Tab. 3.3: progetti UE inerenti al coinvolgimento del Sistema TS

Progetto	Descrizione e ambito di coinvolgimento	Inizio	Fine
Deployment of Generic Cross Border e-Health Services in Italy (NCPeH)	Costituzione dell'infrastruttura per lo scambio transfrontaliero delle ricette elettroniche (e-Prescriptions) e del profilo sanitario sintetico (Patient Summary) nel ruolo di Paese di affiliazione (Country A)	16-nov-20	31-dic-21
ITA NCPeH Plus	Implementazione dei servizi transfrontalieri di scambio delle e-Prescriptions e dei Patient Summary nel ruolo di Paese di erogazione dei servizi (Country B)	01-dic-22	30-nov-25
ITA NCPeH Ter	Sviluppo e implementazione di servizi di scambio transfrontaliero, come Country A e come Country B, per i referti di radiologia (image report), le lettere di dimissione ospedaliera (hospital discharge report), i referti di laboratorio (laboratory result)	In fase di avvio	
Potential	Utilizzo dell'infrastruttura dell'EUDI-wallet per la dispensazione di prescrizioni farmaceutiche tra gli Stati Membri	01-apr-23	31-mag-25
EHIC	Digitalizzazione della Tessera europea assicurazione malattia - TEAM	01-gen-22	TBD

Gli interventi riportati nelle tabelle di questo paragrafo sono descritti in dettaglio nelle successive sezioni e nel Capitolo 4 dedicato al PNRR.

3.4 - ANA - L'Anagrafe nazionale assistiti

Una evoluzione importante per il Sistema TS è costituita dall'introduzione dell'Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA), prevista dall'articolo 1, commi 231 e 232, della legge di stabilità 2014 (legge n. 147 del 2013) che subentrerà alle anagrafi e agli elenchi degli assistiti tenuti dalle singole Aziende Sanitarie Locali nonché dai Servizi territoriali per l'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell'Aviazione civile (SASN). L'alimentazione dell'Anagrafe nazionale avverrà tramite le ASL, le regioni e le province autonome, nonché da parte del Ministero della salute, per i dati di rispettiva competenza. In parallelo, in cooperazione con l'Anagrafe Nazionale delle Persone Residenti (ANPR), verrà garantita l'acquisizione dei dati anagrafici della popolazione residente, dei nuovi nati, delle immigrazioni, del trasferimento di residenza, dei decessi, della famiglia anagrafica, dei cambi di toponomastica e delle variazioni amministrative.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° giugno 2022, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 240 del 13/10/2022, adottato su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze per l'istituzione di ANA attua quanto previsto dalla citata legge di stabilità.

Nel nuovo quadro normativo, sono state definite all'interno del citato dPCM le garanzie e le misure di sicurezza da adottare, i criteri per l'interoperabilità con le altre banche dati di rilevanza nazionale e regionale, nonché le modalità di cooperazione con banche dati già istituite a livello regionale per le medesime finalità, nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali.

All'interno dell'ANA sono contenute le informazioni anagrafiche riguardanti tutti gli assistiti del SSN, gli assistiti dal SASN, i residenti all'estero ai sensi del DPR n. 618/1980, tutti i cittadini potenzialmente assistibili dal SSN e i loro contatti, i medici convenzionati e i medici SASN, i codici delle esenzioni nazionali, regionali e dei SASN, le corrispondenze tra Comuni e ASL territoriali di riferimento.

In applicazione del citato dPCM, i Ministeri dell'economia e delle finanze, della salute, dell'interno, insieme al Dipartimento per la Trasformazione Digitale, all'Agenzia delle entrate, alle regioni e province autonome, hanno avviato il percorso tecnico di implementazione della nuova Anagrafe Nazionale degli Assistiti. Sempre dall'entrata in vigore del citato dPCM, è stato avviato un calendario di incontri periodici con le istituzioni coinvolte, grazie al quale sono state pianificate le diverse attività per la realizzazione di ANA e per la condivisione delle specifiche tecniche necessarie all'avvio delle differenti funzionalità previste dal provvedimento.

Inoltre, sono in corso di definizione ulteriori Decreti attuativi che verranno emanati dal Ministero dell'economia e delle finanze e dal Ministero della salute, per definire tutti gli aspetti tecnici emersi nel corso del confronto tra i soggetti istituzionali coinvolti.

Nel corso del 2024, in particolare, il programma tecnico per l'attivazione di ANA è proseguito, con un'intensa attività di test che ha coinvolto Ministero della salute, Ministero dell'interno, Dipartimento per la Trasformazione Digitale, Agenzia delle entrate, regioni e province autonome, Comune di Roma, con l'obiettivo di definire i diversi requisiti tecnologici per la gestione delle funzionalità dell'Anagrafe degli assistiti. A tal fine sono state rilasciate numerose versioni delle specifiche tecniche necessarie all'implementazione della nuova infrastruttura. Inoltre, sono stati effettuati numerosi approfondimenti con i diversi soggetti istituzionali coinvolti per la risoluzione dei cd. 'casi d'uso' (situazioni reali di interazioni dei sistemi), con l'obiettivo di definire nel dettaglio i diversi servizi e flussi dati previsti dal dPCM 1° giugno 2022. In vista dell'entrata in funzione per tutti i cittadini della nuova anagrafe, è stata anche avviata la progettazione e implementazione di un portale dedicato ad ANA, da mettere a disposizione dei cittadini e degli operatori sanitari. In attesa del portale, all'interno del portale del Sistema TS è stata creata una sezione dedicata ad ANA con la normativa e la documentazione tecnica necessaria all'implementazione dell'anagrafe.

3.5 - L'evoluzione della Tessera Sanitaria

La Tessera Sanitaria, emessa a partire dall'anno 2003, consente l'identificazione certa dell'assistito, attraverso il proprio codice fiscale, sia nella fase di prescrizione da parte del medico che in quella di erogazione della prestazione, a carico del SSN.

L'articolo 11, comma 15, del decreto-legge n. 78 del 2010 ha previsto l'evoluzione della Tessera Sanitaria su supporto Carta Nazionale dei Servizi (TS-CNS), dotata di *microchip*, che costituisce uno strumento per l'accesso in rete per i cittadini ai servizi *on-line* regionali (scelta del medico, certificazioni, ritiro referti medici, pagamento ticket, e altri servizi non sanitari), come previsto dal Codice dell'amministrazione digitale. A partire dal 2015, inoltre, la TS-CNS è diventata uno strumento di identificazione certa del cittadino, attraverso il quale vengono trasmesse le spese sanitarie private all'Agenzia delle entrate, ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata.

Nel corso del 2022, la Tessera Sanitaria è stata oggetto di azioni di semplificazione nel processo di produzione ed emissione, anche per far fronte alla possibile carenza di materiali per la produzione dei microchip, dovuta alla crisi internazionale tuttora in corso. A questo proposito, con il DM del 22/03/2022 è stato dato il via libera alla generazione di Tessere Sanitarie – Carta Nazionale dei Servizi senza la stampa del logo della regione di assistenza riportato sul fronte della stessa, sostituendo progressivamente le tessere TS-CNS prodotte in precedenza con i loghi regionali. In aggiunta, il DM del 9/06/2022, ha introdotto la possibilità che la Tessera Sanitaria possa essere emessa nella versione TS-CNS

(Carta Nazionale dei Servizi) che comprende il microchip o in alternativa nella versione TS semplice, senza il componente elettronico.

Fig. 3.4: Tessera sanitaria - TEAM



1. Codice Fiscale e dati anagrafici dell'assistito;
2. Luogo di nascita: corrisponde al Comune di nascita per i cittadini nati in Italia e allo Stato estero è riportato lo Stato estero di nascita per i cittadini stranieri;
3. Provincia: corrisponde alla sigla della provincia al momento della nascita dell'intestatario, anche se ha subito variazioni successive;
4. Data di scadenza: è di 6 anni se l'assistenza è illimitata; di durata inferiore, in situazioni particolari (ad es. stranieri con permesso di soggiorno limitato);
5. Formato Braille: tre lettere in formato Braille standard a 6 punti, per i non vedenti



I dati riportati, ad eccezione del codice a barre (barcode), vengono esposti, esclusivamente, se il cittadino ha diritto all'assistenza sanitaria all'estero.

1. Banda magnetica dove sono registrate le informazioni anagrafiche dell'assistito;
2. Codice Fiscale in formato 'codice a barre' (barcode);
3. Sigla d'identificazione dello Stato che rilascia la Tessera (per l'Italia la sigla è IT, secondo il codice ISO 3166-1);
4. Dati dell'assistito (cognome, nome, data di nascita, numero di identificazione personale, **numero di identificazione della tessera e scadenza**). Qualora un cittadino non abbia diritto all'assistenza sanitaria all'estero, i dati riportati sulla T.E.A.M. verranno ricoperti da una serie di asterischi.

Nel contesto dei progetti UE di digitalizzazione dei servizi per i cittadini, il Sistema TS è impegnato con l'AgID per l'integrazione dei propri servizi con il Sistema di riconoscimento previsto dal progetto europeo dello Sportello Unico Digitale (Single Digital Gateway - SDG). In questo contesto, è possibile per il cittadino che si trova all'estero di disporre della propria TEAM (Tessera europea assicurazione malattia), accedendo alla specifica applicazione web del Sistema Tessera Sanitaria, anche tramite il Single Digital Gateway europeo. A tal proposito, il 17/05/2023 è stato firmato l'accordo tra il Ministero dell'economia e delle finanze – Ragioneria Generale dello Stato – e AgID nell'ambito della realizzazione del sub-investimento 1.3.2 del PNRR – per l'implementazione all'interno del Single Digital Gateway della funzionalità online riguardante la richiesta ed il rilascio di eventuale duplicato della TEAM per i cittadini italiani che ne hanno diritto. A partire dal 12/12/2023 la nuova funzionalità è disponibile per i cittadini accedendo dal portale del Sistema TS.

Nel corso del 2024, infine, con il decreto-legge n. 19 del 2024, nell'ambito delle attività per l'implementazione del Sistema di portafoglio digitale italiano - Sistema IT-Wallet, previsto dal PNRR, nelle more della sua piena funzionalità, è stato previsto di rendere disponibile all'interno dell'IT-Wallet la versione digitale della Tessera sanitaria – compresa la funzionalità relativa alla Tessera europea di assicurazione di malattia (TS/TEAM). Al termine di una fase di sperimentazione, a partire dal 4 dicembre 2024, la Tessera Sanitaria è stata resa disponibile a tutti i cittadini che abbiano scaricato sul proprio smartphone l'App IO, nella sezione "Documenti".

3.6 - Dematerializzazione delle ricette mediche e Piani terapeutici

La dematerializzazione delle ricette mediche, introdotta con il decreto-legge n. 78 del 2010, il Decreto ministeriale del 2/11/2011 e il decreto-legge n. 179 del 2012 (Agenda digitale), ha previsto la progressiva eliminazione del supporto cartaceo della ricetta riguardante sia i farmaci che le prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico dell'SSN nell'intero iter che va dalla fase di prescrizione del medico, alla erogazione della prestazione, al successivo controllo e rendicontazione.

La realizzazione del progetto, avviata nel corso dell'anno 2013, è stata programmata secondo i piani di diffusione convenuti con le singole regioni.

In considerazione dell'avanzato stato di diffusione delle procedure di dematerializzazione delle ricette, è stato, poi, emanato il dPCM 14/11/2015, con il quale è stata introdotta dal 1° marzo 2016 l'estensione della validità su tutto il territorio nazionale delle ricette farmaceutiche dematerializzate a carico del SSN (precedentemente valide solo in ambito regionale). Grazie a questa innovazione è stato possibile utilizzare in tutta Italia le ricette prescritte dal proprio medico curante, con una ulteriore semplificazione dell'accesso da parte del cittadino alle prestazioni farmaceutiche.

In coerenza con il processo evolutivo in corso, con il DM 25/03/2020, a supporto anche dell'emergenza pandemica, è stata definita l'estensione della dematerializzazione delle ricette farmaceutiche anche a quelle relative ai farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale ed in particolare in distribuzione per conto (DPC)²⁸³ tramite le farmacie territoriali. Ogni regione e provincia autonoma definisce l'elenco dei farmaci distribuiti con tali modalità. Il DM 25/03/2020 ha previsto che il medico proceda alla prescrizione di tali farmaci con le stesse modalità previste per la ricetta dematerializzata.

Lo stesso Decreto, oltre a prevedere l'utilizzo della ricetta dematerializzata per le prescrizioni farmaceutiche relative ai Piani terapeutici predisposti da AIFA, definisce anche l'estensione della dematerializzazione degli stessi Piani terapeutici a cura dei medici prescrittori attraverso l'utilizzo del Sistema TS.

Tra le ricette farmaceutiche relative ai farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale per le quali il dPCM 14/11/2015 aveva previsto l'estensione della dematerializzazione, rientrano anche i farmaci con ricetta limitativa, le cui modalità tecniche sono state definite con il DM 25/03/2020. Questi medicinali, date le loro caratteristiche farmacologiche e modalità di impiego, possono essere prescritti esclusivamente da alcuni medici appartenenti a determinate specializzazioni e da alcune strutture di assistenza ospedaliera/ambulatoriale dedicate a determinate patologie.

Grazie all'infrastruttura del Sistema TS, è stato avviato il processo di dematerializzazione di queste ultime prescrizioni, che prevede la collaborazione con AIFA e con le regioni e province autonome.

²⁸³ Il modello di distribuzione per conto si basa su un accordo tra Regione/ASL e distributori (grossista e/o farmacia) per la distribuzione del medicinale all'assistito (DPC): in tal caso i medicinali vengono generalmente acquistati dalle ASL/regioni e province autonome e distribuiti all'assistito, per loro conto, dalle farmacie territoriali aperte al pubblico. Gli accordi prevedono, in genere, la remunerazione del servizio di distribuzione sulla base di una percentuale sul prezzo al pubblico del medicinale o di una commissione per confezione o ricetta. - Fonte Ministero della Salute, Rilevazione delle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1536_allegato.pdf

Inoltre, con la Circolare del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze del 14/05/2020, aggiornata successivamente dalla Circolare del 28/07/2020, la dematerializzazione delle ricette è stata estesa anche ai medicinali a base di sostanze stupefacenti e psicotrope, inclusi quelli destinati alla terapia del dolore.

In un'ottica di semplificazione anche per il personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, il Sistema TS, sulla base di quanto previsto dalla Circolare del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze del 6/05/2020, ha messo a disposizione dei medici dei SASN il servizio per la compilazione della ricetta dematerializzata delle prescrizioni mediche di assistenza farmaceutica a partire dal 20/04/2020 e di assistenza specialistica ambulatoriale dal 30/04/2020.

Successivamente, con il decreto-legge n. 198 del 2022 (cd. Decreto Milleproroghe 2023), sono state prorogate al 31/12/2024 le modalità di utilizzo di strumenti alternativi per mettere a disposizione del cittadino il promemoria della ricetta elettronica e quelle di utilizzo presso le farmacie dello stesso. In questo ambito, sul portale del Sistema Tessera Sanitaria nella parte riservata ai cittadini, è stata implementata una nuova funzione che consente di visualizzare e scaricare il promemoria delle ricette elettroniche, a carico del SSN e non. Il servizio consente ai cittadini di visualizzare i dati e il promemoria in formato Pdf delle ricette elettroniche. È possibile effettuare la ricerca di una ricetta inserendo il Numero di Ricetta Elettronica (NRE) per le ricette a carico SSN e il Numero di Ricetta bianca elettronica (NRBE) o PIN-NRBE per le ricette non a carico dell'SSN. Per le ricerche è necessaria la Tessera Sanitaria. Al mese di novembre 2024, risultano complessivamente effettuati circa 6.500 accessi a tale funzionalità, di cui circa 3.100 per ricette di farmaceutica e circa 3.400 per ricette di specialistica.

Le diverse fasi dell'evoluzione sopra riportate, a partire dalla rilevazione telematica delle prestazioni di farmaceutica e specialistica ambulatoriale, proseguendo negli anni con la progressiva dematerializzazione delle ricette mediche, divenute valide su tutto il territorio nazionale dal 1° marzo 2016, come sopra riportato, hanno, dunque, riguardato le diverse tipologie di prestazioni a carico del SSN, fino alla dematerializzazione delle ricette non a carico del SSN, le cosiddette ricette bianche elettroniche. Nei paragrafi seguenti si analizzano in dettaglio le varie tipologie di ricette dematerializzate e i dati relativi alla loro diffusione.

Riferimenti normativi – Estensione della dematerializzazione delle ricette

- Articolo 1, comma 1, lettera a), del DM 25/03/2020 (*Articolo 1-bis del DM 2/11/2011 - Dematerializzazione prescrizione farmaci con piano terapeutico AIFA*)
- Articolo 1, comma 1, lettera a), del DM 25/03/2020 (*Articolo 1-ter del DM 2/11/2011 - Dematerializzazione prescrizione farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale*)
- Articolo 1, comma 1, lettera a), del DM 25/03/2020 (*Articolo 1-quater del DM 2/11/2011 - Dematerializzazione prescrizione farmaci con ricetta medica limitativa*)
- Circolare del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze n. 5351 del 14/05/2020 e n. 8233 del 28/07/2020 (*Prescrizioni di medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope con ricetta dematerializzata*)
- Circolare del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze n. 5036 del 6/05/2020 (*Articolo 50 del decreto-legge n. 269/2003 - attivazione ricetta dematerializzata ai sensi del decreto 2 novembre 2011 per i medici SASN*)
- Articolo 2 del DM 30/12/2020 (*Dematerializzazione ricetta per prescrizioni di farmaci non a carico del SSN*)

3.6.1 - Farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale SSN – Anni 2014-2024 (gen-ott)

Dal 1° gennaio 2014 al mese di ottobre 2024, sono state prodotte complessivamente circa 6,1 miliardi di ricette dematerializzate a carico del SSN, di cui circa 4,8 miliardi di ricette di farmaceutica convenzionata e circa 1,3 miliardi di ricette di specialistica ambulatoriale²⁸⁴, territoriale ed ospedaliera.

Il *trend*, rappresentato nella tabella 3.4 e nella figura 3.5, evidenzia una progressiva crescita dell'utilizzo della ricetta dematerializzata dovuta al graduale adeguamento delle procedure regionali, anche come adempimento regionale per l'accesso alla quota premiale del finanziamento del SSN, fino ad arrivare all'87% del 2020, quando l'emergenza epidemiologica ha dato un ulteriore forte impulso alla diffusione della ricetta dematerializzata grazie all'estensione delle tipologie di farmaci prescritti con tale modalità e alla comunicazione elettronica al cittadino del promemoria o del solo codice della ricetta (NRE), resi possibili dalla ricetta dematerializzata, importante strumento di semplificazione nell'utilizzo delle prescrizioni sanitarie.

Riferimenti normativi – Eliminazione del promemoria cartaceo

- Articolo 1 dell'Ordinanza n. 651 del 19/03/2020 del Dipartimento della Protezione Civile (*Utilizzo di strumenti alternativi al promemoria cartaceo della ricetta elettronica*)
- Articolo 2, comma 1, lettera g), del DM 25/03/2020 (*Articolo 3-bis del DM 2/11/2011 - Promemoria della ricetta elettronica. Modalità a regime della disponibilità attraverso altri canali*)
- Articolo 3 del DM 30/12/2020 (*Promemoria della ricetta elettronica. Modalità a regime della disponibilità attraverso altri canali*)

L'utilizzo della ricetta dematerializzata presenta un *trend* in crescita: 90% nel 2021, 92% nel 2022, 93% nel 2023, fino ad attestarsi al 94% dei primi dieci mesi del 2024, a conferma dell'importanza della ricetta dematerializzata come strumento di digitalizzazione e semplificazione per l'accesso al servizio sanitario.

²⁸⁴ Nel 2018 è stata effettuata un'analisi dei dati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale acquisite dal Sistema TS, svolta congiuntamente fra il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero della salute e le singole regioni e province autonome.

Nell'ambito di tale analisi, con il supporto fornito dal Sistema TS, le regioni e province autonome hanno verificato i flussi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale trasmessi al medesimo Sistema TS, procedendo, laddove necessario, con il recupero degli stessi.

Ai fini del monitoraggio costante della qualità del dato e nell'ambito del sistema premiale in sanità, l'attività di controllo dei dati delle ricette di specialistica ambulatoriale e l'eventuale recupero con la trasmissione dei relativi dati al Sistema TS è effettuata con continuità nel corso dell'anno, anche con riferimento ad anni trascorsi, attraverso il monitoraggio periodico svolto del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, istituito ai sensi dell'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/03/2005

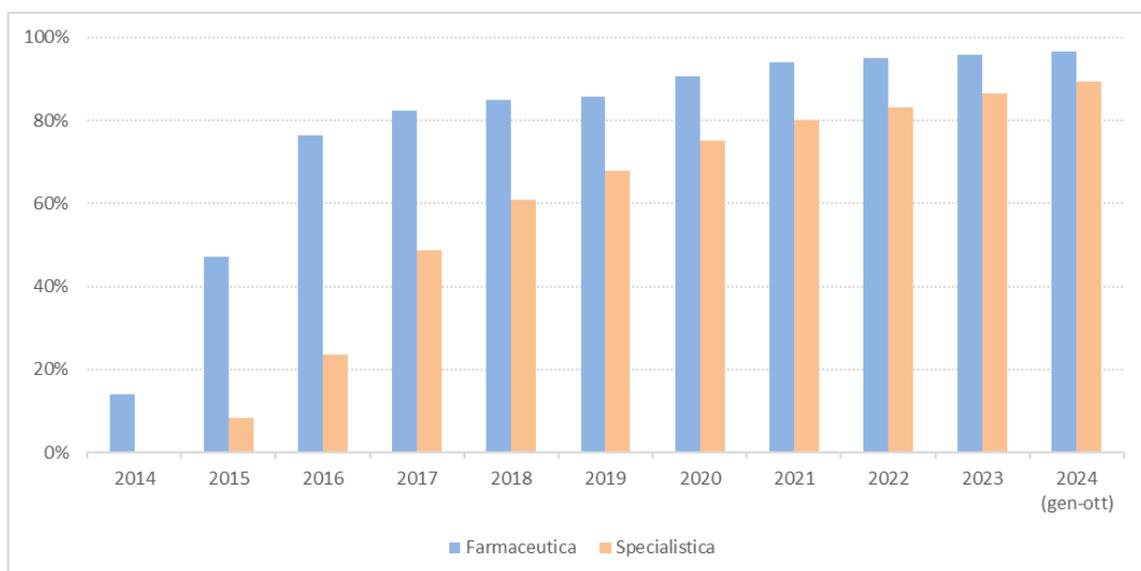
Tab. 3.4: ricette dematerializzate utilizzate dal cittadino, farmaceutica convenzionata e specialistica – Anni 2014-2024 (gen-ott)²⁸⁵ (milioni di unità)

Ricetta erogata	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (gen-ott)	Totale
Farmaceutica												
Dematerializzata	84	278	445	475	486	486	488	516	534	539	460	4.792
Ricette Totali*	603	589	582	577	572	567	538	550	562	562	476	
%	14%	47%	76%	82%	85%	86%	91%	94%	95%	96%	97%	
Specialistica												
Dematerializzata	0	17	49	103	132	148	126	165	179	194	176	1.291
Ricette Totali*	210	210	209	213	216	218	168	206	215	225	198	
%	0%	8%	24%	49%	61%	68%	75%	80%	83%	87%	89%	
Totale Dematerializzata	85	295	494	579	617	634	614	681	713	734	636	6.082
Totale ricette	813	799	791	790	788	784	706	756	777	787	674	
%	10%	37%	63%	73%	78%	81%	87%	90%	92%	93%	94%	

* Somma delle ricette dematerializzate e delle ricette cartacee

Le successive figure rappresentano, in termini percentuali rispetto al totale delle ricette (dematerializzate e cartacee), l'evoluzione regionale dell'utilizzo delle ricette dematerializzate, di farmaceutica convenzionata e di specialistica ambulatoriale, nel periodo gen-ott dal 2020 al 2024.

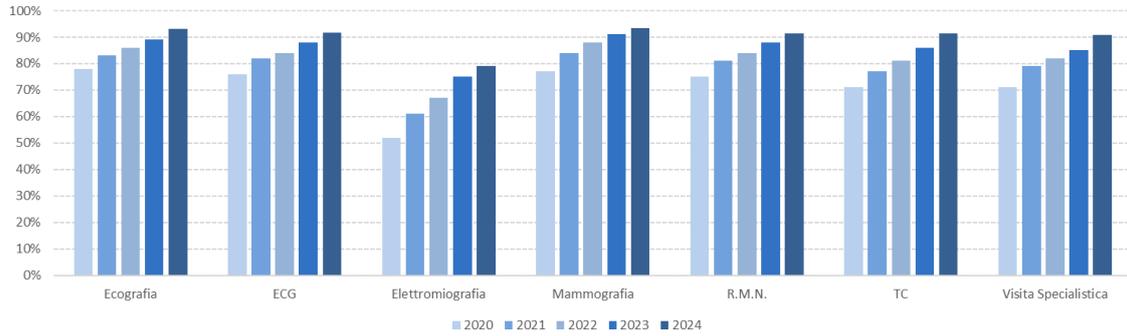
Fig. 3.5: ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale sul Totale delle ricette (dematerializzate + cartacee)



La figura che segue conferma il costante incremento delle percentuali di utilizzo della ricetta dematerializzata di un gruppo di prestazioni di specialistica ambulatoriale a partire dal 2020 fino a ottobre 2024.

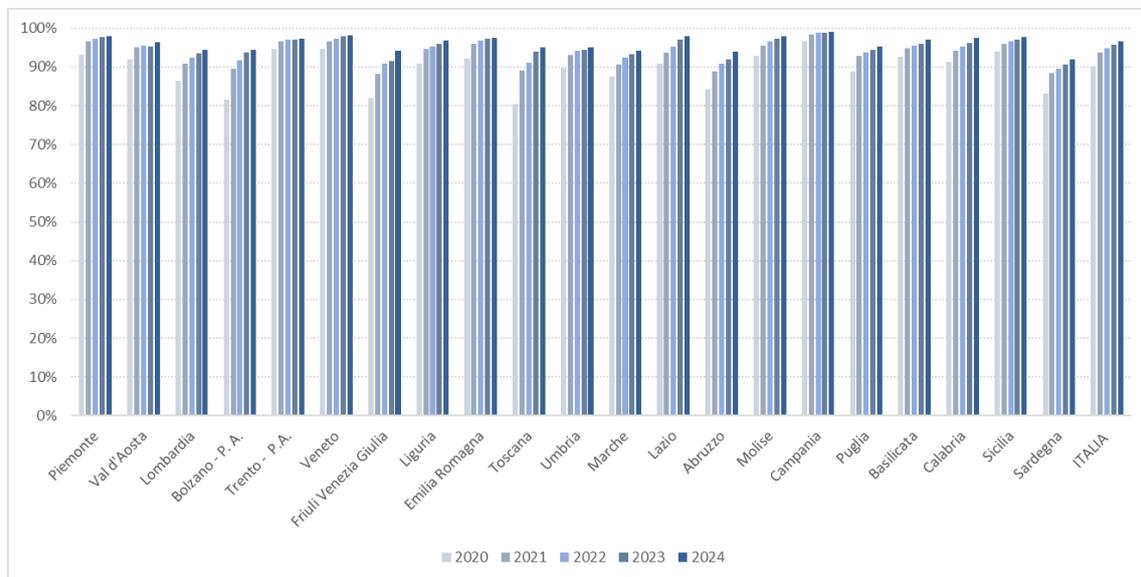
²⁸⁵ Le differenze rispetto al numero di ricette di specialistica ambulatoriale riportato nel Rapporto *Il Monitoraggio della spesa sanitaria n. 7, anno 2020*, sono dovute ai recuperi effettuati, nel frattempo, dalle regioni e province autonome con la trasmissione dei relativi dati al Sistema TS (cfr. nota precedente).

Fig. 3.6: dettaglio prestazioni di specialistica ambulatoriale – Anni 2020-2024 (gen-ott)



Il completamento del processo di progressiva dematerializzazione della ricetta farmaceutica, che nel periodo gen-ott 2024 presenta un incremento dell'1% rispetto al periodo gen-ott 2023, del 2% rispetto al periodo gen-ott 2022, nonché del 3% rispetto allo stesso periodo del 2021 e del 7% rispetto allo stesso periodo del 2020, è legato all'avanzamento delle attività di estensione, avviate nel 2020, dell'utilizzo e della circolarità delle prescrizioni farmaceutiche dematerializzate anche ai farmaci con piano terapeutico AIFA ed a tutti i farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale previsto dal dPCM 14/11/2015, ai farmaci stupefacenti individuati dal Ministero della salute, alle ricette prescritte dai medici del personale navigante (SASN) e quelle relative alle prestazioni farmaceutiche non a carico del SSN.

Fig. 3.7: ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata, utilizzate dagli assistiti, rispetto al totale delle ricette di farmaceutica convenzionata utilizzate dagli assistiti, periodo gen-ott – Anni 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024

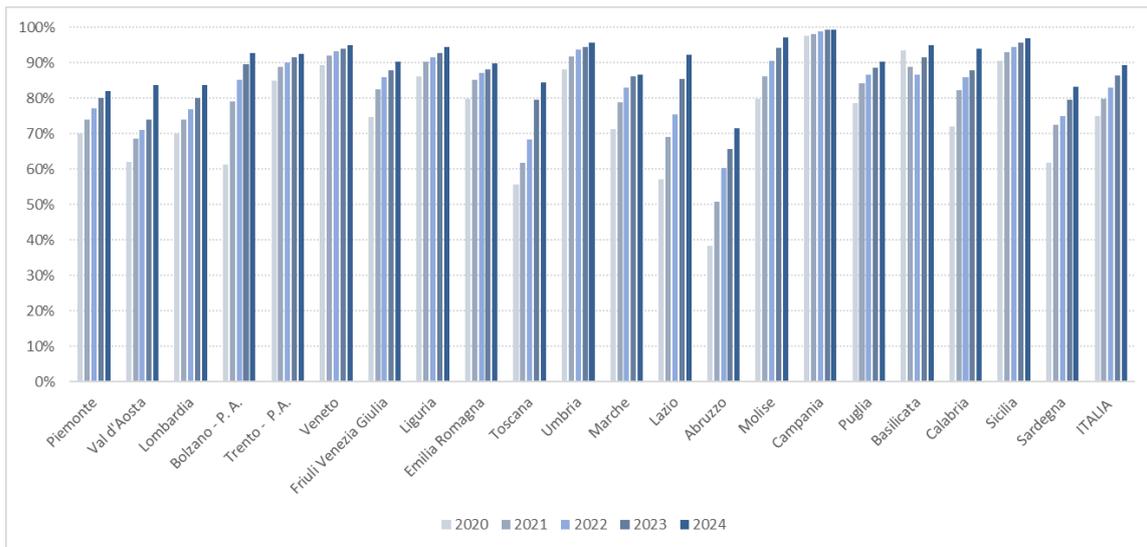


Per quanto riguarda le ricette mediche di assistenza specialistica ambulatoriale, il periodo gen-ott 2024 conferma il potenziamento della dematerializzazione in tutti i territori come già rilevato nell'anno precedente (+ 3 punti percentuali, a totale Italia, rispetto al 2023), fermo restando che in alcune regioni e province autonome occorre procedere al completamento di tale attività.

Tale miglioramento è il risultato di un'azione combinata che ha puntato al controllo e monitoraggio delle prestazioni erogate, anche ai fini del monitoraggio ex post delle

stesse, previsto dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa, insieme al progressivo completamento dell'adeguamento, da parte di medici e strutture sanitarie, pubbliche e private, dei propri sistemi informativi alla prescrizione ed erogazione della ricetta dematerializzata. Con il decreto-legge n. 73 del 2024, è stato inoltre previsto che i dati del flusso informativo dei Sistema Tessera Sanitaria siano resi disponibili al Ministero della salute e all'AGENAS, nell'ambito della piattaforma nazionale per la gestione delle liste d'attesa.

Fig. 3.8: ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale, utilizzate dagli assistiti, rispetto al totale delle ricette di specialistica ambulatoriale utilizzate dagli assistiti, periodo gen-ott – Anni 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024



Le figure seguenti riportano il dettaglio della dematerializzazione delle ricette di specialistica ambulatoriale, di cui alla figura precedente, distinguendo quelle prescritte da MMG/PLS da quelle prescritte da altre tipologie di medici.

L'andamento è caratterizzato da un progressivo aumento delle percentuali di dematerializzazione, che, nel caso delle ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale prescritte da MMG/PLS, passano dall'86% del 2020 al 96% del 2024.

Per le ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale prescritte da altre categorie di medici, pur assistendo anche in questo caso a un progressivo incremento delle percentuali di dematerializzazione (dal 56% del 2020 al 78% del 2024), risulta necessario, in alcune regioni e province autonome, procedere al completamento di tale attività.

Fig. 3.9: andamento dell'incidenza delle ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale, utilizzate dagli assistiti e prescritte da MMG/PLS, periodo gen-ott – Anni 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024

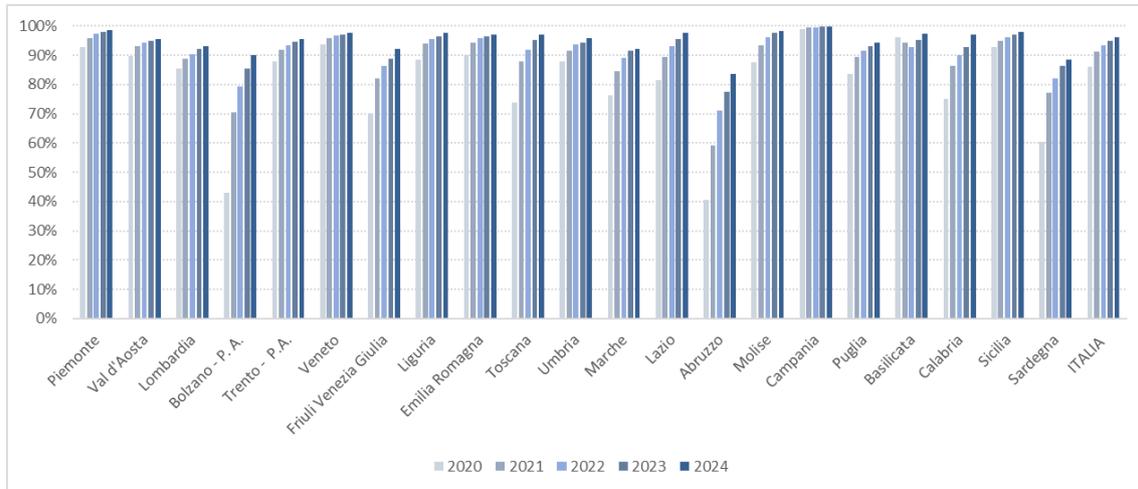
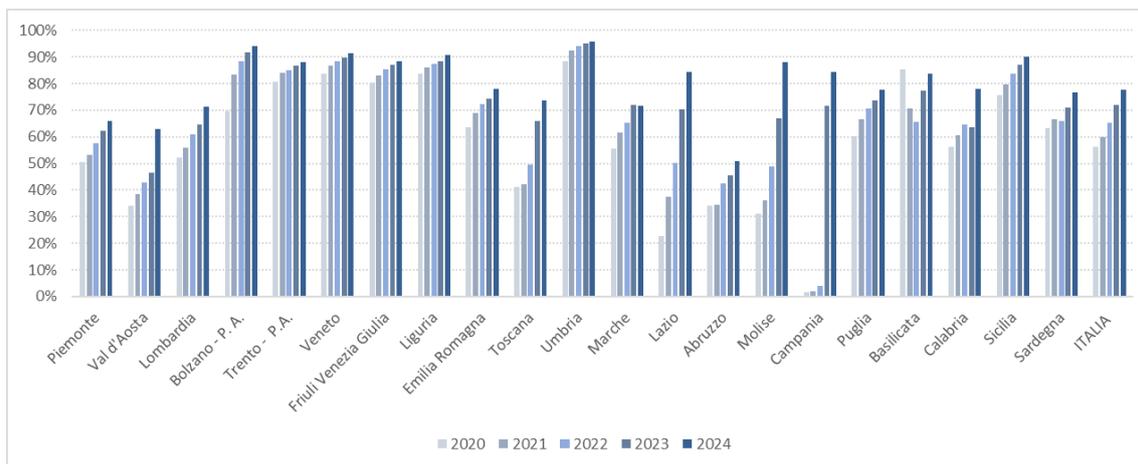


Fig. 3.10: andamento dell'incidenza delle ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale, utilizzate dagli assistiti e prescritte da medici diversi da MMG/PLS, periodo gen-ott – Anni 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024



Le tabelle seguenti mostrano che anche il valore²⁸⁶ delle ricette relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, è in tendenziale aumento dal 2016 e, dopo aver subito un rallentamento nel 2020, pari a -17,5% rispetto all'anno precedente in relazione al periodo emergenziale che ha previsto la sospensione delle attività sanitarie non urgenti in alcuni periodi dell'anno, si attesta, per l'anno 2023²⁸⁷, a circa 13 miliardi di euro. Sono in corso costantemente le attività di verifica della completezza degli invii dei dati al Sistema TS da parte delle regioni e province autonome, anche nell'ambito del periodico monitoraggio effettuato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali.

²⁸⁶ Il valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è pari alla sommatoria del prodotto del numero di prestazioni erogate con ricetta del SSN, o in accesso diretto nei casi stabiliti dalla legge, e la corrispondente tariffa prevista nei nomenclatori nazionale e/o regionali.

²⁸⁷ I valori riportati nella tabella sono aggiornati alla data 22/11/2024 ed includono anche le informazioni disponibili per l'ACISMOM e per i SASN.

Tab. 3.5: valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate – Anni 2016-2024 (gen-ott) (valori in milioni di euro)

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (gen-ott)
Piemonte	886,2	887,4	925,6	949,0	761,8	881,2	951,9	1.011,8	882,9
Val d'Aosta	24,2	25,3	24,8	26,3	17,4	20,9	22,2	22,5	16,8
Lombardia	2.479,2	2.491,3	2.512,9	2.662,0	1.939,5	2.526,3	2.648,6	2.719,6	2.212,9
Bolzano - P. A.	100,8	104,0	108,5	110,2	85,7	101,6	107,2	118,5	100,5
Trento - P.A.	80,6	85,5	90,6	95,0	82,7	96,8	98,7	107,4	96,0
Veneto	1.036,0	1.077,5	1.143,2	1.177,8	1.059,5	1.209,8	1.266,1	1.288,2	1.134,4
Friuli Venezia Giulia	287,2	288,7	304,8	305,4	265,8	274,6	334,5	341,6	301,2
Liguria	253,0	259,7	266,1	262,9	194,8	236,7	259,6	271,8	254,4
Emilia Romagna	890,5	957,3	985,1	1.008,0	842,5	1.042,7	1.097,6	1.155,0	1.000,0
Toscana	759,5	731,3	722,6	759,5	685,3	880,0	876,9	882,4	753,3
Umbria	191,9	194,0	199,0	202,1	163,4	183,9	191,9	208,9	174,4
Marche	291,0	287,4	284,8	261,8	209,5	268,1	300,6	292,7	262,9
Lazio	963,4	985,7	1.013,9	988,2	848,2	932,7	1.023,3	1.082,7	929,0
Abruzzo	197,1	205,3	207,6	219,0	174,1	199,5	210,7	229,4	209,1
Molise	70,6	69,5	72,7	73,4	61,8	78,0	69,4	73,5	69,8
Campania	723,0	786,1	846,5	878,4	907,3	931,6	902,5	964,9	891,7
Puglia	607,7	650,8	738,6	762,9	613,4	688,8	732,9	769,6	659,9
Basilicata	115,5	117,5	112,3	110,9	65,1	89,7	111,4	104,4	70,6
Calabria	226,8	240,2	246,0	251,0	184,3	214,1	226,8	257,7	217,1
Sicilia	801,6	853,5	843,7	854,1	717,1	819,0	842,2	886,0	743,2
Sardegna	266,8	273,5	262,9	265,3	209,1	254,0	240,4	244,4	199,4
ITALIA	11.252,7	11.571,8	11.912,2	12.223,2	10.088,3	11.929,9	12.515,3	13.033,0	11.179,4

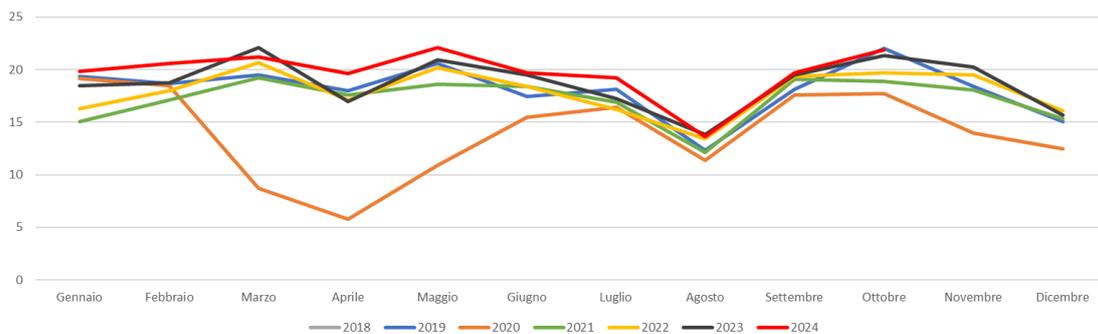
Tab. 3.6: variazioni percentuali del valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate – Anni 2016-2023

Regioni	Δ% 2017 vs 2016	Δ% 2018 vs 2017	Δ% 2019 vs 2018	Δ% 2020 vs 2019	Δ% 2021 vs 2020	Δ% 2022 vs 2021	Δ% 2023 vs 2022
Piemonte	0,1%	4,3%	2,5%	-19,7%	15,7%	8,0%	6,3%
Val d'Aosta	4,6%	-2,2%	6,1%	-33,8%	20,2%	6,1%	1,3%
Lombardia	0,5%	0,9%	5,9%	-27,1%	30,2%	4,8%	2,7%
Bolzano - P. A.	3,1%	4,3%	1,6%	-22,3%	18,6%	5,5%	10,5%
Trento - P.A.	6,0%	6,1%	4,9%	-13,0%	17,0%	1,9%	8,8%
Veneto	4,0%	6,1%	3,0%	-10,0%	14,2%	4,7%	1,7%
Friuli Venezia Giulia	0,5%	5,6%	0,2%	-13,0%	3,3%	21,8%	2,1%
Liguria	2,6%	2,5%	-1,2%	-25,9%	21,5%	9,7%	4,7%
Emilia Romagna	7,5%	2,9%	2,3%	-16,4%	23,8%	5,3%	5,2%
Toscana	-3,7%	-1,2%	5,1%	-9,8%	28,4%	-0,4%	0,6%
Umbria	1,1%	2,6%	1,5%	-19,1%	12,5%	4,4%	8,9%
Marche	-1,2%	-0,9%	-8,1%	-20,0%	28,0%	12,1%	-2,6%
Lazio	2,3%	2,9%	-2,5%	-14,2%	10,0%	9,7%	5,8%
Abruzzo	4,2%	1,1%	5,5%	-20,5%	14,6%	5,6%	8,9%
Molise	-1,5%	4,6%	0,9%	-15,9%	26,3%	-11,1%	6,0%
Campania	8,7%	7,7%	3,8%	3,3%	2,7%	-3,1%	6,9%
Puglia	7,1%	13,5%	3,3%	-19,6%	12,3%	6,4%	5,0%
Basilicata	1,7%	-4,5%	-1,2%	-41,3%	37,8%	24,2%	-6,3%
Calabria	5,9%	2,4%	2,0%	-26,6%	16,2%	6,0%	13,6%
Sicilia	6,5%	-1,2%	1,2%	-16,0%	14,2%	2,8%	5,2%
Sardegna	2,5%	-3,9%	0,9%	-21,2%	21,5%	-5,3%	1,7%
ITALIA	2,8%	2,9%	2,6%	-17,5%	18,3%	4,9%	4,1%

3.6.2 - Il monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Nella figura seguente è riportato, a partire dal 2019, l'andamento delle ricette di specialistica ambulatoriale utilizzate dal cittadino, come risultanti dai dati trasmessi al Sistema TS ai sensi dell'articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003.

Fig. 3.11: andamento delle ricette erogate di specialistica ambulatoriale – Anni 2019-2023 e gen-ott 2024 (milioni di ricette)



Dopo il calo registrato nel 2020 in relazione all'emergenza Covid, in cui il numero di ricette per prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate si è ridotto del 23% rispetto al 2019 (per un totale di circa 50 milioni di ricette in meno), nel 2021 si osserva un sostanziale riallineamento ai livelli del 2019 con un recupero, rispetto al 2020, pari al +23% (per un totale di circa 38 milioni di ricette in più); *trend* confermato nel 2022 e nel 2023 che presentano una variazione positiva, rispettivamente, pari al +4% e al +5% rispetto all'anno precedente. Il periodo gen-ott 2024 conferma il *trend* positivo pari al +5%, rispetto allo stesso periodo del 2023.

3.6.3 - PTE: Nota 97, Nota 99, Nota 100 e PAXLOVID

Come riportato in precedenza, secondo quanto previsto dal DM 25/03/2020, in accordo con il Ministero della salute e con le regioni e province autonome, il Ministero dell'economia e delle finanze, in collaborazione con AIFA, ha avviato la dematerializzazione dei Piani Terapeutici ritenuti prioritari, secondo criteri relativi alla loro diffusione ed innovatività.

È stata avviata, quindi, la dematerializzazione dei Piani terapeutici per i farmaci con nota AIFA 97, con nota AIFA 99 e nota AIFA 100 e del Piano terapeutico per la somministrazione del farmaco Paxlovid nell'ambito delle terapie per la cura dell'infezione da Covid-19.

Questa importante innovazione consente al medico al momento della compilazione della ricetta, di collegare, in modo automatico, la ricetta dematerializzata al Piano terapeutico elettronico (PTE), garantendone la coerenza ed evitando, pertanto, ulteriori controlli a carico sia del medico prescrittore che della farmacia.

L'infrastruttura del Sistema TS, quindi, per la gestione di questi pazienti, permette di semplificare e digitalizzare le varie fasi relative alla creazione dei Piani Terapeutici di cura e della prescrizione ed erogazione dei farmaci ad essi correlati. Il PTE, inoltre, rappresenta un ulteriore strumento utile ai controlli correlati all'appropriatezza prescrittiva e alla sua stessa validità.

A tal fine, all'interno del portale del Sistema TS, è attivo un cruscotto di monitoraggio dei dati relativi all'utilizzo dei PTE, a partire dalla data di avvio di ogni singolo Piano, secondo il calendario delle singole regioni e province autonome.

La dematerializzazione del Piano Terapeutico per i farmaci con nota AIFA 97 (anticoagulanti orali per pazienti con Fibrillazione Atriale Non Valvolare - FANV), è stata avviata nel mese di dicembre 2020. A partire da aprile 2022 è obbligatorio l'utilizzo delle funzionalità del Sistema TS per la prescrizione dei PTE Nota 97, con la chiusura dell'applicativo *web-based* di AIFA che consentiva la creazione del Piano terapeutico per la prescrizione dei farmaci nuovi anticoagulanti orali (NAO). Al mese di novembre 2024, risultano attivati circa 1,5 milioni di PTE con Nota 97, con la prescrizione di circa 40 milioni di farmaci correlati.

A partire dal mese di maggio 2022, nell'ambito dell'emergenza pandemica da Covid 19, è stata introdotta la dematerializzazione del Piano Terapeutico per la somministrazione del farmaco Paxlovid. Nel caso di questo PTE, il Sistema TS garantisce i controlli di erogabilità e del rispetto delle tempistiche di prescrizione del farmaco in conformità con le indicazioni emanate dall'AIFA. Al mese di novembre 2024 risultano assistiti con PTE Paxlovid circa 92 mila cittadini, con la prescrizione di circa 85 mila farmaci correlati.

La dematerializzazione del Piano Terapeutico per i farmaci con nota AIFA 99 (farmaci LABA/LAMA/ICS per la BPCO) ha preso avvio dal mese di giugno 2022. In questo caso è previsto anche il controllo sulle strutture sanitarie autorizzate alla prescrizione dei farmaci inclusi nel piano, nonché sui relativi medici abilitati. Al mese di novembre 2024, risultano attivati circa 94 mila PTE con Nota 99, con la prescrizione di circa 1 milione di farmaci correlati.

Per quanto riguarda il Piano Terapeutico per i farmaci con Nota 100, la dematerializzazione di quest'ultimo è stata avviata a partire dal mese di dicembre 2022 con la compilazione del Piano da parte dei MMG/PLS, mentre nel mese di luglio 2023 questa è stata estesa anche ai medici diversi da MMG/PLS abilitati a prescrivere tale piano. Al mese di novembre 2024, risultano complessivamente attivati circa 489 mila PTE con Nota 100, con la prescrizione di circa 8 milioni di farmaci correlati.

La tabella seguente riepiloga le regioni e province autonome che hanno progressivamente avviato, in ambito regionale/provinciale, le attività di dematerializzazione dei Piani terapeutici sopra elencati.

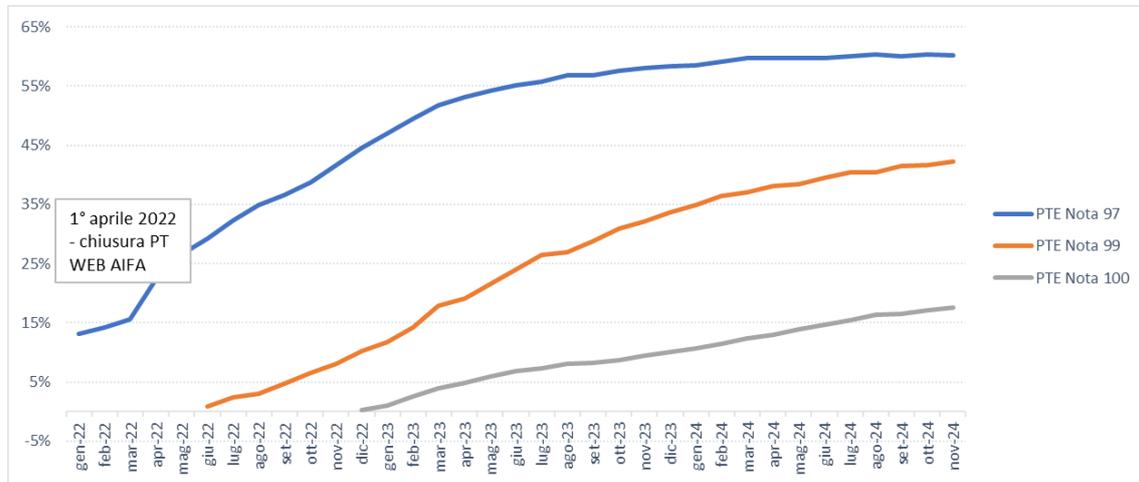
Tab. 3.7: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione dei Piani terapeutici Nota 97, Nota 99, Nota 100 e Paxlovid

Regioni	PTE NOTA 97 (in esercizio da dicembre 2020)	PTE NOTA 99 (in esercizio da giugno 2022)	PT Paxlovid (in esercizio da maggio 2022)	PTE NOTA 100	
				PTE prescritti da MMG/PLS (in esercizio da dicembre 2022)	PTE prescritti da medici diversi da MMG/PLS (in esercizio da luglio 2023)
Piemonte	marzo-21	giugno-22	maggio-22	dicembre-22	settembre-23
Valle d'Aosta	marzo-21	luglio-22	maggio-22	dicembre-22	ottobre-23
Lombardia	aprile-21	luglio-22	maggio-22	dicembre-22	
Provincia autonoma di Bolzano	dicembre-21	luglio-22	giugno-22	dicembre-22	ottobre-23
Provincia autonoma di Trento	luglio-21	settembre-22	maggio-22	dicembre-22	dicembre-23
Veneto	marzo-21	marzo-24	maggio-22		
Friuli Venezia Giulia	aprile-21	settembre-23	maggio-22	dicembre-23	
Liguria	maggio-21	giugno-22	maggio-22	dicembre-22	agosto-23
Emilia Romagna	marzo-22		maggio-22	settembre-23	novembre-23
Toscana	aprile-22	settembre-22	maggio-22	gennaio-23	
Umbria	marzo-22	dicembre-22	maggio-22	dicembre-22	
Marche	dicembre-20	dicembre-22	maggio-22	dicembre-22	
Lazio		luglio-22	maggio-22	dicembre-22	
Abruzzo	maggio-21	giugno-22	maggio-22	dicembre-22	dicembre-23
Molise	marzo-21		maggio-22	dicembre-22	ottobre-24
Campania	marzo-22	giugno-22	maggio-22	gennaio-23	
Puglia	luglio-21	novembre-22	maggio-22	febbraio-23	
Basilicata	febbraio-21	settembre-22	maggio-22	dicembre-22	novembre-23
Calabria	febbraio-21	luglio-22	maggio-22	dicembre-22	novembre-23
Sicilia	febbraio-21	giugno-22	maggio-22	dicembre-22	
Sardegna	marzo-21		maggio-22	marzo-23	

La figura che segue evidenzia come, per le Note AIFA 97, 99 e 100, la percentuale di ricette dematerializzate prescritte nell'ambito di un Piano Terapeutico Elettronico sia

gradualmente aumentata, a partire dal mese di gennaio 2022, in funzione della progressiva attivazione delle procedure di dematerializzazione dei PTE in ambito regionale.

Fig. 3.12: percentuale di dematerializzazione dei farmaci prescritti con nota 97, nota 99 e nota 100 – periodo gen 2022 – nov 2024



3.6.4 - Ricetta bianca elettronica

Con il DM del 30/12/2020 è stato dato un ulteriore fondamentale impulso al processo di estensione della dematerializzazione delle ricette mediche, con la previsione di allargare questa modalità di prescrizione ai farmaci non a carico del SSN, la cosiddetta Ricetta bianca. Questo ulteriore passo sul percorso di digitalizzazione del sistema di prescrizione ed erogazione dei farmaci, costituisce una ulteriore opportunità finalizzata alla semplificazione per il cittadino e per gli operatori sanitari in generale.

Con le stesse modalità elettroniche previste dal DM del 2/11/2011 per i medicinali a carico del SSN, i medici possono, dunque, prescrivere questi farmaci con ricetta elettronica individuata attraverso un nuovo identificativo, il Numero di ricetta bianca elettronica (NRBE), inserendo anche le informazioni necessarie per indicare l'eventuale ripetibilità degli stessi. I medici possono generare ricette bianche dematerializzate contenenti esclusivamente farmaci con obbligo di prescrizione, oppure farmaci non soggetti a obbligo di prescrizione (farmaci SOP e OTC).

Il 31 gennaio 2022 è la data di avvio progressivo della prescrizione dematerializzata delle ricette farmaceutiche non a carico del SSN, attraverso le procedure del Sistema Tessera sanitaria (SAC). La tabella seguente riporta per le singole regioni e province autonome le date di avvio sul proprio territorio della dematerializzazione della cd. Ricetta bianca.

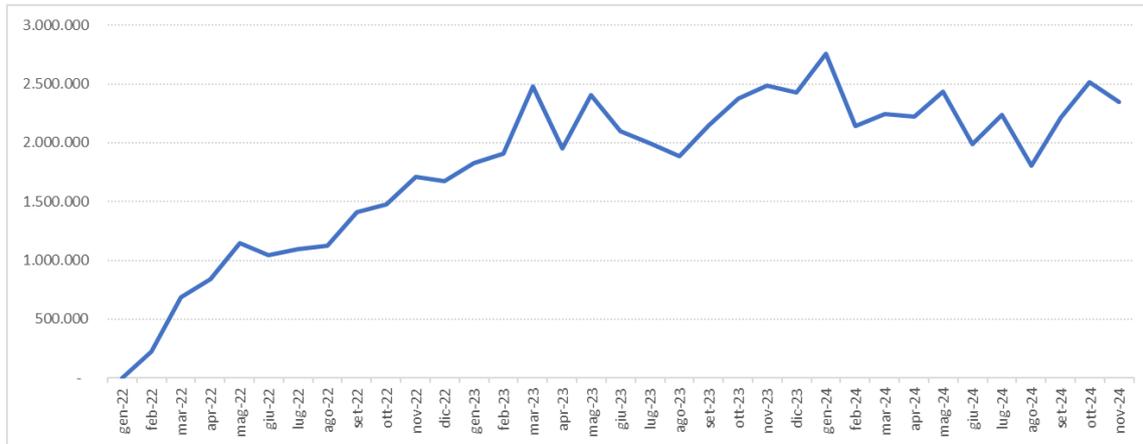
Tab. 3.8: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione delle ricette farmaceutiche non a carico SSN

Regioni	Ricetta bianca (in esercizio dal 31 gennaio 2022)
Piemonte	gennaio-22
Valle d'Aosta	gennaio-22
Lombardia	febbraio-22
Provincia autonoma di Bolzano	gennaio-22
Provincia autonoma di Trento	gennaio-22
Veneto	marzo-22
Friuli Venezia Giulia	marzo-22
Liguria	maggio-22
Emilia Romagna	gennaio-22
Toscana	maggio-22
Umbria	giugno-22
Marche	aprile-22
Lazio	febbraio-23
Abruzzo	maggio-22
Molise	gennaio-23
Campania	
Puglia	marzo-22
Basilicata	maggio-22
Calabria	maggio-22
Sicilia	gennaio-22
Sardegna	aprile-22

Successivamente il DM 1/12/2022 ha modificato il DM 30/12/2020, prevedendo che, a fronte dell'utilizzo presso una parafarmacia, da parte dell'assistito, della Ricetta bianca elettronica contenente esclusivamente farmaci non soggetti a obbligo di prescrizione medica, il SAC rende disponibile alla stessa parafarmacia le funzionalità per l'invio dei dati della prestazione erogata.

A novembre 2024 il totale delle ricette prescritte ammonta a circa 63 milioni (55 milioni ripetibili e 8 milioni non ripetibili), di cui ne risultano erogate circa 34 milioni. La figura seguente mostra come il numero di ricette bianche dematerializzate sia progressivamente aumentato, a partire dal mese di gennaio 2022, anche in funzione della progressiva attivazione delle procedure di dematerializzazione della Ricetta bianca in ambito regionale.

Fig. 3.13: andamento del numero di ricette farmaceutiche non a carico SSN prescritte tramite ricetta dematerializzata – periodo gen 2022 – nov 2024



3.6.5 - L'autenticazione a 2 o più fattori per l'accesso al Sistema TS

In questo contesto, per adeguare i livelli di sicurezza informatica per gli operatori ai nuovi standard previsti dalla normativa, il DM 8/06/2023 del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute e d'intesa con il Dipartimento della Trasformazione Digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri e AgID, ha ulteriormente modificato il DM 30/12/2020 per prevedere nuove procedure di autenticazione per l'accesso al Sistema TS a 2 o più fattori, nell'ambito della Ricetta bianca elettronica. Queste nuove procedure informatiche, a partire dal 5 luglio 2023, sono state messe a disposizione di tutti i soggetti coinvolti nel processo di prescrizione ed erogazione delle ricette dematerializzate non a carico SSN (medici, farmacie, parafarmacie, Sistemi di Accoglienza Regionali) e, a partire dal 31 gennaio 2024, costituiscono l'unica modalità di autenticazione alle funzionalità della Ricetta bianca elettronica.

3.6.6 - Televisita

Come previsto dalle Linee di Indirizzo nazionali per l'erogazione di prestazioni in Telemedicina, inserite nell'Accordo Stato-Regioni del 17/12/2020, a partire dal 1° gennaio 2022 sono operative nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria le procedure per la dematerializzazione della prescrizione ed erogazione in modalità "Televisita" di prestazioni di specialistica ambulatoriale. Grazie all'adeguamento informatico messo a disposizione dei medici prescrittori, quindi, è possibile la rilevazione ed il monitoraggio di tali attività erogate in modalità "Televisita".

La tabella successiva mostra le regioni e province autonome che, al mese di novembre 2024, hanno avviato sul proprio territorio l'utilizzo delle funzionalità inerenti alla Televisita, rese disponibili dal Sistema TS.

Queste procedure prevedono che nella prescrizione (a carico del SSN, sia in formato dematerializzato che cartaceo) sia prevista la possibilità di specificare, sia in fase di prescrizione che di erogazione, se la visita è in regime di Televisita.

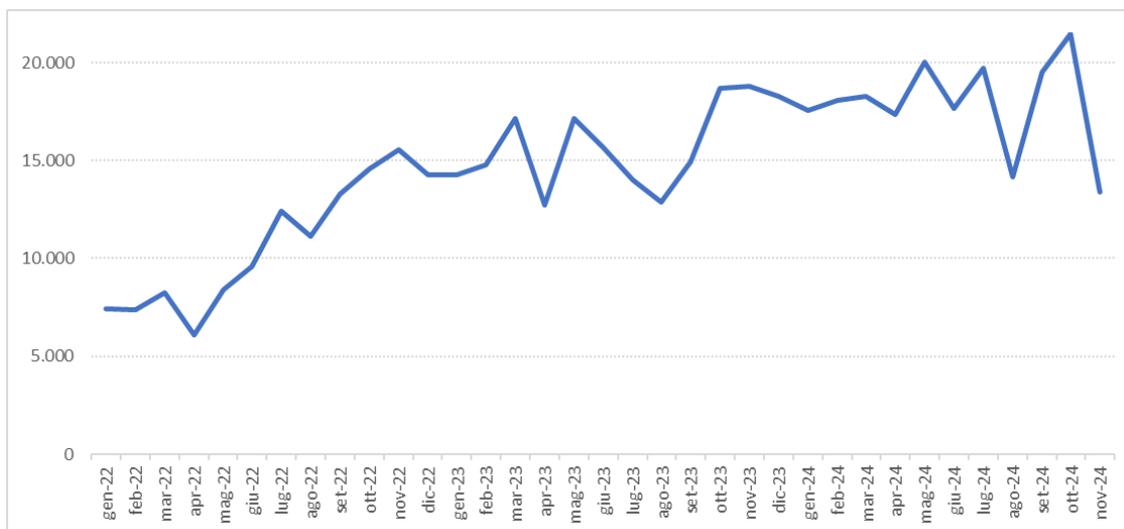
Inoltre, tutti i dati delle ricette raccolti dal Sistema TS che riguardano queste prestazioni confluiscono automaticamente nel FSE, ai sensi dell'articolo 12 del decreto-legge n. 179 del 2012, tramite la specifica funzionalità resa disponibile da INI attraverso l'interconnessione con il sistema della ricetta elettronica dematerializzata del Sistema TS.

Nella figura che segue, è evidenziato l'andamento delle prestazioni erogate in modalità Televisita risultanti al Sistema TS a partire da gennaio 2022 fino al mese di novembre 2024, a fronte di un totale di circa 515 mila ricette erogate. È in corso, presso il Ministero della salute, la verifica dei dati congiuntamente con le regioni e province autonome.

Tab. 3.9: date di avvio, in ambito regionale, delle procedure di dematerializzazione delle ricette contenenti prestazioni erogate in modalità Televisita

Regioni	Televisita (in esercizio dal 1° gennaio 2022)
Piemonte	
Valle d'Aosta	marzo-22
Lombardia	
Provincia autonoma di Bolzano	marzo-22
Provincia autonoma di Trento	gennaio-22
Veneto	giugno-22
Friuli Venezia Giulia	gennaio-22
Liguria	maggio-22
Emilia Romagna	febbraio-22
Toscana	maggio-22
Umbria	maggio-22
Marche	
Lazio	
Abruzzo	
Molise	
Campania	aprile-23
Puglia	aprile-22
Basilicata	
Calabria	
Sicilia	
Sardegna	maggio-22

Fig. 3.14: andamento del numero di prestazioni erogate in Televisita – periodo gen 2022 – nov 2024



3.7 - La compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria a carico del SSN

Per consentire la spendibilità della ricetta da parte dell'assistito anche in una regione e provincia autonoma diversa, Sistema TS gestisce tutte le regole di erogazione nonché le eventuali regole di compartecipazione alla spesa (*ticket*) da parte dei cittadini introdotte dalle regioni o province autonome e le rende disponibili alle farmacie e alle strutture sanitarie che le applicano direttamente al momento dell'erogazione.

La ricognizione delle regole nazionali e regionali, vigenti a dicembre 2024, relative alla compartecipazione da parte del cittadino alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata (Box 3.1) e specialistica ambulatoriale (Box 3.2), nonché dei farmaci erogati in distribuzione per conto - DPC (Box 3.3) a carico del SSN e dei farmaci stupefacenti prescritti per la terapia del dolore (Box 3.4), sono riportate in fondo a questo capitolo, come trasmesse direttamente dalle regioni e province autonome al Sistema TS ai sensi dell'articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003.

Nelle tabelle seguenti è riportato il valore complessivo della compartecipazione alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale a carico del SSN, determinato dal Sistema TS secondo le regole indicate nei *box* di cui sopra, che, dal 2016 al 2019, presenta un andamento costante nel tempo con una diminuzione, più significativa sulla spesa specialistica ambulatoriale, nel 2020. In particolare, questo anno, oltre all'impatto dell'emergenza sanitaria, è stato caratterizzato anche dall'abolizione del cd. *Superticket*, a partire dal 1° settembre 2020, come disposto dall'articolo 1, comma 446, della legge n. 160/2019 (Legge di Bilancio 2020). Dal 2021 al 2024 la compartecipazione alla spesa farmaceutica si è mantenuta costante mentre la compartecipazione alla spesa specialistica ambulatoriale ha mostrato un andamento crescente. Il *trend* della spesa specialistica ambulatoriale sembra confermato anche per i primi dieci mesi del 2024 in cui, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, la stessa è passata da 1,44 a 1,55 miliardi di euro.

Tab. 3.10: compartecipazione alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata e specialistica ambulatoriale a carico del SSN – Anni 2016-2024 (gen-ott)²⁸⁸ (valori in miliardi di euro)

Compartecipazione (Farmaceutica)	2016	2017	2018	2019	2020			2021	2022	2023	2024
					Totale	gen-ago	set-dic				gen-ott
Ticket	0,51	0,49	0,47	0,45	0,41	0,27	0,13	0,40	0,42	0,43	0,37
Differenza col generico	1,08	1,08	1,12	1,12	1,07	0,71	0,36	1,08	1,08	1,06	0,89
TOTALE	1,59	1,57	1,59	1,57	1,48	0,99	0,49	1,48	1,50	1,48	1,25

Compartecipazione (Specialistica)	2016	2017	2018	2019	2020			2021	2022	2023	2024
					Totale	gen-ago	set-dic				gen-ott
Franchigia	1,29	1,31	1,33	1,35	1,02	0,61	0,41	1,44	1,54	1,66	1,50
Quota fissa	0,49	0,48	0,49	0,49	0,20	0,19	0,01	0,05	0,04	0,05	0,05
TOTALE	1,78	1,79	1,82	1,83	1,22	0,80	0,43	1,49	1,58	1,71	1,55

²⁸⁸ Le differenze rispetto al valore della compartecipazione alla spesa sanitaria per specialistica ambulatoriale da parte del cittadino, riportato nel Rapporto *Il Monitoraggio della spesa sanitaria n. 7, anno 2020*, sono dovute all'utilizzo, nel presente Rapporto, dei dati 'calcolati' dal Sistema TS, sulla base delle regole nazionali e regionali, invece dei dati 'dichiarati' dalle regioni e province autonome, come trasmessi al medesimo Sistema TS. È stato effettuato un arrotondamento alla seconda cifra decimale.

In questo ambito, il Sistema TS, nel 2024 come per gli anni precedenti, ha reso disponibili alle ASL e ai medici prescrittori gli elenchi dei cittadini in possesso di esenzioni per reddito nazionali. Al 2023, le prestazioni sanitarie in esenzione per reddito a carico del SSN, in linea con gli anni precedenti, costituiscono (limitatamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale) circa il 28% del totale nazionale delle prestazioni a carico del SSN.

In termini di semplificazione, il diritto all'esenzione da reddito può essere autocertificato dal cittadino anche accedendo direttamente alla funzionalità di Autocertificazione *on line*, disponibile sul portale www.sistemats.it, tramite SPID, CIE o TS-CNS, senza doversi recare presso la ASL.

Riferimenti normativi – Controllo delle esenzioni da reddito

- Articolo 79, comma 1-sexies, lettere a) e b), del decreto-legge n. 112/2008 (*Programmazione delle risorse per la spesa sanitaria*)

- DM 11/12/2009 (*Verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del Sistema tessera sanitaria*)

3.8 - La spesa sanitaria sostenuta dai cittadini

Fra le molteplici funzioni assegnate al sistema TS, il legislatore, con l'articolo 3 del decreto legislativo n. 175 del 2014, ha previsto che l'infrastruttura venga utilizzata anche per la trasmissione all'Agenzia delle entrate delle spese sanitarie e veterinarie sostenute dai cittadini ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata.

A tal fine, i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie trasmettono telematicamente al Sistema TS i documenti di spesa sanitaria dei cittadini, secondo il calendario pubblicato sul sito www.sistemats.it.

I dati da trasmettere al Sistema TS riguardano: le ricevute di pagamento, gli scontrini fiscali e gli eventuali rimborsi relativi alle spese sanitarie sostenute da ciascun assistito.

Tra le spese sanitarie sono ricompresi: i *ticket* pagati sulle prestazioni sanitarie erogate a carico del SSN, i farmaci (anche omeopatici ovvero ad uso veterinario) e i servizi erogati dalle farmacie, i dispositivi medici con marcatura CE e le altre prestazioni erogate dalle strutture sanitarie accreditate e dagli operatori sanitari indicati nella normativa riportata nella tabella seguente.

L'articolo 12 del decreto legislativo n. 1 del 2024 ha previsto che i soggetti tenuti all'invio dei dati delle spese sanitarie al Sistema TS per la predisposizione, da parte dell'Agenzia delle entrate della dichiarazione dei redditi precompilata, a partire dal 2024, provvedono alla trasmissione dei dati con cadenza semestrale, secondo i termini stabiliti con il DM 8/02/2024:

- entro il 30 settembre di ciascun anno, per le spese sanitarie sostenute nel primo semestre del medesimo anno;
- entro il 31 gennaio di ciascun anno, a partire dal 2025, per le spese sanitarie sostenute nel secondo semestre dell'anno precedente.

Tab. 3.11: soggetti tenuti alla trasmissione delle spese sanitarie private al Sistema TS

Validità provvedimento	Normativa			Strutture invianti
	Decreto Ministero dell'economia e delle finanze	Parere Garante per la protezione dei dati personali	Provvedimento Agenzia delle entrate	
dal 2015	DM RGS 31/7/2015 (Art. 3, co. 2 e 3, D.Lgs 175/2014)	Parere del 30/7/2015	N. 103408 - 31/7/2015	Farmacie Strutture pubbliche Strutture private accreditate al SSN Iscritti all'albo dei medici chirurghi Odontoiatri
dal 2016	DM RGS 2/8/2016 (Art. 1, co. 949, lettera a), L. stabilità 2016)	Parere del 28/7/2016	N. 123325 - 29/7/2016	Strutture private autorizzate e non accreditate al SSN Strutture autorizzate alla vendita dei medicinali veterinari
	DM Ministro 1/9/2016 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)	Parere del 28/7/2016	N. 142369 - 15/9/2016	Veterinari Parafarmacie Ottici Infermieri Psicologi Tecnici radiologi Ostetrici/che
	DM RGS 16/9/2016 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)			
dal 2019	DM Ministro 22/3/2019 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)	Parere n. 7 del 17/1/2019	N. 115304 - 6/5/2019	Strutture militari
	DM RGS 9/5/2019 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)	Parere n. 30 del 31/1/2019		
	DM Ministro 22/11/2019 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)	Parere n. 174 del 26/9/2019	N. 1432437 - 23/12/2019	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico Tecnico audiometrista Tecnico audioprotesista Tecnico ortopedico Dietista Tecnico di neurofisiopatologia Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare Igienista dentale Fisioterapista Logopedista Podologo Ortottista e assistente di oftalmologia Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva Tecnico della riabilitazione psichiatrica Terapista occupazionale Educatore professionale Tecnico della prevenzione ambiente e luoghi di lavoro Assistente sanitario Biologo
dal 2020	DM RGS 14/11/2019 (Art. 1, co. 949, lettera a), L. stabilità 2016)	Nota n. 38208 del 7/11/2019		Farmacia Associazione nazionale mutilati e invalidi di guerra (ANMIG)
dal 2021	DM Ministro 16/7/2021 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)	Parere n. 232 del 10/6/2021		Iscritti agli elenchi speciali ad esaurimento istituiti con il decreto del Ministro della Salute 9/8/2019
dal 2023	DM Ministro 22/5/2023 (Art. 3, co. 4, D.Lgs 175/2014)	Parere n. 161 del 27/4/2023		Infermieri pediatrici

3.8.1 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: dati di sintesi per gli anni 2016-2023

Le tabelle che seguono riportano il confronto dei dati delle spese sanitarie sostenute dai cittadini, comprensive del pagamento dei *ticket*, e trasmessi al Sistema TS per gli anni dal 2016 al 2023, distribuite per tipologia di soggetti erogatori e per regione e provincia autonoma.

Dal 2016 al 2018, le tipologie di soggetti erogatori di prestazioni sanitarie, tenuti all'invio al Sistema TS delle spese sanitarie dei cittadini ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata da parte dell'Agenzia delle entrate, non sono variate. Dal 2019, la platea di soggetti tenuti alla trasmissione è stata estesa anche alle strutture sanitarie militari e agli esercenti professioni sanitarie e, dal 2021 anche agli iscritti agli elenchi speciali ad esaurimento istituiti con il decreto del Ministro della salute 9/08/2019, con il contributo riportato dalla tabella seguente. A partire dal 2023, la platea è stata ulteriormente ampliata con gli infermieri pediatrici.

Tab. 3.12: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata – Anni 2016-2023 (valori in miliardi di euro e variazioni percentuali)²⁸⁹

Soggetti invariants	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2023 vs 2022 (Variazione percentuale)
Farmacie pubbliche e private	8,29	8,96	9,51	9,93	10,24	10,98	11,97	12,16	1,6%
Strutture pubbliche	2,13	2,20	2,27	2,28	1,47	1,84	2,04	2,23	9,1%
Strutture private accreditate	5,26	5,72	6,01	6,35	5,82	6,70	7,00	7,62	8,8%
Medici chirurghi	7,18	7,30	7,49	7,86	5,90	7,65	8,04	8,47	5,4%
- Medici	2,56	2,58	2,65	2,38	1,55	2,20	2,39	2,60	8,5%
- Odontoiatri	4,62	4,72	4,84	5,47	4,35	5,46	5,65	5,88	4,0%
Strutture autorizzate	3,05	3,62	4,10	4,79	3,93	5,55	6,29	7,23	14,9%
Altri operatori sanitari	2,21	2,69	2,90	3,14	3,01	3,75	4,13	4,48	8,2%
- Parafarmacie	0,29	0,35	0,40	0,45	0,50	0,55	0,67	0,71	5,2%
- Ottici	1,45	1,83	1,95	2,06	1,92	2,29	2,43	2,54	4,7%
- Psicologi	0,47	0,49	0,53	0,61	0,58	0,88	1,01	1,20	18,8%
- Tecnici radiologi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13,2%
- Infermieri	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	4,5%
- Ostetrici	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	11,4%
Strutture sanitarie militari				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	23,8%
Esercenti professioni sanitarie				0,49	0,42	0,66	0,74	0,87	17,4%
Iscritti agli elenchi speciali ad esaurimento (DM 9/8/2019)						0,03	0,04	0,05	22,4%
Infermieri pediatrici								0,00	
Totale	28,13	30,48	32,29	34,85	30,79	37,16	40,26	43,10	7,0%
<i>Variazione %</i>		8,3%	5,9%	7,9%	-11,6%	20,7%	8,3%	7,0%	

In linea con l'anno precedente, dopo il rallentamento registrato nel 2020 (pari a -11,6% vs il 2019), continua la *trend* crescente della spesa sanitaria privata che presenta una variazione del +7% rispetto ai valori dell'anno precedente. La tabella seguente mostra che la rilevazione della spesa sanitaria²⁹⁰, per l'anno 2023, presenta prevalentemente variazioni percentuali crescenti su tutto il territorio nazionale.

 Tab. 3.13: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi. Dettaglio regionale – Anni 2016-2023 (valori in miliardi di euro e variazioni percentuali)²⁹¹

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2023 vs 2022 (Variazione percentuale)
Piemonte	2,19	2,45	2,62	2,84	2,48	2,96	3,20	3,46	8,2%
Valle d'Aosta	0,06	0,06	0,07	0,07	0,06	0,07	0,08	0,08	4,4%
Lombardia	6,61	7,27	7,65	8,08	7,07	8,52	9,32	10,20	9,5%
Provincia autonoma di Bolzano	0,27	0,28	0,31	0,33	0,31	0,37	0,44	0,45	1,6%
Provincia autonoma di Trento	0,32	0,34	0,36	0,38	0,33	0,38	0,43	0,46	6,6%
Veneto	2,92	3,10	3,26	3,52	3,14	3,68	3,83	4,11	7,2%
Friuli Venezia Giulia	0,59	0,62	0,66	0,71	0,63	0,76	0,81	0,88	8,3%
Liguria	0,86	0,93	0,97	1,05	0,91	1,07	1,17	1,24	6,6%
Emilia Romagna	2,78	2,95	3,09	3,45	2,92	3,50	3,77	3,82	1,4%
Toscana	1,93	2,04	2,15	2,30	2,07	2,50	2,73	2,94	7,4%
Umbria	0,35	0,38	0,40	0,44	0,39	0,47	0,51	0,55	7,7%
Marche	0,65	0,68	0,74	0,80	0,71	0,89	0,95	0,95	-0,1%
Lazio	3,02	3,34	3,53	3,83	3,46	4,20	4,57	4,87	6,6%
Abruzzo	0,44	0,47	0,50	0,54	0,47	0,58	0,63	0,67	6,3%
Molise	0,09	0,10	0,10	0,11	0,09	0,11	0,13	0,13	-2,3%
Campania	1,45	1,56	1,68	1,83	1,69	2,08	2,25	2,42	7,4%
Puglia	1,21	1,31	1,41	1,54	1,36	1,67	1,80	1,95	8,3%
Basilicata	0,14	0,15	0,16	0,17	0,15	0,19	0,19	0,20	4,5%
Calabria	0,46	0,50	0,54	0,60	0,53	0,66	0,71	0,77	7,7%
Sicilia	1,30	1,40	1,51	1,62	1,46	1,79	1,94	2,08	7,1%
Sardegna	0,50	0,55	0,60	0,65	0,56	0,71	0,79	0,86	9,1%
ITALIA	28,13	30,48	32,29	34,85	30,79	37,16	40,26	43,10	7,0%
<i>Variazione %</i>		8,3%	5,9%	7,9%	-11,6%	20,7%	8,3%	7,0%	

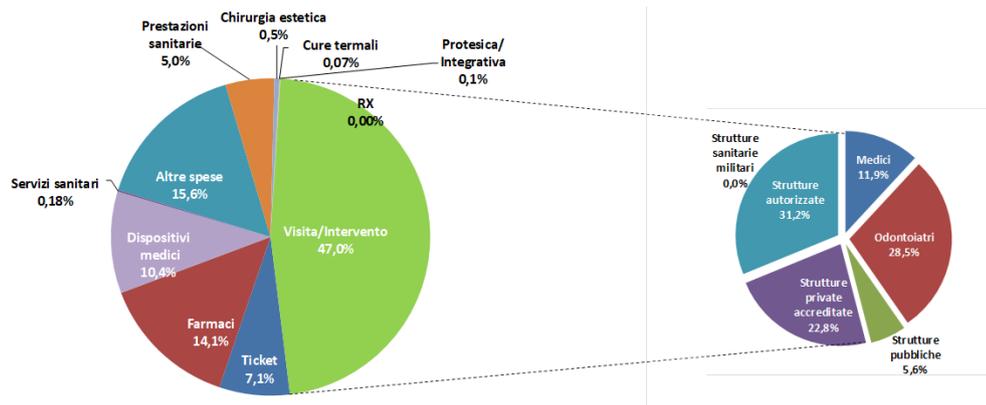
²⁸⁹ I valori includono il ticket sanitario pagato dai cittadini e riguardano le strutture pubbliche, private accreditate e autorizzate.

²⁹⁰ I valori indicati includono i valori disponibili per l'ACISMOM e il ticket sanitario pagato dai cittadini.

²⁹¹ I valori includono il ticket sanitario pagato dai cittadini e riguardano le strutture pubbliche, private accreditate e autorizzate.

Circa, invece, la composizione della rilevazione della spesa sanitaria privata per tipologia di spesa, la figura seguente mostra che, nel 2023, le spese per visite specialistiche ambulatoriali ed interventi, in linea con gli anni precedenti, continuano ad avere un peso prevalente (47%) sul totale della spesa sostenuta dai privati. Anche per l'anno 2023, tra l'altro, la rilevazione della spesa sanitaria privata per visite specialistiche ambulatoriali ed interventi chirurgici²⁹² proviene prevalentemente da medici odontoiatri²⁹³ (pari a circa il 28,5%).

Fig. 3.15: spesa sanitaria privata 2023 – distribuzione percentuale per tipologia di spesa e struttura di erogazione



Si rappresenta, inoltre, che la rilevazione della spesa sanitaria tiene conto dell'esercizio dell'opposizione alla trasmissione della spesa sanitaria all'Agenzia delle entrate da parte del cittadino. L'opposizione può essere esercitata dal cittadino al momento dell'erogazione della prestazione, prima dell'invio del documento all'Agenzia delle entrate tramite l'applicazione del Sistema TS o anche comunicandolo direttamente all'Agenzia delle entrate. Riguardo a queste ultime due modalità, nel 2023, l'opposizione è stata esercitata su 5.052 documenti, di cui 3.818 tramite Sistema TS e 1.234 comunicate all'Agenzia delle entrate.

3.8.2 - Consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie

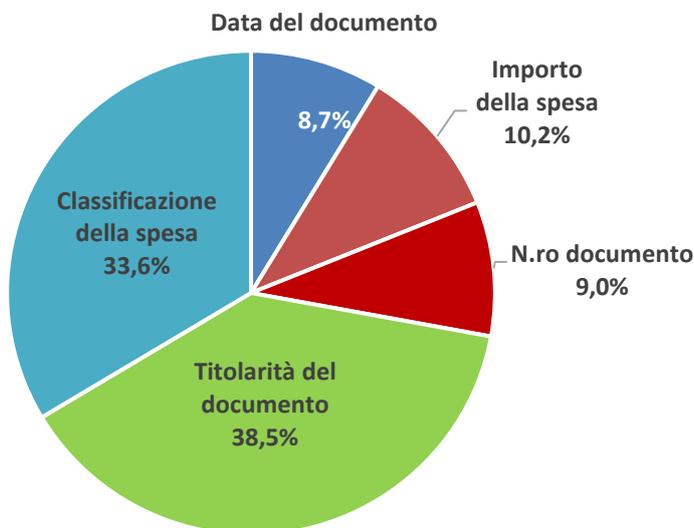
Da gennaio 2019, tutti i cittadini, indipendentemente dalla predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, possono usufruire del servizio di consultazione e correzione dei dati relativi alle proprie spese sanitarie messo a disposizione dal Sistema TS, accedendo all'Area riservata del cittadino del sito ww.sistemats.it, tramite SPID, CIE o TS-CNS.

²⁹² La tipologia di spesa "visite specialistiche ed interventi" include le seguenti tipologie di spesa (cfr. Allegato A del DM 19/10/2020): *Spese prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale esclusa chirurgia estetica e medicina estetica. Visita medica generica e specialistica o prestazioni diagnostiche e strumentali. Prestazione chirurgica ad esclusione della chirurgia estetica e della medicina estetica. Ricoveri ospedalieri, ad esclusione della chirurgia estetica e della medicina estetica, al netto del comfort. Certificazione medica.*

²⁹³ La voce 'Altre spese' include le spese sanitarie, sostenute dai cittadini e trasmesse dai soggetti invianti al Sistema TS, per le quali non è prevista alcuna agevolazione fiscale ai fini della dichiarazione precompilata.

A luglio 2024, il servizio di consultazione è stato utilizzato da quasi 3 milioni di utenti, per un totale di circa 3,5 milioni di accessi e oltre 2.300 segnalazioni inviate agli erogatori per la correzione di errori riscontrati sui propri documenti di spesa sanitaria. Di queste ultime, come riportato nella figura seguente, l'errata classificazione della spesa è la tipologia di errore maggiormente segnalata agli erogatori.

Fig. 3.16: distribuzione percentuale per tipologia di errore segnalata



E' previsto che le funzionalità di consultazione e segnalazione degli errori saranno disponibili per il cittadino anche su *smartphone* (mobile).

Riferimenti normativi – La consultazione delle proprie spese sanitarie da parte del cittadino
 - Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 27/04/2018 (*Specifiche tecniche e modalità operative del Sistema tessera sanitaria per consentire la compilazione agevolata delle spese sanitarie e veterinarie sul sito dell'Agenzia delle entrate, nonché la consultazione da parte del cittadino dei dati delle proprie spese sanitarie, in attuazione dell'articolo 3, comma 3-bis, del decreto legislativo n. 175/2014*)

3.8.3 - La spesa veterinaria privata

Nel 2023 si conferma il *trend* crescente della rilevazione della spesa veterinaria privata, già ripresa dal 2021, dopo la temporanea inversione di tendenza del 2020.

Tab. 3.14: spesa veterinaria privata trasmessa al Sistema TS per il 730-precompilato – Anni 2016-2023 (valori in milioni di euro e variazioni assolute)

Soggetti inviati	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2023 vs 2022 (Valori assoluti)
Farmacie pubbliche e private	151,87	167,28	188,70	189,45	223,75	240,15	250,75	290,24	39,49
Strutture pubbliche	0,00	0,01	-	-	-	-	-	-	-
Strutture private accreditate	0,01	0,07	0,07	0,03	0,00	-	-	-	-
Strutture autorizzate	5,12	8,15	9,17	8,52	9,37	10,77	13,53	17,89	4,36
Altri operatori sanitari	485,14	531,62	574,83	660,76	527,35	709,85	758,48	829,19	70,70
- Parafarmacie	9,63	11,61	13,53	13,48	14,49	16,69	18,77	23,52	4,75
- Veterinari	475,51	520,01	561,30	647,28	512,86	693,16	739,71	805,66	65,95
Totale	642,14	707,13	772,77	858,76	760,47	960,77	1.022,76	1.137,31	114,55
Variazione %		10,1%	9,3%	11,1%	-11,4%	26,3%	6,5%	11,2%	

Riferimenti normativi – La spesa veterinaria

- Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 2/08/2016 (*Specifiche tecniche e modalità operative relative alla trasmissione telematica delle spese sanitarie al Sistema Tessera Sanitaria da parte delle strutture autorizzate, da rendere disponibili all'Agenzia delle entrate per la dichiarazione dei redditi precompilata (attuativo dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo n. 175/2014, come modificato dall'articolo 1, comma 949, lettera a), della legge n. 208/2015)*)

- Decreto del Ministro delle finanze 1/09/2016 (*Ulteriori soggetti tenuti alla trasmissione al Sistema Tessera Sanitaria, dei dati relativi alle spese sanitarie e alle spese veterinarie, ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata*) e Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 16/09/2016 (*Specifiche tecniche e modalità operative della trasmissione telematica al Sistema tessera sanitaria dei dati relativi alle spese sanitarie e alle spese veterinarie, ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata da parte dell'Agenzia delle entrate*)

3.9 - Fascicolo sanitario elettronico (FSE): l'infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI)

La Legge di Bilancio 2017 (legge n. 232 del 2016, articolo 1, comma 382) ha previsto un significativo coinvolgimento del Sistema TS nell'architettura infrastrutturale del progetto relativo al Fascicolo sanitario elettronico (FSE) con l'obiettivo di sfruttare le banche dati già disponibili, riducendo conseguentemente lo stanziamento delle risorse necessarie per la realizzazione dell'infrastruttura nazionale implementata a cura del Ministero dell'economia e delle finanze.

A seguito della intensa e proficua attività di collaborazione con il Ministero della salute, l'AgID, le regioni e province autonome e il Garante per la protezione dei dati personali, nel 2017 sono state ridefinite le linee generali del progetto con il pieno coinvolgimento del Sistema TS, in linea con le indicazioni normative contenute nella citata Legge di Bilancio 2017, producendo la nuova architettura dell'infrastruttura del FSE che prevede, in particolare:

- l'implementazione da parte di MEF-RGS (Sistema TS) dell'Infrastruttura nazionale per l'interoperabilità (INI) fra i FSE regionali, per la ricostruzione del FSE dell'assistito comprensivo di tutti i documenti sanitari inerenti la storia clinica a prescindere dalla regione o provincia autonoma di erogazione ed archiviazione della documentazione stessa;
- l'implementazione di servizi "in sussidiarietà" (FSE-INI): il Sistema TS assicura alle regioni e province autonome che lo richiedono, l'infrastruttura per il collegamento telematico dei propri medici/strutture sanitarie per la trasmissione dei dati necessari per l'alimentazione del FSE, (già esistente per la ricetta elettronica);
- l'implementazione (tramite INI) dei servizi necessari per rendere disponibili ai FSE regionali i dati del Sistema TS (es. prestazioni farmaceutiche e specialistiche ambulatoriali, esenzioni da *ticket*);
- l'interconnessione con l'Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA);
- la gestione al livello centralizzato del consenso da parte di ciascun assistito alla consultazione del FSE da parte dei soggetti autorizzati (medici, professionisti sanitari) nonché al recupero dei dati sanitari pregressi.

Le modalità tecniche di realizzazione del sistema di interconnessione (INI) e di sussidiarietà (FSE-INI) sono state definite con il decreto interministeriale del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute del 4/08/2017,

predisposto congiuntamente con AgID e le regioni e province autonome, con il parere favorevole del Garante della protezione dei dati personali.

Per quanto riguarda, poi, i documenti sanitari digitali disponibili nel FSE, i relativi dati devono essere trasmessi al FSE in formato digitale conforme agli standard europei. Per le prestazioni farmaceutiche e specialistiche ambulatoriali, i dati sono resi disponibili dal Sistema TS, tramite INI.

In un'ottica di incentivo e di impulso all'attività di digitalizzazione dei documenti sanitari da inserire nei FSE, è stato, inoltre, previsto per tutte le regioni e province autonome lo stanziamento di circa 208 milioni di euro per il quadriennio 2018-2021 a supporto di questo processo. A questo riguardo, con l'approvazione del DM 23/12/2019, sono state definite le modalità di riparto fra le regioni di queste risorse finanziarie, collegate ad indicatori specifici indicativi del grado di evoluzione della diffusione e implementazione della digitalizzazione e dello sviluppo dei Fascicoli sanitari regionali.

L'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), grazie all'approvazione del decreto-legge n. 34 del 2020, ha visto, poi, l'introduzione di importanti innovazioni per mettere a disposizione del cittadino uno strumento di gestione e archiviazione della documentazione clinica sempre più completo. L'articolo 11 del citato decreto-legge, infatti, come detto, ha previsto l'eliminazione del rilascio del consenso da parte dei cittadini per l'alimentazione dello stesso, determinando pertanto l'attivazione del FSE per l'intera popolazione di assistiti del SSN. Inoltre, grazie all'interoperabilità tra le diverse regioni e province autonome, assicurata dal Sistema TS (INI), i cittadini possono consultare i documenti sanitari presenti nel proprio Fascicolo, anche se generati da strutture sanitarie al di fuori del territorio di residenza.

Sempre l'articolo 11 del decreto-legge n. 34 del 2020 ha introdotto ulteriori novità per il potenziamento dell'utilizzo del FSE. Esso, infatti, può essere alimentato tramite l'Infrastruttura INI anche con i dati sanitari già disponibili della donazione degli organi che fanno parte del Sistema Informativo Trapianti, delle vaccinazioni attraverso le Anagrafi vaccinali regionali e delle prenotazioni di visite specialistiche ambulatoriali, attraverso i CUP delle diverse regioni o province autonome. Vengono ampliate, inoltre, le tipologie di dati sanitari che confluiscono nel FSE, che ora includono tutti i documenti digitali sanitari e sociosanitari, che sono prodotti da prestazioni sia a carico del SSN che al di fuori di esso.

Inoltre, le funzionalità in sussidiarietà garantite da INI sono a supporto anche dell'accelerazione della digitalizzazione dei documenti inseriti nel FSE, così come previsto dall'articolo 44 del Codice dell'amministrazione Digitale – decreto legislativo n. 82 del 2005.

In aggiunta, sempre tramite INI, sono gestite le informazioni relative al rilascio dei consensi alla consultazione e delle deleghe per i minori esercitate dai genitori o tutori per la gestione del FSE.

A completamento del quadro descritto, il Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PNRR – Missione 6C2.1 Investimento 1.3), prevede investimenti per il potenziamento del FSE, per garantirne la diffusione e l'omogeneità su tutto il territorio nazionale. Il progetto, facente parte dei cd "progetti in essere" del PNRR, include iniziative già avviate nell'ambito del Sistema TS, dell'infrastruttura per l'interoperabilità e della gestione del FSE. Il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze e il Dipartimento per la Transizione Digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri gestiscono congiuntamente il progetto che prevede risorse per 1,38 miliardi di euro, di cui 0,57 miliardi di euro relativi ai cd "progetti in essere" di realizzazione del Sistema di TS.

In questo contesto, il decreto del Ministro della salute 7 settembre 2023, ha individuato i contenuti del Fascicolo sanitario elettronico 2.0. Il decreto è stato emanato in attuazione delle disposizioni di cui al comma 7 dell'articolo 12 del decreto-legge n. 179/2012. Il decreto, in accordo con le indicazioni del Garante per la protezione dei dati personali, individua le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali dell'assistito e le modalità di accesso al Fascicolo stesso.

3.9.1 - Esercizio della facoltà dell'opposizione al recupero del pregresso per l'alimentazione del FSE

Per l'alimentazione del Fascicolo sanitario elettronico, l'articolo 11 del decreto-legge n. 34 del 2020 ha previsto che, a decorrere dal 19 maggio 2020, il caricamento dei dati sul FSE avvenga in maniera automatica, eliminando il "consenso all'alimentazione" previsto dalla normativa precedente.

Per i dati e i documenti sanitari generati da eventi clinici antecedenti al 19 maggio 2020 è stata prevista, in accordo con il Garante per la protezione dei dati personali, la possibilità per l'assistito di esercitare il diritto di opporsi all'alimentazione del proprio FSE.

A tal proposito, il decreto 11 aprile 2024 del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute di modifica del Decreto 4 agosto 2017, ha previsto il servizio *on line* "FSE - Opposizione al pregresso" che ha consentito all'assistito di opporsi al caricamento nel FSE dei dati e documenti digitali sanitari generati da eventi clinici riferiti alle prestazioni erogate dal SSSN antecedenti al 19 maggio 2020.

Il Sistema TS, all'interno del portale www.sistemats.it, ha messo a disposizione tale funzionalità, resa disponibile dal 22 aprile fino al 30 giugno 2024. Allo stato della predisposizione del presente Rapporto, su indicazione del Garante per la protezione dei dati personali, è stata prevista una ulteriore finestra di tempo per esercitare il diritto all'opposizione al caricamento del pregresso sul FSE dal 18 novembre fino al 17 dicembre 2024.

Nel periodo 22 aprile - 30 giugno 2024 per l'esercizio dell'opposizione al caricamento del pregresso, i dati di opposizione/revoca registrati sul portale TS www.sistemats.it on-line direttamente dall'assistito, oppure tramite delega presso un operatore della ASL di assistenza, suddivisi per regione di assistenza sono stati i seguenti:

- 284 mila opposizioni circa, al netto delle 8.000 revoche, espresse *on-line* ovvero tramite delega alla ASL;
- 2.200 opposizioni circa sono state registrate tramite delega presso la ASL.

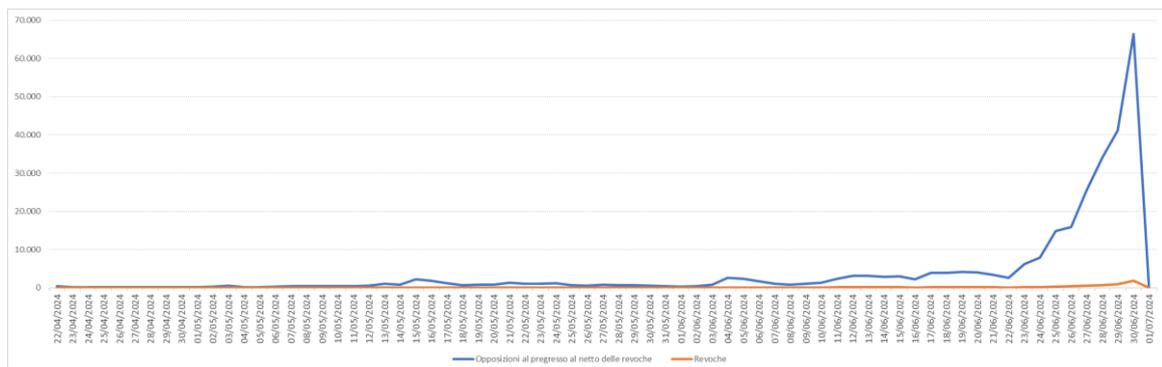
Tab. 3.15: opposizione al caricamento del Pregresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN al 30/06/2024 – transazioni assistite

Regione	Revoca (Transazioni)	Opposizione al pregresso al netto delle revocche	di cui minorenni	di cui opposizioni al pregresso da soggetti STP
SASN	10	278		
Piemonte	706	30113	2579	
Val d'Aosta	21	566	55	
Lombardia	1344	44243	3648	1
Bolzano - P. A.	44	2887	393	
Trento - P.A.	106	4220	513	
Veneto	1040	42182	5010	
Friuli Venezia Giulia	190	10198	989	
Liguria	240	10030	694	
Emilia Romagna	483	18788	1514	
Toscana	452	14935	769	
Umbria	154	4396	448	
Marche	191	8788	938	
Lazio	979	32650	2392	
Abruzzo	119	6001	587	
Molise	17	848	77	
Campania	551	11953	928	
Puglia	376	10488	1033	
Basilicata	53	1526	117	
Calabria	167	4476	375	
Sicilia	507	14003	1270	
Sardegna	283	10169	784	
TOTALE	8.033	283.738	25.113	1

Tab. 3.16: opposizione al caricamento del Progresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN al 30/06/2024 - transazioni operatori ASL

Regione Operatore	Opposizione	Revoca
SASN		
Piemonte	225	11
Val d'Aosta		
Lombardia	95	
Bolzano - P. A.	242	1
Trento - P.A.	51	
Veneto	558	3
Friuli Venezia Giulia	50	
Liguria	175	6
Emilia Romagna	293	2
Toscana	171	6
Umbria	20	1
Marche	29	1
Lazio	117	2
Abruzzo	50	2
Molise	3	1
Campania	49	
Puglia	33	1
Basilicata	10	
Calabria	2	
Sicilia		
Sardegna	53	2
TOTALE	2.226	39

Fig. 3.17: opposizione al Progresso suddivisi per regioni, province autonome e SASN al 30/06/2024 – transazioni giornaliere



Riferimenti normativi – Fascicolo sanitario elettronico

- Articolo 1, comma 382, legge n. 232/2016, (*Legge di Bilancio 2017*)
- Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 4/08/2017 (*Modalità tecniche e servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di cui all'articolo 12, comma 15-ter, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221*)
- Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 25/10/2018 (*Modifica del decreto ministeriale 4 agosto 2017, concernente le modalità tecniche e i servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (FSE)*)
- Articolo 11, decreto-legge n. 34/2020 (*Misure urgenti in materia di Fascicolo sanitario elettronico*)
- Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 11/04/2024 (*Modifica al Decreto 4 agosto 2017, concernente le modalità di esercizio della facoltà di opposizione all'alimentazione automatica del Fascicolo sanitario elettronico con i dati e documenti digitali sanitari generati da eventi clinici riferiti alle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale fino al 18 maggio 2020*).

3.10 - Collaborazioni con AIFA

L'ampiezza e la capillarità delle informazioni disponibili nel Sistema TS e la disponibilità, in tempo reale, dei dati sono le basi da cui, nel 2019, ha preso avvio la collaborazione tra il Ministero dell'economia e delle finanze e l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per l'utilizzo dei dati relativi alle ricette di farmaceutica convenzionata del Sistema TS.

Iniziata con l'analisi dei dati trasmessi dalle regioni e province autonome al Sistema TS, ai sensi dell'articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003, ai fini del loro utilizzo per la redazione del Rapporto annuale su 'L'uso dei farmaci in Italia', è proseguita con le edizioni annuali dal 2018 al 2023 del Rapporto OSMED e del Rapporto "L'uso degli antibiotici in Italia – 2019-2020-2021-2022". In queste pubblicazioni, l'AIFA si è avvalsa dei dati del Sistema TS per l'analisi delle prescrizioni per età e genere e per la misurazione degli indicatori di aderenza e persistenza, nonché di potenziale interazione farmacologica²⁹⁴. L'utilizzo e la condivisione delle banche dati del Sistema TS sono stati alla base anche della realizzazione di nuovi strumenti di analisi del consumo di farmaci, a partire dalla creazione di un cruscotto TS di monitoraggio e controllo del consumo degli antibiotici, che dal 2020 è diventato parte dell'attuazione del PNCAR (Piano nazionale per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza), finalizzato al controllo delle prescrizioni di questa tipologia di farmaci nelle diverse regioni e province autonome. Il cruscotto è stato oggetto nel corso del 2022, 2023 e 2024 di modifiche secondo le richieste di approfondimento delle analisi emerse dal confronto con le regioni e province autonome.

Un ulteriore strumento di analisi dei dati riguardanti la spesa farmaceutica, è stato realizzato all'interno del cruscotto Tessera Sanitaria nel corso del 2020. Tale funzione permette alle regioni e province autonome di mettere a confronto i dati della spesa convenzionata, presenti nel monitoraggio mensilmente prodotto da AIFA, con i dati rilevati dai flussi dati del Sistema TS.

²⁹⁴ Cfr. 'L'uso dei farmaci in Italia', Rapporto nazionale – Anno 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023.

3.11 - Collaborazioni con ISTAT

Nell'ambito delle collaborazioni tra il Sistema TS e le altre istituzioni attive nell'utilizzo dei dati sanitari, si segnala che, nel contesto del Programma statistico nazionale 2020-2022 dell'ISTAT, aggiornamento 2022, al cui interno è inclusa la scheda cod. IST02832 denominata "Prestazioni sanitarie ambulatoriali e farmaci erogati dal Servizio Sanitario Nazionale", è prevista la fornitura dei dati dal Sistema Tessera sanitaria al Sistan – Sistema statistico nazionale. Nel corso del 2023, in tal senso, sono state avviate le attività propedeutiche alla definizione dei requisiti tecnici e informatici per la trasmissione di tali dati, nel rispetto delle prescrizioni in merito del Garante per la protezione dei dati personali.

3.12 - Il coinvolgimento del Sistema TS in ambito UE

A partire dal 2019, il Sistema Tessera Sanitaria è stato coinvolto in una serie di progetti europei, volti a rendere accessibili e interoperabili a livello comunitario una serie di servizi nell'ambito dell'assistenza sanitaria.

Nell'ambito dell'iniziativa UE per la realizzazione di *eHealth Digital Service Infrastructure* (eHDSI), è prevista la realizzazione di una infrastruttura tecnica per realizzare lo scambio di dati sanitari riguardanti il *Patient Summary* (PS) e l'*ePrescription* (eP) a livello europeo.

Lo scambio e le trasformazioni necessarie vengono assicurate dal "National Contact Point for eHealth – NCPeH" che ha il compito di assicurare l'interfaccia, organizzativa, legale, semantica e tecnica tra le infrastrutture nazionali e le realtà europee. Ciò avviene in attuazione di quanto previsto dalla Direttiva 2011/24/UE, che permette ad un assistito di ottenere cure sanitarie all'estero in caso di necessità.

3.12.1 - Il progetto NCPeH

Con gli obiettivi sopra citati, è stato realizzato il progetto "*National Contact Point for eHealth – NCPeH*" coordinato per l'Italia dal Ministero della salute, a cui ha partecipato il Ministero dell'economia e delle finanze insieme ad AgID, Regione Emilia Romagna, Regione Lombardia e Regione Veneto.

Il progetto ha previsto il contributo specifico del Sistema TS per lo sviluppo dell'infrastruttura tecnologica prevista e si è concluso il 31/12/2021 con i test di funzionalità per il collegamento con gli altri stati membri e per lo scambio dei documenti di *Patient Summary* (PS) e di *ePrescription* (eP).

Sempre nell'ambito dello sviluppo dell'*eHealth Data Space* (EHDS) e dell'utilizzo dei dati sanitari per l'assistenza sanitaria, si colloca il progetto NCPeH+, finalizzato ad incrementare la copertura dei servizi transfrontalieri.

Il progetto costituisce il seguito del progetto NCPeH, mediante il quale sono stati implementati i servizi per lo scambio delle *e-Prescription* e dei *Patient Summary* come *Country A*, rivolti quindi ai soggetti assistiti in Italia che necessitano di cure all'estero.

NCPeH+, in aggiunta, si pone l'obiettivo di implementare tali servizi come *Country B*, rivolti ai cittadini europei che necessitano di cure in Italia.

Anche per il progetto NCPeH+ il Sistema TS implementerà la piattaforma tecnologica per la fruizione dei servizi di Country A e Country B.

Nel corso del 2024, inoltre, è stata avviata un'ulteriore iniziativa in questo contesto, "NCPeH-Ter - *Expansion of MyHealth@EU*", che prevede il coinvolgimento degli altri soggetti istituzionali coinvolte nel processo di digitalizzazione della sanità quali l'AGENAS ed il Dipartimento per la Trasformazione Digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri. In questo nuovo progetto, che prevede sempre il coinvolgimento di Sistema TS, verrà estesa la fruizione del servizio di interscambio transfrontaliero ad ulteriori documenti, come referti di radiologia, referti di laboratorio e lettere di dimissione ospedaliera, che si aggiungeranno all'*ePrescription* (eP) e al *Patient Summary* (PS).

3.12.2 - Il progetto POTENTIAL - Pilots for European Digital Identity Wallet

Il Sistema TS, inoltre, ha aderito in partnership con il Ministero della salute ed il Dipartimento per la Trasformazione Digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri, al progetto UE "POTENTIAL - *Pilots for European Digital Identity Wallet*", che prevede l'implementazione di progetti pilota su larga scala per testare l'implementazione dell'*European Digital Identity Wallet*. L'iniziativa si inserisce nel contesto della realizzazione del progetto di digitalizzazione delle ricette mediche "*ePrescription/Dispensation*" e del regolamento eIDAS (*electronic IDentification Authentication and Signature*) e si pone l'obiettivo di facilitare la dispensazione di prescrizioni farmaceutiche tra i diversi Stati membri.

3.12.3 - La digitalizzazione della EHIC in ambito UE

Sempre nel contesto di semplificazione dei servizi per gli assistiti dai servizi sanitari dei diversi Paesi membri, la Commissione europea, su specifica richiesta di molti Stati, ha avviato nel 2022 il percorso per l'introduzione di una versione digitale della TEAM (Tessera europea assicurazione malattia) che, come noto, nel nostro Paese è emessa contestualmente alla Tessera Sanitaria. Per la realizzazione del progetto, a cui il Ministero dell'economia e delle finanze prende parte insieme al Ministero della salute, è in corso di definizione il quadro normativo di riferimento UE, all'interno del quale verranno previste le specifiche tecniche della nuova versione digitale europea dell'EHIC (*Electronic health insurance card*). Il Sistema TS dovrà implementare i servizi tecnologici necessari alla digitalizzazione e al riconoscimento nei diversi Paesi membri della nuova versione dematerializzata della TEAM.

3.13 - Certificati di malattia, di nascita e decesso

L'infrastruttura tecnologica del Sistema TS, attraverso il collegamento telematico di tutti i medici, ha consentito la realizzazione dei certificati telematici di malattia (DM 26/02/2010). Il medico, una volta generato il certificato di malattia elettronico *on-line*, lo trasmette telematicamente all'INPS, per il tramite del Sistema Tessera Sanitaria.

L'INPS rende, poi, disponibile il certificato al cittadino e al datore di lavoro per la parte di rispettiva competenza.

Tali procedure, saranno estese anche ai certificati telematici per infortunio sul lavoro da trasmettere all'INAIL. A tal fine è stata definita una Convenzione, tra il Ministero

dell'economia e delle finanze e INAIL, per l'utilizzo delle credenziali di autenticazione dei medici al Sistema TS per l'accesso ai servizi on line di INAIL.

Sempre con l'obiettivo di agevolare i cittadini nell'interazione con il nostro SSN, l'articolo 12 del decreto-legge n. 34 del 2020, ha previsto di accelerare il processo di dematerializzazione dell'acquisizione delle informazioni relative alle nascite e ai decessi attraverso la trasmissione al Sistema TS, da parte delle strutture sanitarie censite dal Ministero della salute e dei soggetti autorizzati individuati dalle ASL, dei dati riguardanti l'avviso di decesso, il certificato necroscopico, la denuncia della causa di morte, l'attestazione di nascita e la dichiarazione di nascita. È previsto che queste procedure entrino a regime a seguito dell'emanazione di un decreto congiunto del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero della salute e del Ministero dell'interno, in accordo con le regioni e province autonome, che ha già visto il coinvolgimento del Garante per la protezione dei dati personali ai fini dell'acquisizione del relativo parere, necessario alla sua emanazione.

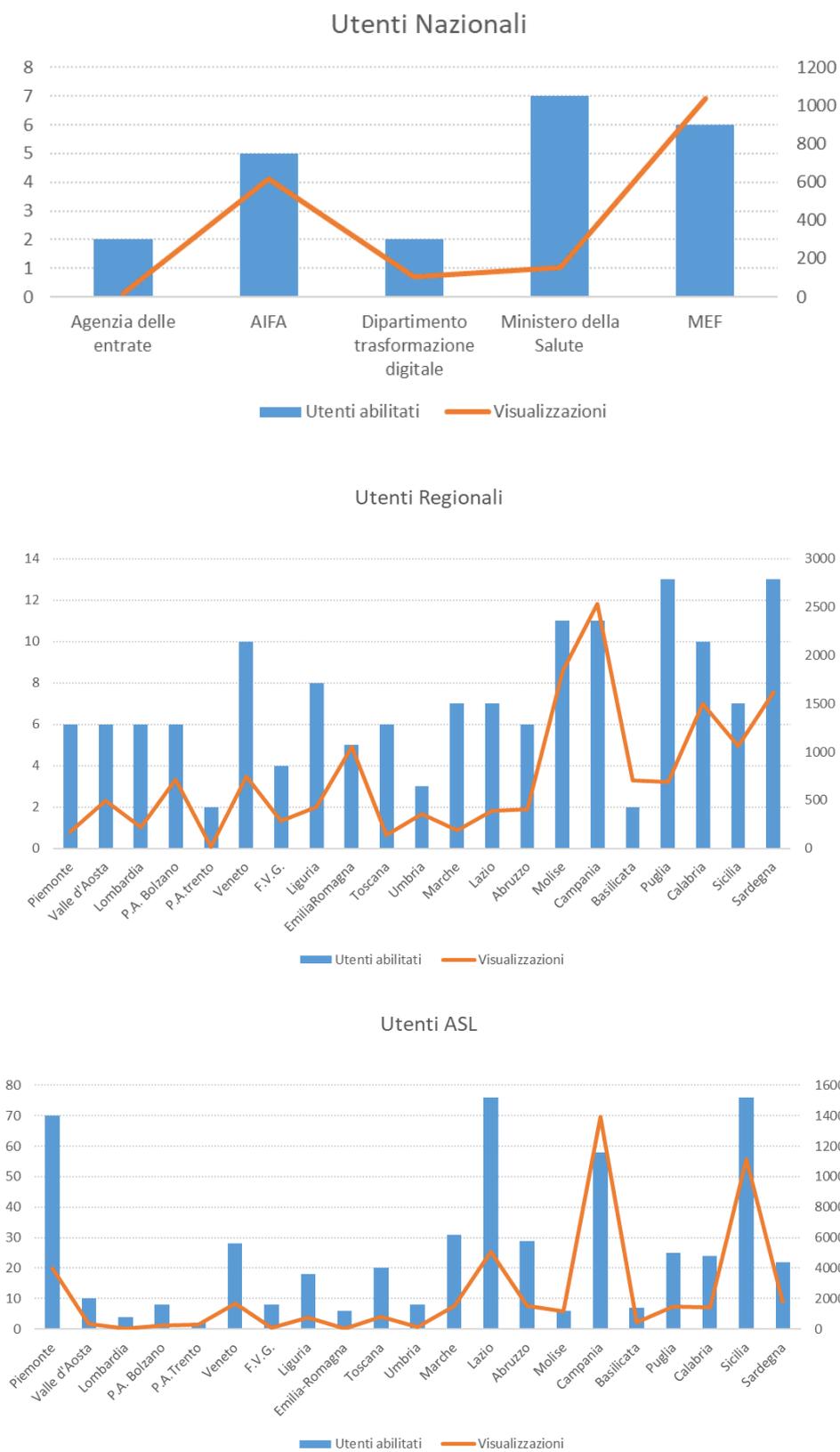
3.14 - Il cruscotto di monitoraggio del Sistema TS

Come sistema di monitoraggio e di analisi dei dati del Sistema Tessera Sanitaria, a partire dall'anno 2009 è stato creato il "Cruscotto integrato Sistema TS", strumento *web* di valutazione *ex post* dell'impatto e dell'efficacia delle decisioni assunte nell'ambito della digitalizzazione del processo di prescrizione ed erogazione delle prestazioni sanitarie di assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale del nostro SSN.

Il cruscotto, che contiene attualmente circa 600 report dati del Sistema TS, è messo a disposizione di amministrazioni centrali e regioni e province autonome, con utenti suddivisi tra Ministero dell'economia e delle finanze, Ministero della salute, Dipartimento per la Trasformazione Digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri, Agenzia delle entrate, AIFA, regioni e province autonome e ASL.

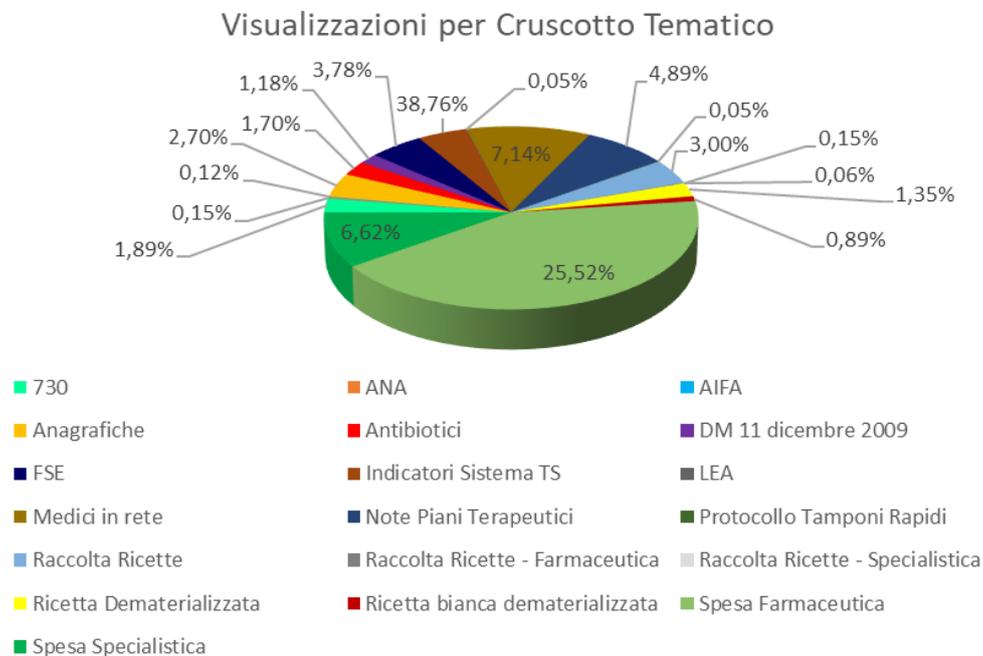
Nella figura seguente, è riportato il numero di utenti che accedono al cruscotto, ognuno per la parte di propria competenza, con il relativo numero di visualizzazioni. Nel corso del 2024, gli utenti attivi sono stati circa 700 in tutta Italia, per un totale di più di 70 mila visualizzazioni.

Fig. 3.18: numero di utenti che accedono al cruscotto TS suddivisi per tipologia e relativo numero di visualizzazioni di report



La figura seguente evidenzia la suddivisione delle diverse tipologie di report presenti nel cruscotto, con il dettaglio del loro utilizzo da parte degli utenti.

Fig. 3.19: numero di visualizzazioni di report per tipologia di cruscotto tematico in percentuale rispetto al totale delle visualizzazioni



Nel corso del 2023 è stata progettata e realizzata una nuova versione di questo strumento, per garantire la migrazione dalla precedente infrastruttura alla versione SAP Business Object 4.3., al fine di mantenere la compatibilità del prodotto con i vari *browser* e gli standard di sicurezza.

Questa migrazione, avvenuta il 4 marzo 2024, ha garantito l'adeguamento del cruscotto alle regole sull'usabilità e accessibilità di tali strumenti. La nuova versione è stata implementata nel rispetto delle Linee guida di *design* per i servizi *web* della PA implementate da AgID. Inoltre, sono state ottimizzate alcune funzionalità riguardanti:

- i tempi di aggiornamento dei *report*
- la possibilità di schedare aggiornamenti ricorsivi
- le esportazioni dei *report* e della base dati in più fonti
- la possibilità di utilizzare nuove tipologie di grafici come ad esempio quelli a geomappa, a piramide o a imbuto

3.15 - Supporto del Sistema TS nell'emergenza epidemiologica da Covid-19

A partire da marzo del 2020, con la progressiva diffusione dell'emergenza pandemica da Covid 19, sono stati numerosi gli interventi normativi e regolamentari rivolti alle semplificazioni e digitalizzazioni al servizio del cittadino, attraverso l'implementazione di diverse funzioni del Sistema Tessera Sanitaria.

Il percorso ha inizio con l'Ordinanza della Protezione civile n. 651 del 19/03/2020 che all'articolo 1 apre all'utilizzo di strumenti alternativi al rilascio del promemoria cartaceo della ricetta elettronica per le comunicazioni verso il cittadino: invio tramite SMS, mail, caricamento nel proprio FSE ecc.

Sempre in chiave di gestione della fase emergenziale, il Sistema TS è stato coinvolto nella gestione dell'*app* Immuni, dedicata al tracciamento dei possibili contatti dei cittadini risultati positivi al Covid 19.

Il Sistema TS è stato coinvolto nell'attività di *testing* correlata alla diffusione del virus nel monitoraggio del programma di test sierologici del personale docente e non docente (Ordinanza Commissario straordinario per l'emergenza epidemiologica n. 17 del 24/07/2020) e per la comunicazione dei dati dei tamponi antigenici rapidi somministrati da parte di MMG/PLS.

A partire da marzo 2020 è stato implementato un nuovo servizio *web* per la richiesta di un duplicato della Tessera Sanitaria in formato Pdf (in caso di furto, smarrimento, deterioramento) per supportare il cittadino nella fase emergenziale Covid-19 nel poter disporre dei dati della propria Tessera Sanitaria e della Tessera Europea di Malattia (riportata sul retro della Tessera Sanitaria) e poter quindi procedere all'accesso ad ulteriori servizi *on-line* (es. prenotazione dei vaccini).

Nella successiva fase della campagna vaccinale, si è concretizzata una costante collaborazione con la struttura del Commissario straordinario all'emergenza di cui all'articolo 122 del decreto-legge n. 18 del 2020 nella fornitura degli elenchi dei soggetti coinvolti nelle varie fasi della campagna di vaccinazione. Il Sistema TS ha fornito supporto al Ministero della salute nel potenziamento della raccolta dei dati per l'alimentazione della piattaforma nazionale DGC, di cui all'articolo 9 del decreto-legge n. 52 del 2021, che è stata realizzata attraverso l'infrastruttura del Sistema TS. In tale ambito, il Sistema TS ha fornito i dati riguardanti le guarigioni dall'infezione da Covid-19 per l'alimentazione della *dashboard* nazionale di controllo del Governo. Inoltre, ad integrazione dei dati a disposizione della AVN (Anagrafe nazionale vaccini), Sistema TS ha garantito il servizio di interoperabilità tra regioni e province autonome relativo alle somministrazioni di vaccini.

In aggiunta alle funzioni sopra riportate, il decreto-legge n. 105 del 2021 ha previsto il potenziamento del sistema di *screening*, prevedendo la possibilità di firmare protocolli d'intesa con le farmacie e con le altre strutture sanitarie autorizzate per assicurare la somministrazione di test antigenici rapidi a prezzi contenuti per alcune categorie di cittadini. La norma ha stabilito, inoltre, che per procedere al rimborso nei confronti delle strutture aderenti, la struttura commissariale che ha gestito i fondi stanziati per questa finalità, utilizzasse i dati del Sistema TS relativi ai test rapidi inviati per quantificare le risorse da trasferire alle regioni e province autonome, quale contributo per il prezzo calmierato dei tamponi somministrati. Al tal fine sono stati sottoscritti due protocolli rispettivamente con le farmacie e le strutture sanitarie che, per agevolare i minori di età compresa tra i 12 e i 18 anni, hanno previsto la somministrazione dei test ad 8 euro e la completa gratuità dei tamponi per coloro che risultassero esenti dalla vaccinazione sulla base di una idonea certificazione medica.

In questo ambito, il decreto-legge n. 1 del 2022 e il decreto-legge n. 4 del 2022 hanno poi esteso la possibilità dei tamponi rapidi a prezzi ridotti fino al 28 febbraio 2022 anche alla popolazione scolastica delle scuole primarie e secondarie.

Successivamente, con l'obiettivo del contenimento dei costi delle mascherine, è stato firmato un Protocollo d'intesa tra il Commissario straordinario per l'emergenza

Covid-19, il Ministro della salute, Federfarma, ASSOFARM e FARMACIEUNITE ai sensi dell'articolo 3 del decreto-legge n. 229/2021 relativo alla vendita delle mascherine FFP2 al prezzo calmierato di 0,75 euro per unità, valido fino al 31/03/2022. Le farmacie che hanno inteso aderire al protocollo hanno dovuto compilare, con procedura informatizzata, uno specifico modulo reperibile sul Sistema TS.

Per quanto riguarda la gestione delle esenzioni da vaccinazione, il dPCM n. 4 del 2022 ha previsto la digitalizzazione delle certificazioni di esenzione dalla vaccinazione anti Covid-19, che grazie ad una nuova funzionalità del Sistema TS per l'inserimento di questi certificati, ha consentito di generare le Certificazioni di esenzione digitali con QR code analogo a quello dei Green pass.

La fine dello stato emergenziale da Covid-19 a partire dal 1° aprile 2022, così come previsto dal decreto-legge n. 24 del 2022, ha determinato il progressivo disimpegno di numerose attività implementate dal Sistema TS a supporto del monitoraggio e controllo dell'epidemia.

A partire dal 1° luglio 2023, da ultimo, come previsto dalla Circolare del Ministero della salute del 30/06/2023, non possono più essere rilasciate le certificazioni digitali interoperabili per nuovi eventi di vaccinazione, test o guarigione. Pertanto, sono terminate le attività di supporto ai servizi al cittadino della piattaforma nazionale DGC da parte dell'infrastruttura del Sistema TS.

3.16 - Supporto del Sistema TS per le attività di cui all'Ordinanza della Protezione Civile n. 881/2022

Nell'ambito delle attività di assistenza e accoglienza impostate a seguito della crisi in Ucraina, l'articolo 31 del decreto-legge n. 21 del 2022 ha disposto che il Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei ministri è autorizzato a riconoscere alle regioni e province autonome, in relazione al numero delle persone accolte sul proprio territorio, un contributo forfettario per l'accesso alle prestazioni del SSN, per i richiedenti e titolari di protezione temporanea. A tal fine, l'articolo 5 dell'Ordinanza della Protezione Civile n. 881 del 29/03/2022 ha previsto che tale contributo fosse erogato a favore delle regioni e province autonome sulla base della comunicazione relativa al numero dei soggetti richiedenti protezione temporanea, resa disponibile dal Sistema TS, per singola Regione/PA in cui sono presentate le istanze. Successivamente, il comma 6 dell'articolo 1 del decreto-legge n. 16 del 2023 ha previsto che il Ministero della salute, le regioni e le province autonome, provvedono alla verifica dei costi effettivamente sostenuti per l'accesso alle prestazioni del SSN, avvalendosi dei dati resi disponibili dal Ministero dell'interno e dal Dipartimento della Protezione Civile della Presidenza del Consiglio dei ministri e dei dati aggregati delle prestazioni risultanti nel Sistema TS.

3.17 - Profilo per età della spesa sanitaria

3.17.1 - Rilevanza, finalità ed utilizzazione

La forte correlazione del consumo sanitario con l'età del soggetto rileva innanzitutto in una prospettiva temporale, in ragione del processo di invecchiamento demografico. Infatti, il progressivo aumento dell'incidenza della popolazione nelle fasce di età più anziane, caratterizzate da maggiori bisogni sanitari, potrebbe determinare, nei prossimi

decenni, una significativa crescita della domanda di servizi sanitari, generando una pressione sul relativo fabbisogno finanziario.

La suddetta correlazione è importante anche in un'ottica spaziale in quanto la medesima offerta di prestazioni sanitarie, a parità di classe di bisogno, potrebbe tradursi in differenti livelli di spesa pro capite se calata in realtà territoriali caratterizzate da un diverso stadio del processo di invecchiamento delle rispettive popolazioni. Una regione più "vecchia" sotto il profilo demografico dovrebbe spendere mediamente di più di una regione comparativamente più "giovane", a parità di ogni altra condizione, in quanto dovrà soddisfare un costo maggiore per la concentrazione di assistiti nelle classi di bisogno a più elevato consumo sanitario.

Tuttavia, i differenziali di spesa sanitaria pro capite, rilevati a livello regionale, non riflettono solamente gli effetti indotti dalla diversa struttura demografica. È indubbio, infatti, che una parte importante di tali differenze sono dovute al diverso livello di efficienza ed efficacia gestionale nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari, alle caratteristiche quali-quantitative dell'offerta, alla propensione al consumo sanitario nelle diverse aree del Paese e, infine, al livello di risorse aggiuntive che la collettività locale potrebbe destinare al finanziamento della sanità pubblica, rispetto al fabbisogno *standard*. Queste ultime caratterizzazioni risultano sintetizzate nella stima dei profili regionali del consumo sanitario, i quali possono differire fra loro per livello e grado di correlazione con l'età.

Il Dipartimento della RGS è impegnato, da molti anni, nell'attività di analisi e previsione dei costi del sistema sanitario, sia a livello nazionale che in ambito europeo²⁹⁵. Tale attività si basa essenzialmente sulla stima preliminare dei profili del consumo sanitario per età e sesso, con riferimento alle principali prestazioni sanitarie. Per quanto riguarda la spesa per la specialistica ambulatoriale e per la farmaceutica, a partire dal 2011, i profili del consumo *pro capite* sono stati stimati sulla base dei dati rilevati con il Sistema TS.

Nei paragrafi successivi si fornisce, per ciascuna delle due componenti di spesa, una descrizione dei profili del consumo sanitario per età e sesso calcolati a livello nazionale e per area geografica riferiti all'anno 2023.

3.17.2 - Spesa per la farmaceutica convenzionata

Il profilo per età della spesa farmaceutica pubblica è definito come il rapporto fra la spesa complessiva rilevata a ciascuna età e la popolazione residente alla stessa età²⁹⁶. La spesa considerata è quella rilevata tramite ricetta farmaceutica e, quindi, è riferita alla sola componente in convenzione con il SSN. Resta esclusa pertanto la spesa farmaceutica sostenuta dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. Inoltre, la spesa farmaceutica è rilevata al netto degli sconti e della compartecipazione e, pertanto, corrisponde al costo effettivo sostenuto dal SSN.

Al fine di rendere più intelleggibili i profili di spesa farmaceutica, con particolare riguardo ai differenziali per età e sesso, i corrispondenti valori di spesa *pro capite* sono

²⁹⁵ In ambito europeo, l'attività di analisi e previsione di medio-lungo periodo della spesa sanitaria è svolta presso il gruppo di lavoro *Working Group on Ageing Populations and Sustainability*, costituito presso il Comitato di Politica Economica del Consiglio Ecofin (Commissione Europea, 2024, *Ageing Report 2024*, aprile 2024, https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/971dd209-41c2-425d-94f8-e3c3c3459af9_en?filename=ip279_en.pdf).

²⁹⁶ Per quanto concerne la popolazione sono state recepite le previsioni demografiche Istat con base 2023, pubblicate il 24 luglio 2024, considerando la distribuzione per età su base regionale.

stati parametrati al valore medio complessivo ottenuto come rapporto fra la spesa totale e la popolazione residente.

Per il 2023, tale valore si è attestato attorno ai 132 euro mostrando una lieve riduzione rispetto al 2022²⁹⁷.

Per l'intero territorio nazionale, il profilo per età della spesa *pro capite*, standardizzata rispetto al valore medio complessivo, mostra un andamento in linea con le attese. Dopo un leggero incremento nelle età pediatriche, con un massimo relativo attorno ai 4 anni, la curva decresce leggermente fino ai 12 anni per poi crescere leggermente fino ai 50 anni, dove raggiunge un valore di circa 0,6.

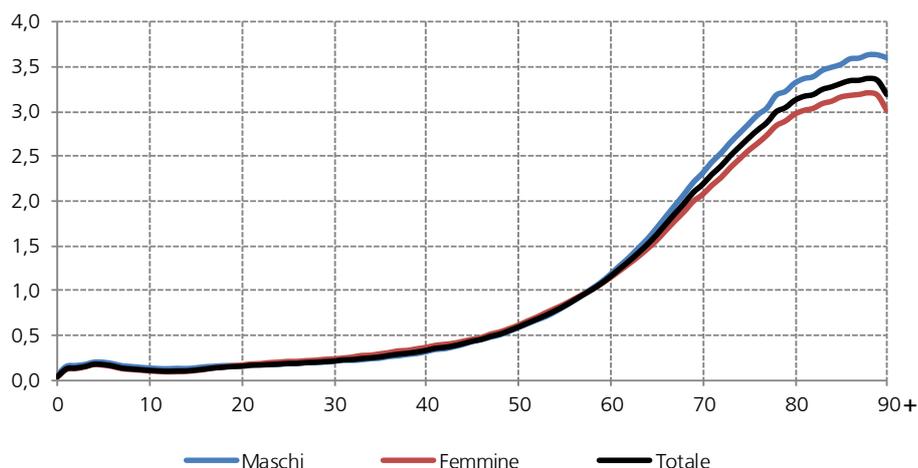
Successivamente, si evidenzia un'accelerazione del ritmo di crescita che porta la spesa pro capite dei settantenni a un livello di circa 4 volte quello rilevato per i cinquantenni.

Oltre gli 85 anni, in corrispondenza di una numerosità della popolazione fortemente ridimensionata per via dell'incidenza crescente della mortalità, si osserva un rallentamento del ritmo di crescita fino ad arrivare a una decrescita del profilo in corrispondenza delle età superiori agli 89 anni. Tale dinamica è trainata principalmente dall'andamento del profilo delle donne (Fig. 3.22).

Tale fenomeno, riscontrabile anche in altri Paesi, può essere ricondotto a diversi fattori, fra cui la maggiore incidenza di trattamenti sanitari in strutture, come quelle ospedaliere, dove la prestazione farmaceutica è parte integrante del trattamento. Probabilmente, esistono anche ragioni legate a una diversa incidenza delle patologie e alle terapie farmacologiche a esse associate.

L'andamento sopra descritto è sostanzialmente comune a entrambi i sessi. Occorre, tuttavia, segnalare una leggera prevalenza del costo pro capite delle donne nelle età fertili, e una significativa superiorità del profilo maschile oltre i 60 anni, con uno scarto percentuale gradualmente crescente che raggiunge circa il 19% dopo i 90 anni.

Fig. 3.20: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2023



²⁹⁷ Nel confronto con il 2022, il sistema TS rileva nel 2023 un aumento dello 0,4% del numero delle ricette erogate e una riduzione dell'1,1% della spesa netta.

L'analisi per area geografica evidenzia alcune differenze in termini di livello medio di spesa *pro capite*, come si evince dalla figura 3.23.

Nel confronto, il Sud, le Isole e il Nord-Ovest mostrano un valore superiore alla media nazionale, con uno scarto, rispettivamente, dell'8,4%, del 4,1%, del 3,5%. Il Centro è sostanzialmente allineato al dato nazionale, con uno scarto dello 0,8%, mentre il Nord-Est si colloca sensibilmente al di sotto della media nazionale, con uno scarto del 17,6%.

I valori *pro capite* della spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN per singola regione sono riportati nella figura 3.24.

I profili per età di spesa pro capite a livello di area geografica confermano qualitativamente i profili e i differenziali di genere descritti in relazione al livello nazionale, pur mostrando una maggiore erraticità, inversamente correlata alla numerosità della popolazione residente (Fig. 3.25).

Fig. 3.21: spesa farmaceutica netta convenzionata a carico del SSN. Valore pro capite standardizzato per sesso e area geografica – Anno 2023

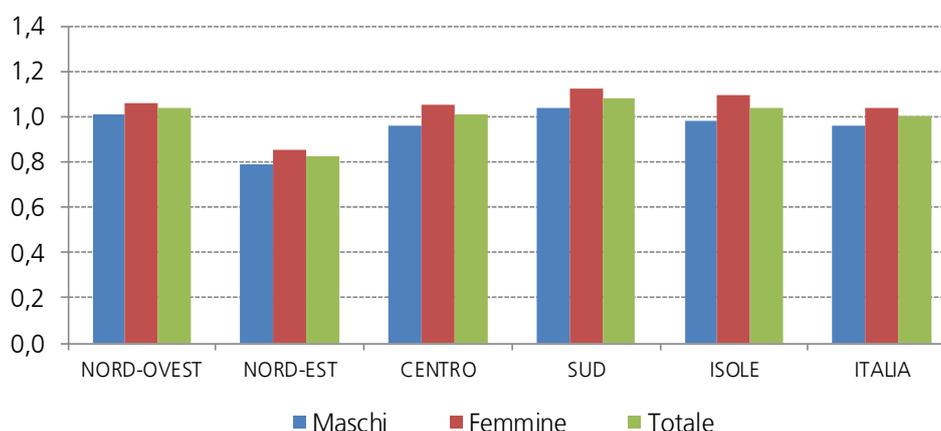


Fig. 3.22: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per regione – Anno 2023

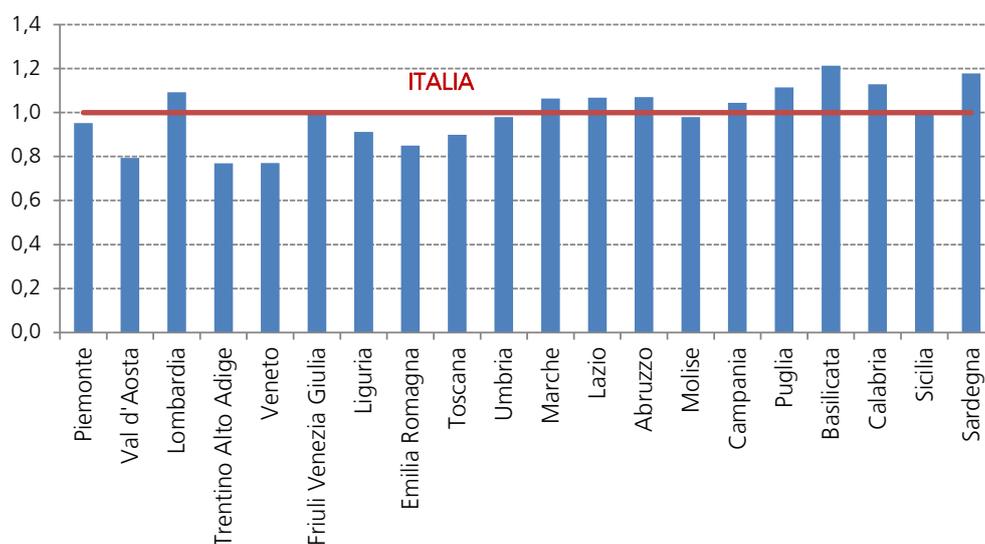


Fig. 3.23: spesa farmaceutica netta convenzionata con il SSN. Valore pro capite standardizzato per età, sesso e area geografica – Anno 2023

Fig. 3.25.a: Nord-Ovest

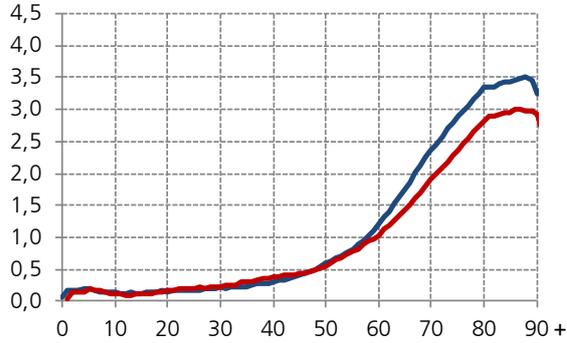


Fig. 3.25.d: Sud

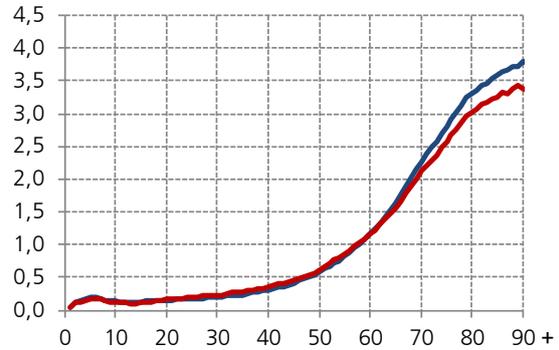


Fig. 3.25.b: Nord-Est

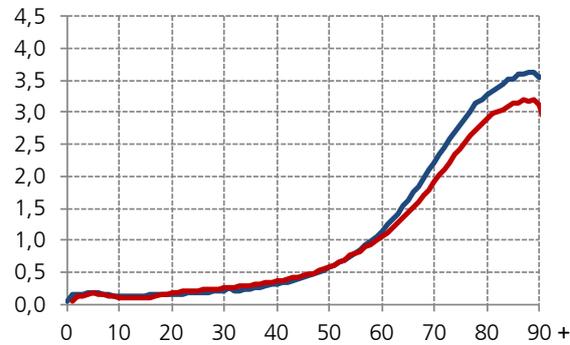


Fig. 3.25.e: Isole

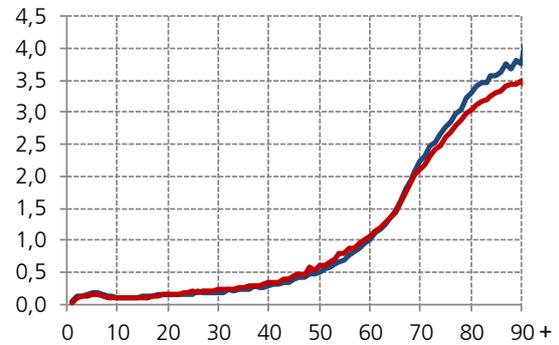


Fig. 3.25.c: Centro

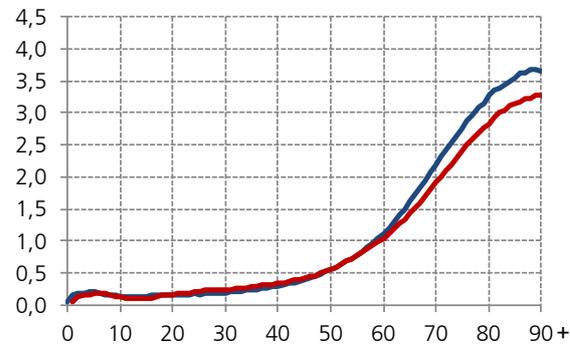
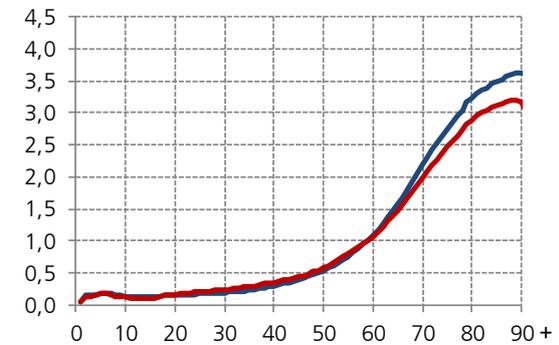


Fig. 3.25.f: Italia



— Maschi — Femmine

3.17.3 - Spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale

Per favorire l'analisi dei differenziali di spesa per età, sesso e area geografica, come per la farmaceutica, i corrispondenti valori di spesa *pro capite* per l'assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSN sono stati parametrati al valore medio complessivo ottenuto come rapporto fra la spesa totale per l'assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSN e la popolazione residente.

Per il 2023, tale valore si è attestato attorno a 190 euro, in aumento di circa il 3,4% rispetto al dato del 2022²⁹⁸.

Il profilo per età della *spesa pro capite* per prestazioni specialistiche ambulatoriali presenta un andamento nelle età pediatriche in leggera crescita nelle età comprese tra i 4 e i 6 anni e poi sostanzialmente stabile (Fig. 3.26). Fra i 20 e i 40 anni, il profilo cresce per entrambi i sessi anche se, come evidente, l'andamento è più accentuato per le donne.

A partire dai circa 60 anni, il profilo mostra una forte accelerazione, più evidente per gli uomini, per poi iniziare a decrescere, nelle età più anziane, oltre gli 80 anni circa, con modalità analoghe a quanto riscontrato per la spesa farmaceutica convenzionata a carico del SSN, seppure con un leggero anticipo e in misura più accentuata. Tale decrescita riporta i valori *pro capite* degli ultranovantenni sui livelli medi della popolazione di 60 anni circa.

La decrescita del profilo del consumo sanitario per l'assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSN nelle età più anziane, già segnalata per la spesa farmaceutica convenzionata a carico del SSN, lascia intuire l'esistenza di ragioni comuni già evidenziate nel paragrafo precedente.

Nel profilo della spesa specialistica ambulatoriale sono rinvenibili le medesime differenze di genere: una prevalenza della spesa *pro capite* delle donne nelle età fertili e degli uomini nelle età più elevate. Sul piano quantitativo, i differenziali corrispondono a scostamenti più accentuati sia nel primo che nel secondo caso.

In alcune macro-aree, l'analisi territoriale offre indicazioni antitetiche a quelle evidenziate per la spesa farmaceutica convenzionata a carico del SSN. In particolare, nelle regioni del Nord-Est il ricorso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali risulta significativamente superiore al dato medio nazionale con uno scostamento percentuale del 14,8%. Diversamente, si collocano al di sotto della media nazionale le Isole e le regioni del Sud e, in misura più contenuta, il Centro, con percentuali pari, rispettivamente, al 16,5%, 16% e al 5,7%.

Le regioni del Nord-Ovest mostrano un andamento in linea con quello della spesa farmaceutica convenzionata a carico del SSN, sebbene con uno scarto maggiore, presentando uno scostamento percentuale superiore alla media nazionale del 13,5% (Fig. 3.27).

L'analisi territoriale evidenzia una dicotomia per area geografica in termini di livello medio di spesa *pro capite* (Fig. 3.28).

Infatti, le regioni del Centro-Nord si posizionano quasi tutte sul livello medio nazionale o a un livello superiore, a eccezione del Trentino Alto Adige, della Liguria e della

²⁹⁸ Rispetto al 2022, il sistema TS ha rilevato per il 2023 un aumento del 4,7% delle ricette erogate cui ha corrisposto un aumento del 3,7% della spesa netta.

Valle d'Aosta. Al contrario, le regioni del Centro-Sud, si collocano quasi tutte, a eccezione del Molise, Toscana e Umbria, a un livello inferiore.

I profili per età di spesa *pro capite* per assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSN a livello di area geografica confermano qualitativamente gli andamenti descritti in relazione al livello nazionale, pur mostrando una maggiore erraticità, inversamente correlata alla numerosità della popolazione residente (Fig. 3.29).

Fig. 3.24: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2023

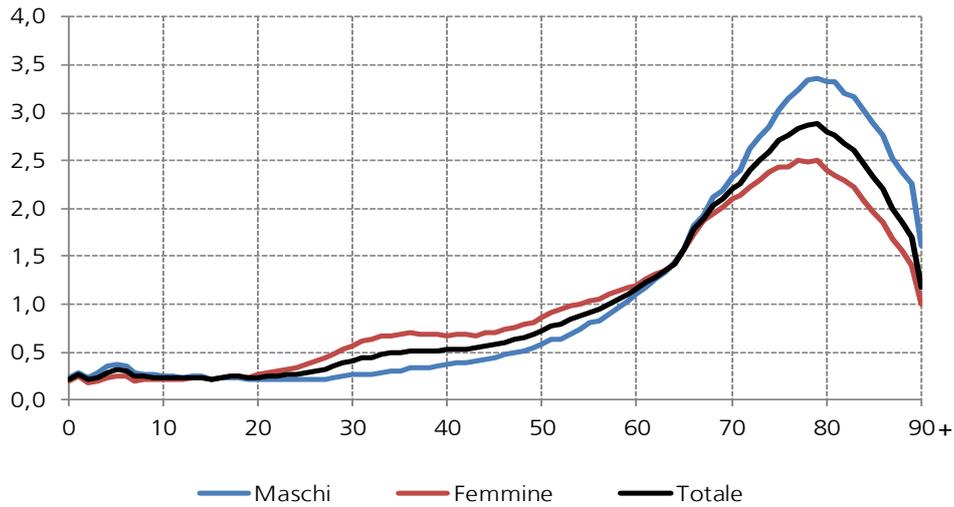


Fig. 3.25: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata. Valore pro capite standardizzato per sesso e area geografica - Anno 2023

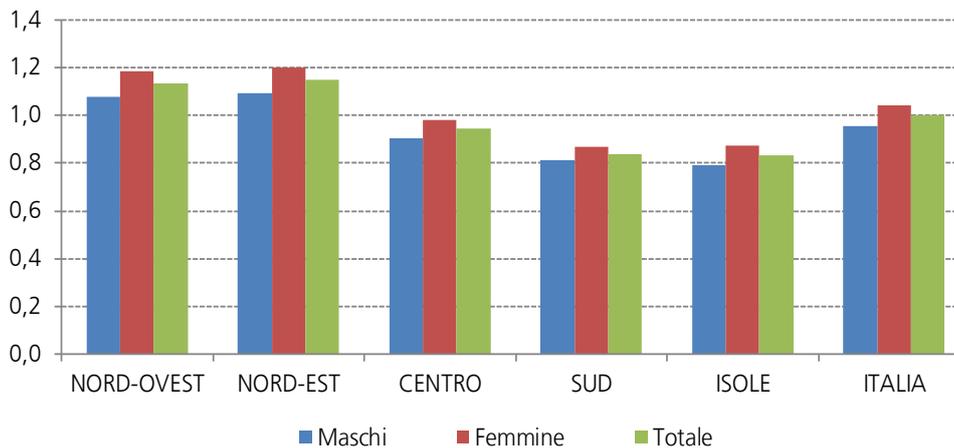


Fig. 3.26: spesa specialistica ambulatoriale netta pubblica e privata accreditata. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2023

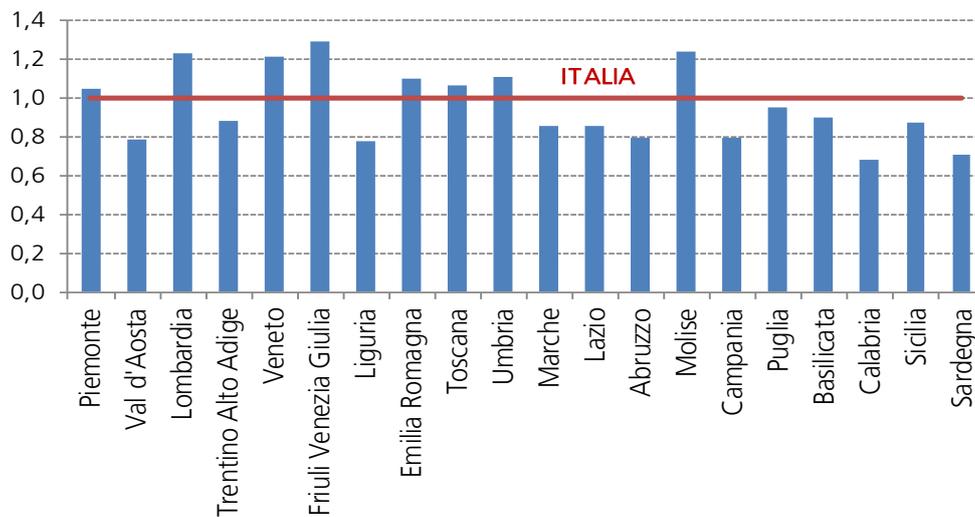


Fig. 3.27: spesa specialistica ambulatoriale per macro area geografica. Valore pro capite standardizzato per età, sesso e area geografica- Anno 2023

Fig. 3.29.a: Nord-Ovest

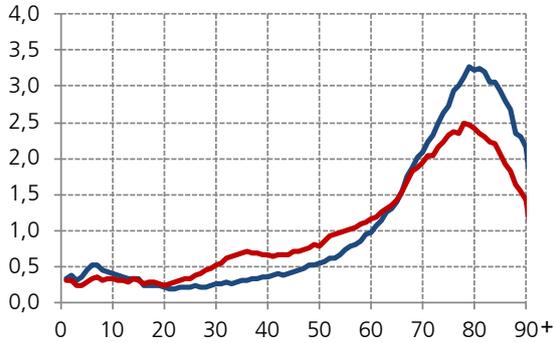


Fig. 3.29.d: Sud

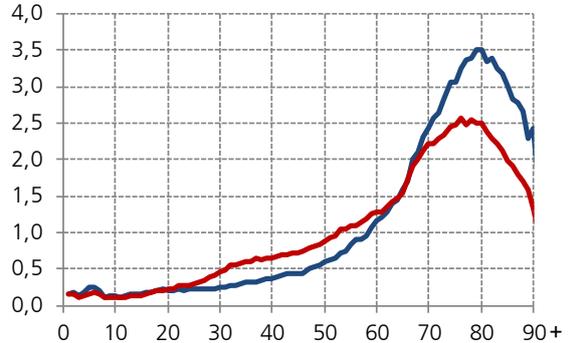


Fig. 3.29.b: Nord-Est

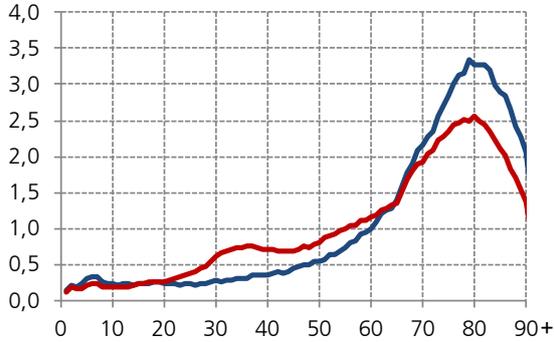


Fig. 3.29.e: Isole

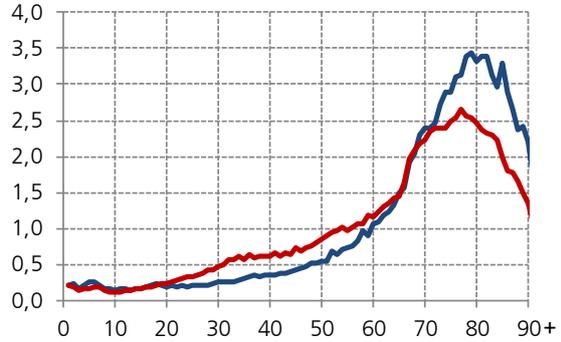


Fig. 3.29.c: Centro

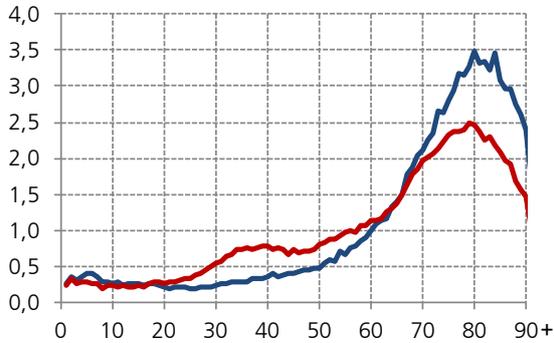
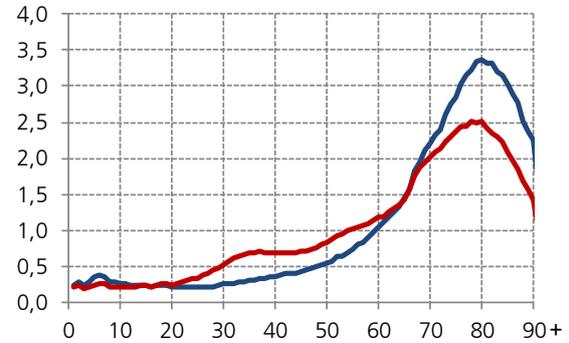


Fig. 3.29.f: Italia



— Maschi — Femmine

Box 3.1 - Regole regionali sulla compartecipazione farmaceutica convenzionata

Parte 1

Regione	Compartecipazione spesa farmaceutica		Differenza fra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento
	Compartecipazione a carico degli assistiti Non esenti	Compartecipazione a carico degli assistiti esenti, in funzione dei codici esenzione/fascia di reddito *	
Piemonte	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per E92
Val d'Aosta	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione (max 2€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Lombardia	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione max 2€ a ricetta (max 3€ a ricetta per pluriprescrizioni) Compartecipazione 2: 1€ a confezione (max 6€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Bolzano - P. A.	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione (max 2€ a ricetta) Compartecipazione 2: 1€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Trento - P. A.	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Veneto	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Friuli Venezia Giulia	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Liguria	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Emilia Romagna	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Toscana	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per VRT
Umbria	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Marche	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + V01 + V01-RM
Lazio	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale**: nessun ticket Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 2,5€ a confezione se prezzo farmaco ≤ 5€ - 4€ a confezione se prezzo farmaco > 5€	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: nessun ticket Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 1€ a confezione se prezzo farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione se prezzo farmaco > 5€	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale

* La dicitura "Compartecipazione n° si riferisce a gruppi di codici di esenzione, diversi per regione, per i quali si applicano modalità differenti di compartecipazione.

** Le liste di trasparenza riportano gli elenchi dei farmaci a brevetto scaduto equivalenti aggiornati dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)

Parte 2

Compartecipazione spesa farmaceutica			Differenza fra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento
Regione	Compartecipazione a carico degli assistiti Non esenti	Compartecipazione a carico degli assistiti esenti, in funzione dei codici esenzione/fascia di reddito*	
Abruzzo	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale**: - nessun ticket se il prezzo è uguale o inferiore a quello di riferimento; - 0,5€ a confezione (max 1,5€ a ricetta) se il prezzo è superiore a quello di riferimento Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a confezione (max 1,5€ a ricetta) se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) se il prezzo del farmaco > 5€	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: - nessun ticket se il prezzo è uguale o inferiore a quello di riferimento; - 0,25€ a confezione (max 0,75€ a ricetta) se il prezzo è superiore a quello di riferimento Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,25€ a confezione (max 0,75€ a ricetta) se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 1€ a confezione (max 3€ a ricetta) se il prezzo del farmaco > 5€ Compartecipazione 1: 0,5€ a ricetta Compartecipazione 2: - farmaci in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 0,5€ a confezione + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€ - farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Molise	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€; - 0,5€ a confezione + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€ Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€; - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€	Compartecipazione 1: 0,5€ a ricetta Compartecipazione 2: - farmaci in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 0,5€ a confezione + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€ - farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per F01 e TDL
Campania	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: 2€ a ricetta Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: 1,5€ a confezione (max 3€ a ricetta) + 2€ a ricetta	Compartecipazione 1: - farmaci in lista di trasparenza regionale: 2€ a ricetta - farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 1,5€ a confezione (max 3€ a ricetta) + 2€ a ricetta - farmaci non in lista di trasparenza regionale con pluriprescrizione prevista per patologia: 1,5€ a confezione (max 3€ a ricetta) + 2€ a ricetta Compartecipazione 2: - farmaci in lista di trasparenza regionale: 1€ a ricetta - farmaci non in lista di trasparenza regionale: 1,5€ a confezione (max 3€ a ricetta) + 1€ a ricetta Compartecipazione 3: 1€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Puglia	Per i farmaci equivalenti e con codice ATC " A02BC02 " : 1€ a ricetta Per i farmaci non pluriprescrivibili: 2€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Per i farmaci pluriprescrivibili: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta	Compartecipazione 1: - farmaci equivalenti e con codice ATC " A02BC02 " : 1€ a ricetta - farmaci non pluriprescrivibili: 1€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta - farmaci prescrivibili in confezioni multiple per ricetta: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Compartecipazione 2: 1€ a ricetta	Esenzione per TOT02, TOT07, 052
Basilicata	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Calabria	2€ a confezione (max 4€ a ricetta) + 1€ a ricetta	Compartecipazione 1: 1€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Sicilia	Per farmaco non equivalente con prezzo ≤ 25€: 4€ a confezione Per farmaco non equivalente con prezzo > 25€: 4,5€ a confezione Per farmaco equivalente con prezzo ≤ 25€: 2€ a confezione Per farmaco equivalente con prezzo > 25€: 2,5€ a confezione	Compartecipazione 1: come non esenti Compartecipazione 2: - farmaco non equivalente con prezzo ≤ 25€: 1,5€ a confezione - farmaco non equivalente con prezzo > 25€: 2€ a confezione - farmaco equivalente con prezzo ≤ 25€: 1€ a confezione - farmaco equivalente con prezzo > 25€: 1,5€ a confezione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Sardegna	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per TDL

* La dicitura "Compartecipazione n." si riferisce a gruppi di codici di esenzione, diversi per regione, per i quali si applicano modalità differenti di compartecipazione.

** Le liste di trasparenza riportano gli elenchi dei farmaci a brevetto scaduto equivalenti aggiornati dall' Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)

Box 3.2 - Regole regionali sulla compartecipazione alla specialistica ambulatoriale

Compartecipazione spesa prestazioni di specialistica ***		
Regione	Franchigia*	Quota regionale**
Piemonte	36,15 €	
Val d'Aosta	36,15 €	
Lombardia	38,00 €	
Bolzano - P. A.	36,15 €	
Trento - P.A.	36,15 €	Quota fissa 3€
Veneto	36,15 €	
Friuli Venezia Giulia	36,00 €	
Liguria	36,15 €	
Emilia Romagna	36,15 €	
Toscana	38,00 €	
Umbria	36,15 €	
Marche	36,20 €	
Lazio	36,15 €	
Abruzzo	36,15 €	
Molise	36,15 €	Quota di 5 € o 15 € in base al tipo di prestazione
Campania	36,15 €	Quota fissa Non esenti : - 10 € se valore ricette inferiore a 56.15 - 20 € se valore ricette superiore a 56.15 Quota fissa Esenti: - quota fissa 0 € per alcuni codici di esenzione - quota fissa 5 € per alcuni codici di esenzione - quota fissa 8 € per alcuni codici di esenzione - quota fissa 10 € per alcuni codici di esenzione - quota fissa 20 € per alcuni codici di esenzione
Puglia	36,15 €	
Basilicata	36,15 €	
Calabria	45,00 €	Quota fissa di 1€
Sicilia	36,15 €	Ulteriore importo pari al 10% del valore eccedente la franchigia
Sardegna	46,15 €	

* Art.8, comma 16, L. 537/93

** Delibere regionali

*** Per le regioni Piemonte, Lazio, Molise e Calabria, le regole riportate nella tabella sono quelle attualmente disponibili al Sistema TS

Box 3.3 - Regole regionali sulla compartecipazione dei farmaci erogati in DPC

Compartecipazione spesa farmaceutica - DPC		
Regione	Compartecipazione a carico degli assistiti Non esenti	Compartecipazione a carico degli assistiti esenti, in funzione dei codici esenzione/fascia di reddito *
Piemonte	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Val d'Aosta	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione (max 2€ a ricetta)
Lombardia	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione max 2€ a ricetta (max 3€ a ricetta per pluriprescrizioni) Compartecipazione 2: 1€ a confezione (max 6€ a ricetta)
Bolzano - P. A.	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione (max 2€ a ricetta) Compartecipazione 2: 1€ a ricetta
Trento - P. A.	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Veneto	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Friuli Venezia Giulia	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Liguria	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Emilia Romagna	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Toscana	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Umbria	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Marche	Quota differenziata per tipo di farmaco equivalente presente nella lista regionale Se il farmaco a minor costo per il SSR non è disponibile, l'assistito non paga nulla se prende il 2° farmaco equivalente a minor costo, analogo, disponibile nella lista regionale.	Quota differenziata per tipo di farmaco equivalente presente nella lista regionale Se il farmaco a minor costo per il SSR non è disponibile, l'assistito non paga nulla se prende il 2° farmaco equivalente a minor costo, analogo, disponibile nella lista regionale.
Lazio	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Abruzzo	- € 1,00 a confezione con confezione per farmaci branded fino ad un massimo di 3 euro per ricetta se presente esenzione per patologia che consente la prescrizione di un numero di prezzi superiore a due; - € 0,50 a confezione per i farmaci unbranded	Gli esenti "total": C01-C02-C04-C05 - V01-V02-G01-G02 - L01-S01-S02-S03 non pagano niente (né ticket, né differenza, né 0,5 a ricetta) Tutti i rimanenti codici esenzione pagano come "Non esenti"
Molise	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Campania	- Compartecipazione: stessa regola prevista per i farmaci erogati in convenzionata: Per i farmaci equivalenti e con codice ATC "A02BC02": 1€ a ricetta Per i farmaci non pluriprescrivibili: 2€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Per i farmaci pluriprescrivibili: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta	- Compartecipazione: stessa regola prevista per i farmaci erogati in convenzionata: Compartecipazione 1: -farmaci equivalenti e con codice ATC "A02BC02": 1€ a ricetta -farmaci non pluriprescrivibili: 1€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta -farmaci prescrivibili in confezioni multiple per ricetta: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Compartecipazione 2: 1€ a ricetta
Puglia	- Differenza fra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento: a) Farmaco "originator" in lista DPC regionale: nessuna differenza di prezzo a carico dell'assistito b) Farmaco "originator" fuori lista DPC regionale: differenza di prezzo a carico dell'assistito	
Basilicata	Compartecipazione di 6€ per i farmaci Branded non compresi nell'elenco di gara regionale	
Calabria	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione
Sicilia	Per farmaco non equivalente con prezzo ≤ 25€: 4€ a confezione Per farmaco non equivalente con prezzo > 25€: 4,5€ a confezione Per farmaco equivalente con prezzo ≤ 25€: 2€ a confezione Per farmaco equivalente con prezzo > 25€: 2,5€ a confezione	Compartecipazione 1: come non esenti Compartecipazione 2: -farmaco non equivalente con prezzo ≤ 25€: 1,5€ a confezione -farmaco non equivalente con prezzo > 25€: 2€ a confezione -farmaco equivalente con prezzo ≤ 25€: 1€ a confezione -farmaco equivalente con prezzo > 25€: 1,5€ a confezione
Sardegna	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione

Box 3.4 - Regole regionali sulla compartecipazione dei farmaci stupefacenti prescritti per la terapia del dolore

Compartecipazione farmaci stupefacenti - Terapia del dolore	
Regione	Compartecipazione a carico degli assistiti Non esenti
Piemonte	Nessuna compartecipazione
Val d'Aosta	Nessuna compartecipazione limitatamente ai medicinali dell'allegato III bis al DPR 309/1990 utilizzati per il trattamento del dolore severo.
Lombardia	Nessuna compartecipazione se cod ese TDL o TDL01, altrimenti si applica la compartecipazione prevista per gli altri farmaci.
Bolzano - P. A.	Nessuna compartecipazione se cod ese TDL o TDL01, altrimenti si applica la compartecipazione prevista per gli altri farmaci. E' valida solo per i farmaci analgesici oppiacei
Trento - P.A.	Nessuna compartecipazione
Veneto	Nessuna compartecipazione
Friuli Venezia Giulia	Nessuna compartecipazione
Liguria	Nessuna compartecipazione se cod ese TDL01, altrimenti si applica la compartecipazione prevista per gli altri farmaci
Emilia Romagna	Nessuna compartecipazione
Toscana	Nessuna compartecipazione
Umbria	Nessuna compartecipazione
Marche	Nessuna compartecipazione
Lazio	Nessuna compartecipazione
Abruzzo	Compartecipazione applicata alla farmaceutica
Molise	0,5€ a ricetta
Campania	Nessuna compartecipazione
Puglia	1€ a ricetta
Basilicata	Nessuna compartecipazione
Calabria	Nessuna compartecipazione
Sicilia	Come altri farmaci
Sardegna	Nessuna compartecipazione

CAPITOLO 4 - Piano nazionale di ripresa e resilienza e SSN

4.1 - Premessa

4.1.1 - La Missione n. 6 del PNRR "Salute"

La struttura del PNRR, così come rimodulato nel 2023, consta di sette "Missioni" tematiche fondamentali con le quali si delineano le misure necessarie a perseguire le riforme e gli obiettivi previsti dal suddetto Piano. Significative sono state le modifiche approvate nel 2023, soprattutto in relazione all'introduzione della nuova Missione n. 7 dedicata agli interventi del programma *RePowerEU*, volto a ridurre la dipendenza del Paese dai combustibili fossili e potenziare la transizione energetica.

Nell'ambito delle predette missioni, la n. 6 contiene misure in materia di Salute e prevede specifiche riforme e investimenti da realizzare, entro il 2026, al fine di potenziare il SSN e allineare maggiormente i servizi erogati ai bisogni delle comunità e dei pazienti sul territorio anche a seguito delle criticità riscontrate a seguito dalla crisi pandemica, nonché rendere il suddetto SSN più resiliente alle future sfide sanitarie e maggiormente rispondente ai bisogni territoriali.

In particolare, è previsto il rafforzamento delle strutture sanitarie di prossimità e dei relativi servizi, ivi compresi i servizi domiciliari; lo sviluppo della telemedicina; il potenziamento della ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario; l'innovazione della struttura tecnologica e digitale del SSN, sia a livello centrale che a livello regionale, al fine di garantire una evoluzione delle modalità di assistenza sanitaria tesa a perseguire una migliore qualità delle cure, una maggiore tempestività, nonché una maggiore capacità di governo e programmazione sanitaria tramite una più efficace analisi dei dati disponibili, nel rispetto dei relativi profili di sicurezza e tutela delle informazioni sensibili.

Per la realizzazione di tali obiettivi il PNRR ha affidato la titolarità della Missione n. 6 al Ministero della salute, dedicando risorse per circa 15,63 miliardi di euro, pari a circa l'8% delle risorse complessive previste per il PNRR a cui vanno ad aggiungersi ulteriori 2,38 miliardi di euro previsti dal Piano nazionale per gli investimenti di tipo sanitario complementari al PNRR (PNC), approvato con il decreto-legge n. 59 del 2021²⁹⁹.

Le misure previste dalla Missione n. 6 sono state suddivise in due aree tematiche principali o "Componenti", omogenee rispetto agli obiettivi da perseguire:

- **Componente 1:** reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.
- **Componente 2:** misure tese alla digitalizzazione del SSN, a rinnovare il parco tecnologico ospedaliero e ad investire nella formazione del personale sanitario e

²⁹⁹ Rispetto al programma del Piano complementare al PNRR originariamente previsto, l'articolo 1, comma 13, del decreto-legge 2 marzo 2024 n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 aprile 2024n. 56 del, ha previsto che i finanziamenti per il perseguimento dei fini di cui all'intervento "verso un ospedale sicuro e sostenibile", già finanziato a carico del Fondo complementare al PNRR, ad esclusione di quelli delle Province Autonome di Trento e di Bolzano e della Regione Campania, sono posti a carico delle risorse di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67.

nella ricerca scientifica.

Per ognuna di tali componenti della Missione n. 6 sono stati previsti una riforma e specifici investimenti, di seguito dettagliati.

Componente 1: ha previsto la c.d. “Riforma dell’assistenza territoriale” inerente alla definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza primaria attraverso nuovi *standard* organizzativi, strutturali e tecnologici da adottarsi su tutto il territorio nazionale per favorire la prevenzione in ambito sanitario nonché per fronteggiare i rischi sanitari esistenti ed emergenti connessi con i cambiamenti ambientali e climatici.

Le misure della Componente 1 sono, inoltre, tese a ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale per garantire maggiore capillarità su tutto il territorio nazionale grazie alla creazione di strutture e presidi territoriali quali le “Case della comunità”, gli “Ospedali di comunità”, le “Centrali Operative Territoriali”, nonché attraverso il potenziamento dell’assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina ed una più efficace integrazione con i servizi sociosanitari.

In particolare, gli investimenti previsti nell’ambito di tale Componente 1 sono i seguenti:

- Investimento 1.1 - “Case della comunità e presa in carico della persona”, che si pone come obiettivo principale la realizzazione di luoghi fisici di prossimità e di facile individuazione a cui i cittadini possano accedere per poter entrare in contatto con il Sistema di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale;
- Investimento 1.2 - “Casa come primo luogo di cura e telemedicina”, il quale si focalizza sull’identificazione di un unico modello condiviso per l’erogazione agli assistiti di cure domiciliari utilizzando le innovazioni tecnologiche disponibili, quali, in particolare la telemedicina, per il supporto ai pazienti con patologie croniche, e che, attraverso sistemi informativi territoriali realizzati presso ogni ASL e specifiche centrali operative (COT) permetta la rilevazione di dati clinici in tempo reale nonché il coordinamento della presa in carico della persona ed il raccordo tra i professionisti coinvolti;
- Investimento 1.3 - “Ospedali di Comunità”, per la creazione di strutture sanitarie di ricovero che svolgano una funzione intermedia tra il domicilio del cittadino e la struttura di ricovero ospedaliera, finalizzate alla presa in carico di pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di assistenza infermieristica continuativa non erogabile a domicilio.

Componente 2: ha previsto la c.d. “Riforma degli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico (IRCCS)” il cui obiettivo principale è il riordino del relativo quadro normativo al fine di migliorare il rapporto fra la ricerca scientifica, l’innovazione tecnologica e le cure sanitarie.

Le Misure previste nell’ambito della Componente 2 si focalizzano sul rinnovamento e ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, quali, a titolo esemplificativo, il miglioramento del FSE, della capacità di erogazione dei servizi sanitari, dei sistemi di monitoraggio dei LEA. Inoltre, è previsto anche il potenziamento della ricerca scientifica e l’aumento delle competenze del capitale umano del SSN attraverso interventi formativi.

In particolare, gli investimenti previsti nell’ambito di tale Componente 2 sono i seguenti:

- Misura 1.1 – “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”, la quale attraverso l’adozione di soluzioni innovative e tecnologicamente avanzate, ha

l'obiettivo di consentire l'adeguamento delle strutture sanitarie e dei relativi modelli organizzativi nonché il rinnovamento delle attrezzature ospedaliere ad alto contenuto tecnologico, il potenziamento dell'offerta ospedaliera e il miglioramento dell'efficienza dei LEA;

- Misura 1.2 – “Ospedale sicuro e sostenibile”, la quale mira a delineare, per le strutture ospedaliere, un percorso di adeguamento e miglioramento della sicurezza strutturale e adattamento antisismico;
- Misura 1.3 – “Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione”, con la quale si prevedono *sub*-misure di potenziamento delle infrastrutture tecnologiche del FSE, anche tenendo conto delle azioni già previste dalla normativa vigente (c.d. “progetti in essere”) quali, tra l'altro, il potenziamento del Sistema Tessera Sanitaria, nonché azioni di rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica del Ministero della salute per la costruzione di modelli di simulazione e previsione di scenari a medio e lungo termine afferenti al SSN;
- Misura 2.1 – “Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN”, che prevede il potenziamento dei programmi di ricerca in coerenza con le proposte del Ministero dell'università e della ricerca e con i programmi di trasferimento tecnologico proposti dal Ministero dello sviluppo economico, al fine di potenziare la capacità di risposta nel settore delle patologie rare, della ricerca sulle patologie croniche altamente invalidanti anche attraverso un miglior potenziamento tecnologico;
- Misura 2.2 – “Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario”, la quale mira a garantire una formazione continua e specializzata per il personale sanitario, essenziale per migliorare la qualità dei servizi offerti ai cittadini, attraverso alcune *sub*-misure inerenti l'Incremento delle borse di studio in medicina generale (2.2 lettera a)), l'avvio di un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere a tutto il personale sanitario del SSN (2.2 lettera b)), l'attivazione di un percorso di acquisizione di competenze manageriali e digitali per professionisti del SSN (2.2 lettera c)), l'incremento dei contratti di formazione medico - specialistica per colmare la differenza tra il numero di laureati in medicina e il numero di posti di specializzazione post-laurea previsto e garantire così un adeguato turn-over dei medici specialisti del SSN (2.2 lettera d)).

Circa poi gli ulteriori investimenti previsti nell'ambito del Piano Nazionale degli investimenti Complementari al PNRR (PNC), di cui al decreto-legge n. 59/2021, si evidenziano le tre principali direttrici delle azioni individuate le quali, rispettivamente, prevedono, in complementarietà con le misure della Missione 6 - Componente 1, il rafforzamento della capacità di far fronte ai rischi sanitari presenti e futuri legati ai rischi ambientali e climatici, mentre, in complementarietà con le misure della Missione 6 - Componente 2, prevedono la creazione di un ecosistema sanitario innovativo al fine di potenziare la sinergia tra interventi pubblici e privati e originariamente un potenziamento delle misure previste dal PNRR per l'adattamento delle strutture ospedaliere (cfr. investimento 1.2 – M6C2) successivamente perseguite attraverso l'utilizzo delle risorse nazionali di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, concernente il programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, come previsto dall'articolo 1, comma 13,

del decreto-legge n. 19 del 2024³⁰⁰.

4.1.2 - Le ulteriori missioni contenenti misure inerenti al settore sanitario: la Missione n. 1 e la Missione n. 5

La Missione n. 1

Nell'ambito delle missioni che compongono il PNRR, la Missione n. 1 si è posta l'obiettivo di rilanciare la competitività e la produttività attraverso misure relative a vari elementi chiave del sistema economico quali: la disponibilità di connettività a banda larga per i cittadini, le imprese e le pubbliche amministrazioni, una modernizzazione della pubblica amministrazione e la valorizzazione del patrimonio artistico del Paese. La digitalizzazione, intesa come innovazione trasversale e, sotto un profilo strategico, centrale per lo sviluppo del Paese, è l'elemento peculiare di questa Missione per uno sforzo evolutivo che porti ad un aggiornamento in tutti i settori del Paese, dai processi produttivi, alle infrastrutture nel loro complesso finanche ai processi interni di erogazione di servizi, ivi comprese le infrastrutture ed i processi del settore sanitario, delle strutture sanitarie, dei dispositivi medici e relativi alle competenze del personale finalizzate a garantire il miglior livello di assistenza sanitaria possibile per tutti i cittadini.

La Missione n. 1 è suddivisa in 3 componenti inerenti all'introduzione di elementi di digitalizzazione ed innovazione in tre diversi settori: la Pubblica Amministrazione (Componente 1), il sistema produttivo (Componente 2), i settori economici legati alla cultura e al turismo (Componente 3).

Al riguardo, l'introduzione di elementi di innovazione nel settore della Pubblica Amministrazione (PA) rileva anche per il settore sanitario, determinando un impatto sulle direzioni strategiche già intraprese in termini di evoluzione dei sistemi esistenti e di ulteriore digitalizzazione ed innovazione delle procedure a supporto dei cittadini e dei professionisti sanitari e socio-sanitari.

In tale ottica è stato richiesto il coinvolgimento della RGS nell'ambito dell'attuazione della *sub*-misura 1.3.2 della componente 1 inerente all'implementazione del c.d. "Sportello Digitale Unico" (*Single Digital Gateway* – SDG). L'SDG, infatti, costituisce il punto di accesso per i cittadini comunitari transfrontalieri che vivono od operano in un altro Stato membro a procedure e servizi della Pubblica Amministrazione, attraverso la digitalizzazione completa di 21 procedure amministrative prioritarie entro il 2023 (Target europeo M1C1-12) definite dal Regolamento (UE) n. 1724/2018, tra le quali è ricompresa la procedura di richiesta *on-line* di emissione della Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM).

Proprio per l'attuazione specifica di tale procedura è stato richiesto il predetto coinvolgimento di RGS che, in qualità di responsabile del Sistema Tessera Sanitaria, aveva già reso disponibili a livello nazionale, ai sensi dell'articolo 17-*quater* del decreto-legge n. 18 del 2020, funzionalità atte a consentire agli assistiti del SSN di poter richiedere un duplicato della propria Tessera Sanitaria (inclusiva anche della TEAM) ovvero di poter disporre di una copia, in formato digitale, della medesima Tessera Sanitaria, per le quali è

³⁰⁰ L'articolo 1, comma 13, del decreto legge n. 19 del 2024 ha previsto che i finanziamenti per il perseguimento dei fini di cui all'intervento "verso un ospedale sicuro e sostenibile", già finanziato a carico del Fondo complementare al PNRR, ad esclusione di quelli delle Province Autonome di Trento e di Bolzano e della Regione Campania, sono posti a carico delle risorse di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

stato previsto un adeguamento ai fini del completamento della digitalizzazione della procedura di richiesta *on-line* di emissione della TEAM a livello europeo come prevista nell'ambito della sub-misura 1.3.2.

La Missione n. 5

La Missione n. 5 si è posta vari obiettivi in relazione alla transizione del mondo del lavoro dal punto di vista economico, ecologico e digitale, alla facilitazione dell'occupazione femminile e dei giovani, al consolidamento ed il miglioramento delle c.d. "infrastrutture sociali" quali i servizi socio-sanitari per gli anziani non autosufficienti e per i portatori di disabilità al fine di favorirne la socializzazione, al sostegno a percorsi di vita indipendente anche con la ristrutturazione di alloggi che sfruttino le tecnologie innovative per superare le barriere fisiche, sensoriali e cognitive che sono di impedimento allo svolgimento autonomo degli atti della vita quotidiana. Inoltre, è stato previsto il potenziamento delle infrastrutture sia fisiche che digitali attraverso la rigenerazione urbana, l'abbattimento del divario di connettività tra le aree, la digitalizzazione di aree marginali ed il potenziamento delle infrastrutture delle regioni meridionali e insulari.

La Missione n. 5 è suddivisa in 3 componenti che attengono alla trasformazione del mercato del lavoro (Componente 1), alla valorizzazione del terzo settore e degli elementi sociali (Componente 2), alla coesione territoriale (Componente 3).

I predetti obiettivi di consolidamento delle infrastrutture e dei servizi sociali, ivi compresi gli elementi socio-sanitari e il ricorso all'assistenza domiciliare, la riforma dell'assistenza agli anziani, la riforma della disabilità per la promozione dell'autonomia individuale nonché gli aspetti di riqualificazione professionale e reinserimento dei lavoratori disoccupati, sono aspetti strettamente correlati agli obiettivi sanitari previsti dalla Missione n. 6 e dalle politiche sanitarie per la riforma dell'assistenza territoriale. Nell'ottica di una lettura coordinata delle diverse missioni che compongono il Piano rilevano, in particolare, le riforme previste dalla Componente 2 per la promozione dell'autonomia delle persone con disabilità e il rafforzamento degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti, al fine di coordinare il profilo delle prestazioni sanitarie con quello delle prestazioni sociali.

4.1.3 - La riprogrammazione delle misure PNRR

Con la decisione del Consiglio europeo ECOFIN dell'8 dicembre 2023 si è provveduto alla riprogrammazione di alcune delle misure del PNRR e all'innalzamento del valore complessivo sino all'importo di 194,4 mld di euro, introducendo anche, come ricordato, una nuova Missione 7 connessa agli interventi del programma europeo *RePower EU*.

In particolare, tra le misure oggetto di modifica, in relazione alla tematica sanitaria, si segnalano l'intervento M6C2 1.2 "verso un ospedale sicuro e sostenibile" per il quale si è provveduto a un definanziamento parziale di 750 milioni di euro al fine di redistribuire tali risorse tra l'intervento M6C1 – 1.2.1 "Casa come primo luogo di cura – assistenza domiciliare integrata" (250 milioni di euro aggiuntivi) e l'intervento M6C1 – 1.2.3 "Telemedicina per un miglior supporto ai pazienti cronici" (500 milioni di euro aggiuntivi).

All'assegnazione delle suddette ulteriori risorse ha corrisposto il proporzionale incremento dei rispettivi *target* da raggiungere. In particolare, è stato innalzato l'obiettivo dell'intervento M6C1-1.2.1 inerente all'assistenza domiciliare integrata prevedendo una

platea di 842.000 assistiti over-65 con assistenza domiciliare entro giugno 2026 (anziché gli 800.000 precedentemente previsti) e l'obiettivo dell'intervento M6C1-1.2.3 relativo alla Telemedicina, portando a 300.000 il numero degli assistiti da raggiungere entro il termine del 2025 (rispetto ai 200.000 assistiti precedentemente previsti).

Inoltre, il Ministero della salute, a seguito di un'analisi degli aumenti medi ponderati dei costi delle lavorazioni principali per gli interventi di edilizia sanitaria, ha stimato un incremento generale dei costi a carico della realizzazione degli investimenti pari al 30%, che ha motivato il ridimensionamento proporzionale dei *target* di alcune misure della Missione 6 senza previsioni di definanziamento a carico delle singole misure né modifiche rispetto alla programmazione dei Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS) sottoscritti con ciascuna Regione e Provincia Autonoma. In tali termini, il numero di Case della Comunità da attivare entro giugno 2026 (intervento M6C1-1.1) è stato ridotto da 1.350 a 1.038, il numero delle Centrali Operative Territoriali da attivare entro giugno 2024 (intervento M6C1-1.2.2) da 600 a 480, e il numero degli Ospedali di Comunità da attivare entro giugno 2026 (M6C1-1.3) da 400 a 307.

4.2 - Gli obiettivi istituzionali del MEF-Ragioneria Generale dello Stato in ambito sanitario

Le Misure di potenziamento del SSN nonché di adeguamento delle iniziative socio sanitarie previste dalla Missione n. 6 e dalla Missione n. 5 del PNRR, tese ad una più efficace integrazione tra servizi sanitari e sociali da erogare al cittadino, e, per quanto concerne alcune iniziative di digitalizzazione ed innovazione nella Pubblica Amministrazione, le misure previste dalla Missione n. 1 non possono non essere valutate nella più ampia cornice del sistema di governo nazionale del settore sanitario, costituendo ulteriori elementi di equilibrio e incisività che, coordinandosi con le iniziative già intraprese, contribuiranno all'incremento di razionalizzazione e di efficacia necessari per acquisire nuovi livelli di efficienza del settore sanitario.

Tali interventi, infatti, si pongono in continuità con l'impostazione strategica delle politiche sanitarie nazionali perseguita nel corso degli ultimi anni puntando a una modernizzazione del settore e a una implementazione più capillare dell'assistenza sanitaria oltre che all'aggiornamento e formazione degli operatori del settore sanitario.

In tale contesto, quindi, il Ministero dell'economia e delle finanze e, in particolare, il Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, in accordo con il Ministero della salute e con i diversi soggetti attuatori interessati, svolgono un ruolo primario nel coordinamento operativo e nel monitoraggio delle attività in corso anche al fine di armonizzare e sincronizzare le diverse iniziative e pervenire sia al rafforzamento dell'azione di governo del settore sanitario, sia a una maggiore rapidità di reazione nella programmazione di interventi correttivi qualora si verificassero situazioni di inefficienza o inappropriata nella produzione e nell'erogazione delle prestazioni.

4.3 - Dettaglio delle misure PNRR relative al settore sanitario

4.3.1 - Introduzione

Nei successivi paragrafi, saranno descritte sinteticamente le riforme e le misure principali del PNRR previste per il settore sanitario, nell'ambito dei quali il Ministero

dell'economia e delle finanze – Ragioneria Generale dello Stato è stato coinvolto per il raggiungimento degli obiettivi nazionali.

4.3.2 - Le Riforme previste dalla Missione 6 e dalla Missione 5 del PNRR

Nel Paragrafo 1 si è già accennato alla struttura di ogni singola Missione del PNRR che prevede la distribuzione delle misure previste in Componenti, contenenti le Riforme e le Misure da attuare.

In particolare, la Missione n. 6 prevede le seguenti riforme:

- Componente 1 – Riforma 1.1 (M6C1 R1.1): definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale attraverso l'identificazione di un quadro normativo contenente gli standard strutturali, tecnologici ed organizzativi da implementare in tutte le regioni nonché la definizione di un nuovo assetto istituzionale in linea con un approccio integrato di tipo " *One Health*" per la promozione della prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico;
- Componente 2 – Riforma 1.1 (M6C2 R.1.1): revisione e aggiornamento dell'assetto regolamentare degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e delle politiche di ricerca del Ministero della salute, con l'obiettivo di riorganizzare la rete degli IRCCS per il miglioramento della qualità e dell'eccellenza del SSN attraverso il potenziamento del rapporto tra salute, innovazione e ricerca nonché attraverso il miglioramento della governance degli IRCCS pubblici tramite una migliore razionalizzazione delle relative aree di competenza e definizione dei poteri.

La **Riforma M6C1 R.1.1**, al fine di definire un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza territoriale, ha l'importante obiettivo di perseguire l'integrazione territoriale tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari espressi dalla popolazione. Per raggiungere tale ambizioso traguardo riformativo nazionale, in accordo con gli obiettivi e con le tempistiche (Milestone M6C1-1 con scadenza entro il mese di giugno 2022) previste in ambito PNRR, in qualità di amministrazione concertante il provvedimento di riforma, si è provveduto a dare un contributo alla definizione di un nuovo modello organizzativo territoriale e dei relativi *standard* che, garantendo la predetta integrazione tra le diverse strutture sanitarie, l'uniformità dei LEA e la pluralità dell'offerta, attraverso il potenziamento della figura del Distretto sanitario, possa perseguire una risposta assistenziale il più possibile integrata soprattutto sotto il profilo delle risorse finanziarie e dei relativi impatti.

Con il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 23 maggio 2022, n. 77, pubblicato nella G.U. n. 144 del 22 giugno 2022, è stato approvato il Regolamento recante la definizione di modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale e, conseguentemente, è stata conseguita la predetta *Milestone* Europea M6C1-1.

La **Riforma M6C2 R.1.1** per il riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), ha lo scopo di aggiornare e rafforzare la disciplina degli IRCCS ed i relativi criteri di individuazione sul territorio al fine di migliorare il rapporto fra la ricerca scientifica in campo sanitario, l'innovazione e le cure sanitarie, introducendo criteri e standard internazionali che contribuiscano a garantire la presenza di strutture di eccellenza.

Per il raggiungimento di tale obiettivo, in accordo con la prevista *Milestone* PNRR (M6C2-1 con scadenza prevista entro il mese di dicembre 2022) è stato valutato il nuovo assetto organizzativo al fine di coniugare il rafforzamento della disciplina con la razionalizzazione delle necessarie risorse.

Con la legge 3 agosto 2022, n. 129 è stata adottata sia la delega alla riforma degli IRCCS, sia il relativo decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200, pubblicato nella G.U. n. 304 del 30 dicembre 2022 a seguito della quale è stata conseguita la predetta *Milestone* Europea M6C2-1.

Circa le riforme attinenti alla disciplina sanitaria, con particolare riferimento agli aspetti sociosanitari, previste dalla Missione n. 5, si fa menzione, in particolare delle seguenti riforme:

- la **Riforma M5C2 R 1.1** inerente all'entrata in vigore di una legge-quadro sulla disabilità nell'ottica della de-istituzionalizzazione e della promozione dell'autonomia delle persone con disabilità.

Il conseguimento di tale obiettivo avviene attraverso il rafforzamento e la qualificazione dell'offerta di servizi sociali da parte delle strutture e degli ambiti territoriali, la semplificazione dell'accesso ai servizi sociosanitari, la revisione delle procedure per l'accertamento delle disabilità, la promozione della valutazione multidimensionale a livello territoriale per la definizione di progetti individuali personalizzati tramite l'implementazione di Punti Unici di Accesso per le persone con disabilità.

Le *Milestone* Europee legate alla verifica del predetto obiettivo sono state rispettivamente la *Milestone* M5C2-1, con scadenza entro l'anno 2021, concernente l'entrata in vigore di una legge-quadro per il rafforzamento dell'autonomia delle persone con disabilità e la *Milestone* M5C2-2, con scadenza prevista entro il mese di giugno 2024, concernente l'adozione dei relativi decreti legislativi.

Con la legge 22 dicembre 2021, n. 227 recante "Deleghe al Governo in materia di disabilità", pubblicata sulla G.U. n. 309 del 30 dicembre 2021, sono state previste le disposizioni di delega al Governo per la revisione e il riordino delle disposizioni vigenti in materia di disabilità nonché attraverso il progressivo potenziamento delle relative azioni nell'ambito delle risorse disponibili, conseguentemente con tale disposizione normativa è stata conseguita la *Milestone* Europea M5C2-1.

Successivamente, in attuazione della predetta legge di delegazione sono stati predisposti gli schemi dei decreti legislativi attuativi, inerenti alla riqualificazione dei servizi pubblici al fine di favorire l'inclusione e l'accessibilità, l'istituzione dell'Autorità garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità, la definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato.

I predetti decreti legislativi di attuazione delle disposizioni previste dalla legge delega sono stati pubblicati in Gazzetta Ufficiale, conseguendo, in tal modo la predetta *Milestone* Europea M5C2-2. In particolare:

- circa la riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera e), della legge n. 227 del 2021, è stato emanato il decreto legislativo 13 dicembre 2023, n. 222, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 9 del 12 gennaio 2024;

- circa l'istituzione del Garante nazionale della disabilità, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera f), della legge n. 227 del 2021, è stato emanato il decreto legislativo 5 febbraio 2024, n. 20, recante "Istituzione dell'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità, in attuazione della delega conferita dal Governo", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 54 del 5 marzo 2024;
- circa la definizione della condizione di disabilità, di "valutazione di base" e di "accomodamento ragionevole", di cui all'articolo 2, comma 2, lettere a), b), d), h) della legge n. 227 del 2021, e la definizione della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato, di cui all'articolo 2, comma 2, lettera c), della medesima legge è stato emanato il decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 recante "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.111 del 14 maggio 2024;
- la **Riforma M5C2 R 1.2** inerente all'entrata in vigore di una legge-quadro per il rafforzamento degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti.

L'obiettivo di tale riforma è la promozione della tutela della dignità e delle condizioni di vita, di cura e di assistenza delle persone anziane, attraverso la ricognizione, il riordino, la semplificazione delle disposizioni legislative vigenti in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria alla popolazione anziana. Al fine di perseguire tali obiettivi in accordo con le tempistiche PNRR (*Milestone* Europea M5C2-3 con scadenza entro il mese di marzo 2023 e *Milestone* Europea M5C2-4 con scadenza entro il mese di marzo 2024), si è provveduto a dare un contributo alla definizione di un nuovo modello che comprendesse il rafforzamento degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti, la semplificazione dell'accesso ai servizi da parte degli anziani mediante l'operatività di punti unici di accesso ai servizi sociali e sanitari, la valutazione multidimensionale dei fabbisogni socio-sanitari della persona anziana e del suo nucleo familiare, secondo criteri standardizzati e omogenei a livello nazionale, l'aumento dei servizi sociali e sanitari che possano essere forniti a domicilio.

Con la legge 23 marzo 2023 n. 33 recante "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane", pubblicata sulla G.U. n. 76 del 30 marzo 2023, sono state previste le disposizioni di delega al Governo per la tutela della dignità e la promozione delle condizioni di vita, di cura e di assistenza delle persone anziane, attraverso la ricognizione, il riordino, la semplificazione, l'integrazione ed il coordinamento delle disposizioni legislative in materia di assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria alla popolazione anziana nonché attraverso il progressivo potenziamento delle relative azioni nell'ambito delle risorse disponibili, conseguentemente con tale disposizione normativa è stata conseguita la *Milestone* Europea M5C2-3.

Successivamente, in attuazione della predetta legge di delegazione è stato adottato il decreto legislativo n. 29 del 2024, recante "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane".

Il predetto decreto legislativo individua le misure volte a prevenire l'istituzionalizzazione delle persone anziane, anche non autosufficienti, introducendo norme destinate al riordino, semplificazione e coordinamento delle attività di assistenza sociale e sanitaria, ciò, conseguendo la predetta *Milestone* Europea M5C2-4.

4.3.3 - Le misure previste dalla Missione 6, Missione 1 e Missione 5

Si riporta di seguito l'elenco e la relativa descrizione, distinta per Missione di appartenenza, delle misure del PNRR per le quali è stata condotta un'attività di coordinamento operativo, di monitoraggio delle attività in relazione alle tematiche di interesse relative al settore sanitario e sociosanitario. Riguardo a tali misure e, in particolare, per quelle che prevedono un'attuazione territoriale, si premette che lo strumento operativo per la realizzazione degli interventi a regia regionale e provinciale, ai sensi dell'articolo 56 del decreto-legge n. 77 del 2021, è il c.d. "Contratto Istituzionale di Sviluppo" (CIS), disciplinato dal decreto legislativo n. 88 del 2011.

In particolare, ogni CIS sottoscritto riporta il relativo Piano Operativo (PO) recante il dettaglio degli interventi regionali previsti, i relativi piani di azione corredati dai corrispondenti costi e tempi di attuazione ai fini del completamento delle attività previste ed il raggiungimento delle *Milestone* e dei *Target* PNRR.

A tal fine vengono previsti gli obblighi in capo ai soggetti attuatori previsti dalla normativa comunitaria e nazionale, tra i quali, a titolo di esempio:

- il rispetto dei principi finanziari previsti dalla normativa vigente;
- il rispetto dei principi trasversali, quali ad esempio il rispetto del principio "*Do not Significant Harm*" (DNSH) in campo ambientale e il rispetto della percentuale di risorse previste per le regioni del Mezzogiorno;
- il rispetto del tempestivo avvio delle attività progettuali e degli interventi nonché l'individuazione delle soluzioni tecnico operative procedurali più efficaci a garantire la puntuale esecuzione delle misure previste in ambito PNRR;
- la rendicontazione con cadenza almeno bimestrale dello stato di avanzamento delle attività e dei costi sostenuti;
- l'individuazione degli eventuali fattori che possano determinare ritardi che incidano in maniera considerevole sulla tempistica attuativa e di spesa.

Circa il monitoraggio degli interventi previsti, il medesimo CIS prevede, all'articolo 6, l'istituzione di uno specifico Tavolo Istituzionale presieduto dal Ministro della salute e composto dal Presidente della regione o provincia autonoma e dal Ministro dell'economia e delle finanze (o da loro delegati), con il compito di:

- valutare l'andamento delle attività e il rispetto degli impegni previsti;
- verificare, con periodicità almeno semestrale, lo stato di attuazione dei PO allegati ai CIS;
- approvare eventuali successive rimodulazioni delle schede intervento e dei finanziamenti alla luce degli esiti conseguenti all'attuazione dei singoli interventi che lo compongono;
- approvare le proposte di definanziamento, eventualmente necessarie;
- esaminare, gli eventuali ritardi e inadempienze rispetto alle tempistiche indicate nelle schede intervento fornendo idonea informativa, con propria delibera.

Sulla base della già menzionata informativa deliberata dal Tavolo Istituzionale, il Ministro della salute valuta la sussistenza dei presupposti di legge per l'attuazione delle procedure di esercizio dei poteri sostitutivi di cui all'articolo 12 del citato decreto-legge n. 77 del 2021, ove necessari.

I progetti regionali attuativi delle misure PNRR previste nell'ambito di ciascun CIS

sono in continua evoluzione anche a fronte delle istanze di rimodulazione dei medesimi CIS promosse dalle regioni e province autonome e valutate nell'ambito del predetto Tavolo Istituzionale, in relazione al mutamento delle condizioni attuative.

4.3.3.1 - Misure previste dalla Missione n. 6

Si riportano quindi di seguito le misure della Missione n. 6 corredati dalle Milestone e Target previsti come rideterminati a seguito della predetta riprogrammazione.

M6C1 – 1.1 “Case della comunità e presa in carico della persona”

La misura M6C1 – 1.1 si pone come uno degli elementi portanti per la realizzazione effettiva sul territorio nazionale del nuovo modello organizzativo della rete di assistenza territoriale, definito con il DM n. 77/2022, con il quale è stato conseguito l'ambizioso obiettivo riformativo introdotto dal PNRR (Riforma 1 - M6C1) che deve trovare, poi, la propria concreta realizzazione nel completamento degli obiettivi legati a tale modello organizzativo.

Il *target* principale dell'intervento (M6C1-3) prevedeva inizialmente l'attivazione, entro il 30 giugno 2026, con una dotazione finanziaria di circa 2 miliardi di euro, di almeno 1.350 Case della Comunità (CdC)³⁰¹, sia di nuova costruzione che nell'ambito di edifici già esistenti ma che siano rinnovati e tecnologicamente attrezzati secondo gli standard previsti dal predetto DM n. 77 del 2022. A seguito della riprogrammazione e rimodulazione di alcune delle misure del PNRR già ampiamente descritta in precedenza, in relazione alla dinamica inflattiva in atto e alle tensioni internazionali che hanno portato ad un forte aumento dei costi delle materie prime utili alla costruzione o alla ristrutturazione degli edifici, ferma restando la programmazione già contenuta nei CIS regionali, il predetto *target* europeo M6C1-3 è stato ridotto da 1.350 CdC a 1.038 CdC da attivarsi entro il medesimo termine del 30 giugno 2026 a valere sulle risorse PNRR. Come detto, al fine di assicurare la copertura finanziaria dei progetti derivanti dalla programmazione regionale e provinciale, che rimane confermata, è stato previsto, ai sensi dell'articolo 1, comma 13, del decreto-legge n. 19 del 2024, l'eventuale utilizzo di fondi aggiuntivi, quali ad esempio, le risorse di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988.

Le CdC, divise in *hub* e *spoke*, hanno l'obiettivo di determinare una più efficace presa in carico della popolazione assistita rappresentando il c.d. “Punto unico di accesso” (PUA) dell'assistito dove soddisfare il bisogno di assistenza sanitaria e socio-sanitaria e ricevere assistenza in modo continuativo nell'ambito di un modello organizzativo integrato e multidisciplinare di una *équipe* multi-professionale che comprende la presenza di MMG/PLS, specialisti ambulatoriali, infermieri di famiglia o comunità, psicologi, ostetrici, professionisti nella riabilitazione ed assistenti sociali.

L'attuazione di tale misura a livello territoriale è costantemente monitorata, in accordo con il Ministero della salute, non solo ai fini del raggiungimento degli obiettivi PNRR prefissati ma soprattutto in termini di un coordinamento con le diverse politiche sanitarie e le relative iniziative in atto che, attraverso una completa attuazione della medesima riforma dell'assistenza territoriale, possa rafforzare la capacità di reazione del SSN e rendere più efficiente l'utilizzo delle risorse contribuendo al relativo miglioramento,

³⁰¹ Per tale Milestone e relativo Target si richiama quanto in precedenza riportato in merito al Paragrafo 4.1.3 circa l'avenuta rimodulazione del PNRR.

senza compromettere la qualità dei servizi erogati.

Dai dati risultanti dalle attività di monitoraggio effettuate sulla base dei dati del primo semestre 2024, ai fini del conseguimento dei predetti obiettivi europei, come rimodulati, di attivazione di 1.038 CdC entro il 30 giugno 2026³⁰², risulta l'avvio dei cantieri e delle relative forniture per 468 interventi.

M6C1 – 1.2.1 “Casa come primo luogo di cura – assistenza domiciliare integrata (ADI)”

La *sub*-misura M6C1 - 1.2.1 rappresenta una delle articolazioni dell'investimento M6C1- 1.2 denominato “Casa come primo luogo di cura e telemedicina”, il cui obiettivo principale (target europeo M6C1-6) è quello di pervenire ad un aumento delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni entro il 30 giugno 2026, quantificato originariamente in circa 800.000 persone aggiuntive assistite presso il proprio domicilio³⁰³ e, a seguito della riprogrammazione e rimodulazione, approvata dal Consiglio ECOFIN nel mese di dicembre 2023, che ha previsto per tale misura un aumento delle risorse disponibili per 250 milioni di euro, rideterminato in 842.000 persone aggiuntive assistite in ADI portando ad un obiettivo di presa in carico di circa il 10,3% della popolazione *over* 65 entro giugno 2026. Ciò in accordo con il più ampio quadro di riforma dell'assistenza territoriale prevista dal DM n. 77/2022 con il quale si è provveduto all'attuazione della predetta Riforma PNRR M6C1 – 1.1 ed in accordo con gli interventi previsti a livello territoriale nell'ambito dei PO allegati ai CIS sottoscritti che recano, come detto, i piani d'azione concordati dalle regioni e province autonome con il Ministero della salute per questa misura.

Circa l'attuazione di tale misura, con il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 23 gennaio 2023, sono state previste le modalità per una prima ripartizione delle risorse e ne sono stati definiti i relativi criteri, determinando le singole attribuzioni spettanti alle regioni e province autonome in qualità di soggetti attuatori delle attività nonché le modalità di erogazione di tali risorse ed i relativi criteri di monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi previsti inerenti gli incrementi annuali, per il periodo 2022-2026, dei pazienti oltre i 65 anni, affetti da una o più malattie croniche, da trattare tramite i servizi di assistenza domiciliare al fine di raggiungere il citato obiettivo di prendere in carico almeno il 10% della popolazione con età maggiore di 65 anni entro il 2026. Successivamente, con il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 24 novembre 2023 si è provveduto all'integrazione del riparto e delle relative modalità prevista dal predetto decreto del 23 gennaio 2023.

A seguito della rimodulazione sia finanziaria che del *target* di riferimento della presente misura nell'ambito della rimodulazione PNRR descritta al paragrafo 4.1.3, con il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 3 maggio 2024 sono state effettuate modifiche alla tabella A del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 6 agosto 2021 nell'ambito del quale è stata effettuata l'assegnazione di 250 milioni di euro aggiuntivi alle risorse finanziarie previste per il sub-investimento M6C1 1.2.1 «Casa come primo luogo di cura (ADI)» per un totale di 2.970.000.000 euro in luogo dei precedenti

³⁰² Quinta relazione al Parlamento italiano circa l'attuazione del PNRR (<https://www.pnrr.affariregionali.it/it/notizie-sul-pnrr/quinta-relazione-al-parlamento-sul-pnrr/>).

³⁰³ Per tale Milestone e relativo Target si richiama quanto in precedenza riportato in merito al Paragrafo 4.1.3 circa l'avenuta rimodulazione del PNRR.

2.720.000.000 euro.

A seguito di tale assegnazione sono in corso le attività congiunte con il Ministero della salute, per l'aggiornamento delle modalità di ripartizione delle risorse aggiuntive secondo le modalità di cui al Decreto 23 gennaio 2023, al fine di tenere conto delle predette risorse per il raggiungimento degli obiettivi aggiuntivi.

M6C1 – 1.2.2 “Centrali operative territoriali (COT)”

La *sub*-misura M6C1 – 1.2.2 costituisce, come già menzionato per la precedente *sub*-misura M6C1 – 1.2.1, una delle articolazioni fondamentali per l'attuazione dell'investimento M6C1- 1.2 denominato “Casa come primo luogo di cura e telemedicina” e rappresenta anche un ulteriore elemento portante del più volte citato nuovo modello organizzativo della rete di assistenza territoriale, definito con il DM n. 77/2022.

Il *target* europeo principale dell'intervento (M6C1-7), a seguito delle procedure di rimodulazione PNRR descritte nel paragrafo 4.1.3, prevede l'attivazione, entro il 31 dicembre 2024, con una dotazione di risorse PNRR di circa 280 milioni di euro, di almeno 480 COT³⁰⁴ (precedentemente il medesimo *target* europeo era stato fissato a 600 COT). Si ricorda in ogni caso che sono confermate le attività previste dai CIS, eventualmente integrate con altre risorse finanziarie, come già rappresentato in precedenza.

L'obiettivo è quello di coordinare la presa in carico dell'assistito e raccordare i servizi ed i professionisti coinvolti, di monitorare il percorso di cura dell'assistito, munire dei necessari strumenti digitali per l'ottimizzazione di tale presa in carico e la comunicazione con le altre strutture (telemedicina, teleassistenza, *eHealth*) oltre che il raccordo con le principali piattaforme informative nazionali e regionali. Ciò al fine di garantire un'assistenza sanitaria e socio-sanitaria più prossima territorialmente che contribuisca al potenziamento dell'assistenza domiciliare, anche grazie all'impiego delle tecnologie di telemedicina, e che promuova il raccordo tra i vari servizi e professionisti sanitari che operano nelle CdC, nelle Unità di continuità assistenziali, per la predetta assistenza domiciliare integrata, nelle residenze, nelle strutture ospedaliere e nelle altre strutture territoriali, in accordo con i MMG/PLS e con i servizi socio-sanitari.

L'attuazione viene costantemente monitorata, in accordo con il Ministero della salute, non solo ai fini del raggiungimento del predetto obiettivo PNRR ma soprattutto in termini di coordinamento strategico delle diverse politiche sanitarie in atto.

Dai dati risultanti dalle attività di monitoraggio effettuate sulla base dei dati relativi al primo semestre 2024, ai fini del raggiungimento del predetto *target* europeo rimodulato per la realizzazione di almeno 480 strutture, è stato rilevato l'avvio dei cantieri e delle forniture per 530 interventi, la conclusione dei lavori ed esecuzione delle forniture per 457 interventi, nonché il collaudo di 391 interventi³⁰⁵.

M6C1 – 1.2.3 “Telemedicina per un miglior supporto ai pazienti cronici”

La *sub*-misura 1.2.3 della Missione 6 Componente 1 è articolata in due interventi: da

³⁰⁴ Per tale Milestone e relativo Target si richiama quanto in precedenza riportato in merito al Paragrafo 4.1.3 circa l'avvenuta rimodulazione del PNRR.

³⁰⁵ Quinta relazione al Parlamento italiano circa l'attuazione del PNRR (<https://www.pnrr.affarieregionali.it/it/notizie-sul-pnrr/quinta-relazione-al-parlamento-sul-pnrr/>).

una parte l'implementazione di una specifica Piattaforma di telemedicina a livello nazionale (intervento 1.2.3.1 "Piattaforma di telemedicina"), dall'altra l'implementazione di soluzioni e servizi di telemedicina diffusi sul territorio nazionale (intervento 1.2.3.2 "Servizi di telemedicina").

Circa il primo intervento l'obiettivo è la realizzazione di una Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT), coerente con i principi e le regole tecniche definiti da AgID, integrabile e interoperabile con i sistemi informativi già operativi a livello nazionale, utile al governo ed al monitoraggio dei processi e dei servizi di telemedicina attuati a livello regionale e provinciale e che preveda, in un'ottica di interoperabilità degli ecosistemi digitali regionali, all'omogeneizzazione e standardizzazione delle codifiche e dei protocolli di comunicazione al fine di rendere i servizi di telemedicina dispiegati a livello regionale e provinciale interoperabili su tutto il territorio nazionale. A tale obiettivo è associato il *target* PNRR M6C1-8 il quale prevede che entro il 2023 vengano attivati almeno un progetto di Telemedicina per ogni regione. Tale *Target* è stato conseguito entro le tempistiche previste a seguito dell'approvazione dei Piani Operativi, presentati dalle regioni e province autonome, in merito ai servizi di telemedicina, dell'adozione dei c.d. *Modelli organizzativi dei servizi di telemedicina*, da parte delle medesime regioni e province autonome, dello svolgimento delle gare per l'acquisizione delle soluzioni *software* e delle componenti *hardware* pubblicate rispettivamente dalle relative regioni capofila, Lombardia e Puglia, ai sensi di quanto previsto dal decreto del Ministro della salute 28 settembre 2023 con il quale è stato effettuato il riparto delle risorse disponibili.

Per quanto concerne l'intervento 1.2.3.2, l'obiettivo è focalizzato sull'erogazione di prestazioni e servizi di telemedicina da parte delle regioni e province autonome, affiancandosi alla realizzazione della predetta PNT. In tal senso, già nel corso dell'anno 2022, con il Decreto del Ministero della salute 21 settembre 2022 sono state approvate le *Linee Guida per i servizi di Telemedicina* ed i relativi *Requisiti funzionali e livelli di servizio*, con il quale è stato dato supporto alle regioni e province autonome per la definizione e la composizione delle iniziative progettuali regionali e provinciali inerenti alla definizione dei servizi di telemedicina. Inoltre, con il decreto del Ministro della salute 30 settembre 2022 si è provveduto alla definizione delle Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e delle modalità per la relativa diffusione sul territorio nazionale nonché dei meccanismi di valutazione dei fabbisogni regionali, in termini di servizi minimi di telemedicina da acquisire, nella cornice delle citate Linee Guida per i servizi di telemedicina. Per l'attuazione di tali progettualità il medesimo decreto ha previsto, tramite la definizione di specifici Piani Operativi regionali, l'indicazione dei fabbisogni complessivi regionali in termini infrastrutturali ed in termini di personale necessari all'implementazione dei servizi di telemedicina nell'ambito dei contesti sanitari regionali e provinciali ed in coerenza con gli investimenti regionali e provinciali già implementati a livello territoriale.

Il predetto decreto del Ministro della salute del 28 settembre 2023, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 271 del 20 novembre 2023 e concernente la ripartizione delle risorse riconducibili all'intervento M6C1 - 1.2.3.2 - "servizi di Telemedicina", ha definito i corrispondenti obiettivi regionali da raggiungere, le modalità operative di utilizzo delle predette risorse nonché le modalità di monitoraggio del relativo impiego, al fine del corretto raggiungimento dei target operativi previsti dalla milestone europea M6C1-9 la quale, a seguito della rimodulazione PNRR già descritta al paragrafo 4.1.3, prevede, entro il 2025, il raggiungimento a livello nazionale di almeno 300.000 persone assistite tramite servizi di telemedicina.

Riguardo, in particolare, a tale provvedimento, al fine del raggiungimento degli obiettivi PNRR previsti, sono stati verificati con il Ministero della salute i criteri di riparto e

di monitoraggio nell'ottica del rispetto delle condizionalità del PNRR e di un efficiente utilizzo delle relative risorse anche in coerenza con i piani d'azione previsti per questa misura dai PO allegati ai CIS sottoscritti dalle regioni e province autonome.

M6C1 – 1.3 “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”

Come per la misura M6C1 – 1.1 e la *sub*-misura M6C1 – 1.2.2., anche la misura M6C1 – 1.3. rappresenta uno dei tasselli fondamentali per il perseguimento della nuova strategia sanitaria e del rafforzamento dell’assistenza territoriale tramite la riforma introdotta dal DM n. 77 del 2022.

L’investimento ha l’obiettivo di potenziare l’offerta dell’assistenza intermedia a livello territoriale attraverso l’attivazione dei c.d. “Ospedali di comunità” (OdC) che vadano a completare il nuovo assetto territoriale già composto dalle CdC e dalle COT oltre che dalle strutture ospedaliere e dalle altre strutture assistenziali sanitarie e socio-sanitarie. L’OdC, come detto, rappresenta una struttura di ricovero che svolge una funzione intermedia tra l’assistenza domiciliare integrata ed il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri impropri nelle strutture ospedaliere e favorire dimissioni protette in luoghi idonei al soddisfacimento di bisogni sanitari e sociali che possano favorire l’autonomia dell’assistito.

Il *target* europeo principale dell’intervento (M6C1-11) prevede, a seguito della rimodulazione PNRR già descritta al paragrafo 4.1.3, l’attivazione, entro il 30 giugno 2026 con una dotazione di risorse PNRR di circa 1 miliardo di euro, di almeno 307 OdC (precedentemente ne erano stati previsti 400). Anche in questo caso si ricorda che è confermato l’obiettivo previsto nei CIS e le regioni e province autonome possono impiegare anche risorse ulteriori rispetto al PNRR.

L’attuazione a livello territoriale viene costantemente monitorata, in accordo con il Ministero della salute, al fine del completamento realizzativo della predetta riforma dell’assistenza territoriale, in un’ottica strategica che coordini tale completamento con le politiche strategiche sanitarie e le relative iniziative complementari agli investimenti PNRR previsti.

Dai dati risultanti dalle attività di monitoraggio effettuate sulla base dei dati relativi al primo semestre 2024, ai fini del conseguimento del predetto *target* M6C1-11, rimodulato ad almeno 307 OdC, risulta l’avvio dei cantieri e delle forniture per 136 interventi³⁰⁶.

M6C2 – 1.1 “Ammodernamento del parco tecnologico ed ospedaliero”

La misura 1.1 della Missione 6 Componente 2 mira a migliorare e potenziare il livello tecnologico delle attrezzature sanitarie ospedaliere allo scopo di aumentare la resilienza dei processi sanitari e la produttività del personale, con l’obiettivo di garantire servizi di alta qualità tramite il miglioramento dei sistemi informativi e degli strumenti digitali sanitari perseguente l’efficiente utilizzo delle risorse a disposizione del SSN. Tale ammodernamento si accompagna alle citate misure e riforme inerenti al potenziamento dell’assistenza territoriale e agli investimenti inerenti alla ricerca tecnologica e

³⁰⁶ Quinta relazione al Parlamento italiano circa l’attuazione del PNRR (<https://www.pnrr.affarieregionali.it/it/notizie-sul-pnrr/quinta-relazione-al-parlamento-sul-pnrr/>).

all'innovazione dei servizi di assistenza (erogati a livello domiciliare ed in telemedicina), in accordo con gli interventi previsti a livello territoriale nell'ambito dei PO allegati ai CIS sottoscritti che recano, come detto, i piani d'azione concordati tra il Ministero della salute e le regioni e le province autonome per questa misura.

La misura si compone di due *sub*-misure relative agli interventi di digitalizzazione sanitaria (sub-misura M6C2 1.1.1) e di ammodernamento delle grandi apparecchiature sanitarie (sub-misura M6C2 1.1.2).

In particolare, la prima *sub*-misura M6C2 1.1.1. concernente gli interventi di digitalizzazione ed il potenziamento della dotazione digitale delle strutture pubbliche prevede due sub-interventi:

- la digitalizzazione dei Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) di I e II livello (intervento M6C2 1.1.1.1) attraverso la sostituzione delle apparecchiature sanitarie dei DEA con versioni tecnologicamente più avanzate, conseguendo benefici a livello di assistenza clinica e nella disponibilità di strumenti di analisi ai fini della predizione di elementi diagnostici. In associazione al raggiungimento di tali obiettivi è previsto il target europeo M6C2-8 il quale prevede entro il 2025 la digitalizzazione di almeno 280 ospedali che dispongano di centri di elaborazione dati (CED) e sufficienti tecnologie informatiche, elettromedicali, supplementari necessarie per realizzare l'informatizzazione di ogni reparto;
- il rafforzamento strutturale del SSN (intervento M6C2 1.1.1.2) concernente i c.d. "progetti in essere", previsti dall'articolo 2 del decreto-legge n. 34 del 2020, consistente nel potenziamento della dotazione di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva ed il consolidamento della separazione dei percorsi all'interno del pronto soccorso. Per tali obiettivi è previsto il target europeo M6C2-9 il quale consiste nell'incremento di almeno 5.922 posti letto aggiuntivi (+2.692 posti letto di terapia intensiva + 3.230 posti letto di terapia semi-intensiva), in luogo dei 7.700 posti letto aggiuntivi previsti precedentemente alla rimodulazione del PNRR del dicembre 2023³⁰⁷, entro giugno 2026, corrispondente ad un incremento di circa il 70% rispetto all'offerta precedente all'avvento dell'emergenza sanitaria da Covid-19.

Circa tale *sub*-misura, in funzione del raggiungimento della citata *Milestone* Europea M6C2-7, conseguita entro la scadenza di dicembre 2022, sono stati messi a disposizione delle Amministrazioni, da parte di Consip, gli strumenti di *procurement* necessari al raggiungimento degli obiettivi affiancando a tali strumenti anche il ricorso al Sistema dinamico di acquisizione della PA (Mepa/SDAPA) per gli acquisti ancillari, al fine di contrastare la progressiva saturazione degli strumenti già in uso. Sono in corso le attività di procurement tramite i predetti strumenti da parte dei soggetti attuatori.

Circa invece il *sub*-investimento M6C2 1.1.2, inerente l'ammodernamento delle grandi apparecchiature sanitarie, per il quale sono previste risorse PNRR pari 1.189.155.000 euro, l'obiettivo principale riguarda la sostituzione di modelli obsoleti di tali apparecchiature con modelli tecnologicamente avanzati, in particolare il target europeo associato (target M6C2-6) prevede la sostituzione di almeno 3.100 grandi apparecchiature, tra le quali: TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistemi Radiologici Fissi, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi,

³⁰⁷ Per tale Milestone e relativo Target si richiama quanto in precedenza riportato in merito al Paragrafo 4.1.3 circa l'avenuta rimodulazione del PNRR.

Ecotomografi³⁰⁸. A fronte della rimodulazione PNRR del dicembre 2023, il predetto *target* non ha subito modifiche ma la relativa scadenza è stata spostata dal mese di dicembre 2024 al mese di giugno 2026 al fine di tenere conto delle tempistiche di adesione alle Convenzioni Consip, di ulteriori lavori accessori, non inizialmente considerati, necessari per l'installazione e il collaudo delle grandi apparecchiature nonché dall'incertezza nell'attuazione delle attività dovuta all'innalzamento dei prezzi e dai ritardi di approvvigionamento causati dalle dinamiche ascendenti dei prezzi delle materie prime³⁰⁹.

M6C2 – 1.2 “Verso un ospedale sicuro e sostenibile”

La misura 1.2 della Missione n. 6, Componente 2, ha l'obiettivo di delineare un percorso di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri e delle strutture del patrimonio del SSN, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica; la realizzazione di interventi pluriennali di consolidamento e adattamento sismico delle strutture, volti al rinnovo e alla modernizzazione del quadro fisico e tecnologico dei beni immobili della sanità pubblica di cui ai c.d. “progetti in essere” inerenti gli Accordi di programma *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988 recepiti in tale investimento³¹⁰.

Tale obiettivo è strettamente correlato e complementare alla citata riforma degli *standard* dell'assistenza territoriale e alle relative iniziative di ammodernamento e edificazione di nuove tipologie di strutture sanitarie da affiancare agli interventi di ammodernamento di edilizia sanitaria previsti dai predetti Accordi di programma per la realizzazione di progetti già esistenti volti a rinnovare e modernizzare il patrimonio immobiliare della sanità pubblica. Al riguardo il *target* PNRR M6C2-10 prevede il completamento, entro il mese di giugno 2026, di almeno 84 progetti antisismici, in luogo dei 109 interventi precedentemente previsti, a fronte di un ammontare complessivo di risorse PNRR pari a circa 638.851.084 euro, a seguito della rimodulazione di dicembre 2023.

Nell'ambito di tale misura sono, inoltre, ricompresi gli interventi di adeguamento del patrimonio immobiliare ospedaliero alle normative antisismiche secondo quanto previsto dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, che costituiscono i c.d. “progetti in essere” (ovvero progetti già disposti e finanziati dalla normativa nazionale precedentemente alla sottoscrizione del PNRR) collegati alla presente misura. Per tali interventi sono state rimodulate le risorse inizialmente previste, dagli iniziali 1.000.000.000,00 euro a 250.000.000,00 euro.

Infine, per i predetti “progetti in essere”, a fronte della predetta rimodulazione PNRR, è stato definito uno specifico Target comunitario (M6C2-10bis), aggiuntivo rispetto a quelli già previsti, che prevede l'utilizzo di almeno il 90% delle risorse stanziare entro il mese di giugno 2026.

³⁰⁸ Per tale Milestone e relativo Target si richiama quanto in precedenza riportato in merito al Paragrafo 4.1.3 circa l'avvenuta rimodulazione del PNRR.

³⁰⁹ Quinta relazione al Parlamento italiano circa l'attuazione del PNRR (<https://www.pnrr.affariregionali.it/it/notizie-sul-pnrr/quinta-relazione-al-parlamento-sul-pnrr/>).

³¹⁰ Per tale Milestone e relativo Target si richiama quanto in precedenza riportato in merito al Paragrafo 4.1.3 circa l'avvenuta rimodulazione del PNRR.

M6C2 – 1.3 “Rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione (FSE)”

Circa la misura 1.3. della Missione 6, componente 2, l’obiettivo principale consiste nell’imprimere un’accelerazione nell’ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche disponibili per la gestione dei dati sanitari derivanti dall’adozione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Sono previste due *sub*-misure: la *sub*-misura M6C2 – 1.3.1. “*Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)*” inerente al potenziamento del FSE e la *sub*-misura M6C2-1.3.2 “*Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria*” inerente al rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Per tali *sub*-misure lo strumento operativo per la realizzazione degli interventi di implementazione a livello regionale è rappresentato dai più volte citati CIS e dai relativi PO che recano, come detto, i relativi piani d’azione concordati tra il Ministero della salute e le regioni e province autonome.

In particolare:

– *Sub*-misura M6C2 – 1.3.1 “Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)”:

L’obiettivo della *sub*-misura 1.3.1 è il potenziamento del FSE al fine di garantirne la diffusione, l’omogeneità e l’accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e degli operatori sanitari, al fine di svolgere le funzioni di punto di accesso per le persone e gli assistiti per la fruizione dei servizi forniti dal SSN, nonché di infrastruttura contenente informazioni cliniche omogenee e standardizzate per la ricostruzione della storia clinica del paziente per la relativa valutazione da parte degli operatori sanitari, la funzione di strumento di governance a livello territoriale a disposizione delle ASL per migliorare le prestazioni dei servizi sanitari.

Tale *sub*-misura si distingue in due ulteriori interventi: l’intervento M6C2 1.3.1 lettera a) volto alla creazione di un *repository* centrale, di servizi e di interfacce utente *user-friendly*, il completamento della digitalizzazione della documentazione sanitaria e l’intervento M6C2 1.3.1 lettera b) finalizzato all’adozione e all’utilizzo del FSE da parte delle regioni e delle province autonome. Circa tali interventi il PNRR prevede il raggiungimento di tre distinti *target* europei (si veda Capitolo 3, Tessera Sanitaria, Tab. 3.2):

- a) Target Europeo M6C2-11, da completarsi entro il quarto trimestre 2025, il quale prevede un incremento del numero di tipi di documento digitalizzati nel FSE e, attraverso l’aggiornamento digitale e la formazione dei medici di base sul territorio nazionale, il raggiungimento della soglia dell’85% dei medici che alimentano l’FSE;
- b) Target Europeo M6C2-12, da concludersi entro il secondo trimestre 2026, il quale prevede che il Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS) e l’infrastruttura nazionale di interoperabilità del FSE (INI) siano pienamente operativi in relazione all’adeguamento di tali infrastrutture rispetto agli obiettivi di potenziamento del FSE;
- c) Target Europeo M6C2-13, da completarsi entro il secondo trimestre 2026, il quale prevede che tutte le regioni e province autonome, adottino ed utilizzino il FSE.

In merito a tali obiettivi, con il decreto Ministeriale 18 maggio 2022 sono state previste le modalità per l’integrazione dei dati essenziali che compongono i documenti del FSE. Con il successivo decreto Interministeriale 8 agosto 2022 è stato previsto il riparto alle regioni delle risorse disponibili ed i relativi indicatori per il monitoraggio dell’attuazione delle attività. Al riguardo le regioni e province autonome. hanno presentato i relativi Piani di adeguamento tecnologico, comunicazione e formazione che sono stati approvati entro il 28/02/2023. Con il decreto interministeriale 7 settembre 2023 sono stati disciplinati i

contenuti del FSE 2.0 nonché i limiti di responsabilità e i compiti dei soggetti che concorrono alla sua implementazione, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti dell'assistito, le modalità e i livelli diversificati di accesso al FSE da parte dei soggetti previsti. Al riguardo, nel corso della seduta del 28 novembre 2024 della Conferenza Stato-Regioni, è stato espresso parere favorevole circa lo schema di decreto di modifica del medesimo decreto interministeriale del 7 settembre 2023 che introduce una disciplina transitoria delle disposizioni sul FSE 2.0 (articolo 27 - *bis*).

A fronte della rimodulazione PNRR approvata dal consiglio Ecofin a dicembre 2023 e già descritta precedentemente al paragrafo 4.1.3, è stato previsto l'inserimento e l'integrazione dei documenti nel FSE a partire da quelli nativi digitali di cui al citato decreto Ministeriale del 18 maggio 2022³¹¹.

Circa gli interventi di sviluppo infrastrutturale del FSE e nel contesto della digitalizzazione dei servizi per il cittadino è coinvolto il Sistema TS, gestito dal Ministero dell'economia e delle Finanze – Ragioneria Generale dello Stato, attraverso i c.d. "progetti in essere" ricompresi in tale *sub*-misura che includono iniziative relative all'infrastruttura per l'interoperabilità e la gestione del FSE, già avviate nell'ambito del medesimo Sistema TS. Circa i dettagli relativi a tale coinvolgimento e alle relative risorse si rimanda a quanto già dettagliato al cap. 3 – par. 3.9.

- *Sub*-misura M6C2 – 1.3.2 "Infrastruttura tecnologica del Ministero della salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria":

L'obiettivo della sub-misura 1.3.2 è il rafforzamento dell'infrastruttura e degli strumenti di analisi del Ministero della salute per il monitoraggio dei LEA e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria da erogare agli assistiti in linea con le esigenze della popolazione, le tendenze di consumo e il quadro epidemiologico registrato al fine di configurare e adattare in tempo reale l'offerta sanitaria.

Tale progetto prevede, in particolare, oltre al predetto potenziamento dell'infrastruttura tecnologica e applicativa del Ministero della salute, il miglioramento del processo di raccolta e di produzione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale, lo sviluppo di strumenti di analisi avanzata per studiare fenomeni complessi e scenari predittivi al fine di migliorare la capacità di programmazione dei servizi sanitari e rilevare criticità emergenti. Circa tale *sub*-misura il PNRR prevede il raggiungimento di vari target a livello nazionale al fine aumentare il patrimonio informativo del NSIS tramite l'aggiunta di quattro ulteriori flussi informativi nazionali riguardanti le prestazioni di riabilitazione territoriale, delle cure primarie, degli ospedali di comunità, dei consultori (due flussi per il soddisfacimento del *Target* Nazionale M6C2-00-ITA-10 con scadenza al secondo trimestre 2023 e due flussi per il soddisfacimento del target nazionale M6C2-00-ITA-15 con scadenza al secondo trimestre 2025), lo sviluppo di una piattaforma nazionale per la creazione di un archivio delle esperienze regionali in telemedicina (*Target* Nazionale M6C2-00-ITA-13 con scadenza al quarto trimestre 2024), il potenziamento della raccolta dei dati a livello locale da parte del NSIS, la costruzione di un modello di simulazione ed il completamento del c.d. "Centro Nazionale di prevenzione sanitaria" (*Target* Nazionali M6C2-00-ITA-16, M6C2-00-ITA-17, M6C2-00-ITA-18 e M6C2-00-ITA-19 con scadenza al

³¹¹ Quinta relazione al Parlamento italiano circa l'attuazione del PNRR (<https://www.pnrr.affarieregionali.it/it/notizie-sul-pnrr/quinta-relazione-al-parlamento-sul-pnrr/>).

secondo trimestre 2026).

Riguardo il già menzionato *target* M6C2-00-ITA-10 inerente all'istituzione di due ulteriori flussi informativi, con decreto del Ministro della salute 7 agosto 2023, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 223 del 23 settembre 2023, sono stati istituiti i c.d. flussi "SICOF" e "SIAR" inerenti alla trasmissione, da parte delle regioni e province autonome, rispettivamente delle prestazioni erogate nei consultori e delle prestazioni di assistenza riabilitativa erogate a livello territoriale.

M6C2 – 2.2 "Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario"

Relativamente alla misura 2.2 della Missione 6, Componente 2, l'obiettivo principale è fare in modo che gli operatori sanitari siano regolarmente aggiornati e formati al fine di garantire l'efficacia, l'adeguatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza sanitaria fornita dal SSN. In tali termini la misura prevede il rafforzamento della formazione per la medicina di base, l'introduzione di un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere, l'avvio di un rafforzamento delle competenze manageriali e digitali del personale sanitario e, infine, l'incremento dei contratti di formazione specialistica al fine di garantire un corretto "*turn-over*" dei medici specialisti del SSN.

Al riguardo tale misura prevede la distinzione in quattro *sub*-misure:

- *Sub*-Misura M6C2 – 2.2 – lettera a) "Borse aggiuntive per la formazione dei medici di base"

L'obiettivo dell'intervento descritto alla lettera a) della *sub*-misura 2.2, come già accennato, è l'incremento delle borse di studio in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli di apprendimento a durata triennale, per i trienni 2021/2023, 2022/2024, 2023/2025, per un totale di circa 900 borse di studio aggiuntive per triennio relative a corsi specifici di medicina generale con ciclo triennale, per un totale di circa 2.700 borse di studio aggiuntive il cui completamento è previsto entro il secondo trimestre 2026.

Riguardo tale *sub*-misura, il PNRR prevede il raggiungimento di due distinti *target* europei, il *target* M6C2-14, la cui scadenza è stata prevista per il secondo trimestre 2023, il quale prevede un incremento delle borse di studio aggiuntive per i medici di base di 1.800 unità, ed il *target* M6C2-15, la cui scadenza è stata prevista per il secondo trimestre 2024, il quale prevede un incremento delle predette borse di studio di ulteriori 900 unità al fine di raggiungere il citato valore complessivo di 2.700 borse di studio aggiuntive.

Per l'attuazione di tale *sub*-misura, in virtù dei citati obiettivi istituzionali per il settore sanitario ed il corretto conseguimento degli obiettivi PNRR secondo le tempistiche programmate attraverso l'efficiente utilizzo delle risorse previste, si è provveduto, congiuntamente con il Ministero della salute, alla valutazione dei necessari provvedimenti di riparto delle risorse, da associare a ciascuna regione, finalizzate all'attuazione degli incrementi previsti nell'ambito dei PO allegati ai CIS sottoscritti da ciascuna regione e provincia autonoma con il Ministero della salute. Tali provvedimenti, recanti le assegnazioni delle risorse ad ogni singola regione e provincia autonoma prevedono le relative modalità di trasferimento e le modalità per il relativo monitoraggio delle attività. Circa il ciclo di apprendimento relativo al triennio 2021-2023 con il decreto del Ministro della salute 2 novembre 2021, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale n. 121 del 25 maggio 2022, è stato definito il relativo riparto delle risorse. Circa il ciclo di apprendimento relativo al triennio 2022/2025 con il decreto del Ministro della salute 22 settembre 2022,

pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 298 del 22 dicembre 2022 è stato definito il relativo riparto delle risorse. Infine, con il decreto del Ministro della salute 8 giugno 2023, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 167 del 19 luglio 2023, il Ministero della salute ha modificato la ripartizione delle risorse di cui ai predetti decreti del 2 novembre 2021 (Ciclo 2021-2023) e del 22 settembre 2022 (Ciclo 2022-2025), al fine di adeguarla alle ulteriori rimodulazioni formative, intervenute successivamente alla pubblicazione di tali decreti, tra la Provincia Autonoma di Bolzano e la Regione Emilia-Romagna.

– Sub-Misura M6C2 – 2.2 – lettera b) “Corso di formazione in infezioni ospedaliere”

L’obiettivo dell’intervento descritto alla lettera b) della sub-misura 2.2, come già accennato, è l’attuazione di un piano straordinario per l’incremento dei corsi di formazione sulla sicurezza in termini di infezioni ospedaliere per tutti i profili dirigenziali medici e non medici del SSN, il personale infermieristico e tecnico.

Al riguardo è previsto il conseguimento di vari *target* a livello nazionale per il raggiungimento di 150.000 partecipanti entro il primo trimestre 2025 (target italiano M6C2-00-ITA-29) e l’aggiunta di ulteriori 143.386 partecipanti entro il secondo trimestre 2026 (target italiano M6C2-00-ITA-30) per un obiettivo totale di 293.386 partecipanti complessivi.

Per l’attuazione di tale sub-misura, al fine del raggiungimento dei citati *target* e dell’efficiente utilizzo delle risorse nella cornice delle strategie nazionali in campo sanitario, è stato adottato il decreto del Ministro della salute 20 gennaio 2022 di riparto delle risorse recepito nei CIS sottoscritti dalle singole regioni e province autonome con il Ministero della salute nel mese di maggio 2022. Le Regioni e le Province autonome hanno completato le procedure di selezione dei provider, nel rispetto dei termini previsti, entro il mese di marzo 2023, ed entro il mese di settembre 2024 hanno previsto il completamento della procedura di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere.

– Sub-Misura M6C2 – 2.2 – lettera c) “Percorsi formativi per lo sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale SSN”

L’obiettivo dell’intervento descritto alla lettera c) della sub-misura 2.2 è l’attuazione di progetti formativi per lo sviluppo di percorsi di acquisizione di competenze manageriali per i professionisti che rivestono ruoli apicali all’interno degli Enti del SSN al fine di permettere l’acquisizione delle competenze e capacità manageriali e digitali necessarie per affrontare le criticità attuali e future in ambito sanitario.

Al riguardo è previsto il conseguimento del target europeo M6C2-16 il quale prevede che, entro il secondo trimestre 2026, vengano registrati almeno 4.500 partecipanti a tali percorsi formativi.

Ai fini del conseguimento degli obiettivi previsti, il 1° giugno 2023 è stato pubblicato dall’AGENAS un avviso pubblico finalizzato alla selezione e al conferimento degli incarichi di docenza da svolgere nell’ambito del Corso di formazione manageriale. Inoltre, a fronte della sottoscrizione dei relativi accordi tra le regioni e province autonome e l’AGENAS nel mese di ottobre 2023, nel mese di dicembre 2023 è stata raggiunta la Milestone ITA M6C2-00-ITA-26 relativa al completamento delle procedure di iscrizione ai corsi a fronte dell’elencazione, da parte dell’AGENAS, dell’elenco dei partecipanti ai corsi sulla base delle trasmissioni da parte delle regioni e province autonome delle schede di progetto, delle nomine dei Referenti Unici Regionali e dell’elenco dei partecipanti ai corsi e relative riserve. La prima edizione del corso pilota ha avuto inizio il 14 settembre 2023, coinvolgendo 30 discenti, e si è concluso il 15 dicembre 2023. Nel mese di giugno 2024 si

sono concluse le attività di formazione della seconda edizione del corso pilota erogato dall'AGENAS. Al mese di giugno 2024 risultavano avviati i corsi in otto regioni: Piemonte, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Umbria, Basilicata, Sicilia, Sardegna, e nelle province autonome di Trento e di Bolzano³¹².

– Sub-Misura M6C2 – 2.2 – lettera d) “contratti di formazione specialistica”

L'obiettivo dell'intervento descritto alla lettera d) della *sub*-misura 2.2, come già accennato in premessa, consiste nell'incremento dei contratti di formazione in ambito specialistico al fine di garantire un adeguato “*turn-over*” dei medici specialisti del SSN.

In particolare, la *sub*-misura prevede il finanziamento di 4.200 contratti di formazione per un ciclo completo di studi di 5 anni ai fini del raggiungimento del *target* europeo M6C2-17 con scadenza al secondo trimestre 2026.

Sono in corso, congiuntamente con il Ministero della salute, le attività di monitoraggio circa l'erogazione di tali attività formative, tenuto conto che con il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca ed il Ministro dell'economia e delle finanze del 9 luglio 2021 è stato incrementato di 4.200 unità il numero dei contratti di formazione specialistica previsti per l'anno accademico 2020/2021, con il decreto del Ministro dell'università e della ricerca n. 998 del 28 luglio 2021 sono stati distribuiti tra gli Atenei i predetti contratti disponibili per l'anno accademico 2020/2021 e, da ultimo, con il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca ed il Ministro dell'economia e delle finanze del 19 aprile 2023 la predetta distribuzione per Ateneo relativa ai 4.200 contratti di formazione specialistica finanziati con fondi PNRR è stata definita in concomitanza con le relative risorse rendicontabili da ciascun ateneo. Sono in corso di acquisizione, da parte del Ministero della salute, i dati aggiornati al mese di novembre 2023, trasmessi dagli Atenei, al fine di assicurare l'avanzamento del raggiungimento del Target comunitario M6C2-17, relativo al finanziamento di 4.200 contratti di formazione medico-specialistica, la cui scadenza è prevista a giugno 2026. Il Ministero della Salute, nel mese di febbraio 2024, ha fornito agli Atenei le indicazioni operative per l'attivazione del flusso finanziario³¹³.

4.3.3.2 - Misure previste dalla Missione n. 1

M1C1 – 1.3.2 “Single Digital Gateway”

La *sub*-misura 1.3.2 inerente la piattaforma *Single Digital Gateway* (SDG), come detto, si inserisce nel panorama più vasto degli obiettivi perseguiti dalla Componente 1 della Missione n. 1 per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione (PA) ed in particolare dalla misura 1.3 le cui finalità sono di trasformare l'architettura e le modalità di interconnessione della PA e delle sue banche dati affinché l'accesso ai servizi sia trasversalmente basato sul principio c.d. “*Once Only*”, con il quale si intende fare in modo che il cittadino fornisca i propri dati alla PA una volta sola, eliminando l'aggravio di costi e di tempi dovuti alla frammentazione delle richieste da parte di molteplici enti, attraverso la creazione di una “Piattaforma Nazionale Dati” che consenta l'interconnessione dei vari enti in maniera standardizzata. All'implementazione di tale Piattaforma si affianca la

³¹² Quinta relazione al Parlamento italiano circa l'attuazione del PNRR (<https://www.pnrr.affariregionali.it/it/notizie-sul-pnrr/quinta-relazione-al-parlamento-sul-pnrr/>).

³¹³ Quinta relazione al Parlamento italiano circa l'attuazione del PNRR (<https://www.pnrr.affariregionali.it/it/notizie-sul-pnrr/quinta-relazione-al-parlamento-sul-pnrr/>).

partecipazione all’iniziativa europea del SDG relativa all’armonizzazione tra tutti gli Stati Membri e la completa digitalizzazione di servizi ai cittadini di particolare rilevanza.

In tale contesto la *sub*-misura 1.3.2 prevede l’implementazione del c.d. “Sportello Digitale Unico” (*Single Digital Gateway* – SDG), istituito dal Regolamento (UE) n. 1724/2018 e ricompreso in tale *sub*-misura, in qualità di punto di accesso, nel rispetto del principio “*Once Only*”, per i cittadini comunitari transfrontalieri che vivono od operano in un altro Stato Membro ad informazioni, procedure amministrative e servizi prioritari. In particolare, l’obiettivo associato alla misura è quello di provvedere all’armonizzazione e alla digitalizzazione completa di 21 procedure amministrative prioritarie entro il 31 dicembre 2023 (Target europeo M1C1-12) ricomprese nel predetto Regolamento (UE) n. 1724/2018.

Tra le citate procedure amministrative prioritarie da digitalizzare risulta ricompresa la procedura di richiesta *on-line* di emissione della Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM). Come detto, circa la digitalizzazione di tale procedura è stato richiesto il coinvolgimento del Sistema Tessera Sanitaria e, in particolare, delle funzionalità già rese disponibili ai sensi dell’articolo 17-quater del decreto-legge n. 18 del 2020 che consentono agli assistiti del SSN di poter richiedere un duplicato della propria Tessera Sanitaria (inclusiva anche della TEAM) ovvero di poter disporre di una copia, in formato digitale, della medesima Tessera Sanitaria.

Come già precedentemente menzionato (si veda il capitolo 3, par. 3.4) il Sistema TS, a fronte dello specifico accordo siglato il 17 maggio 2023 tra il Ministero dell’economia e delle finanze – Ragioneria Generale dello Stato e l’AgID, è stato coinvolto per l’adeguamento delle funzionalità già rese disponibili al fine di pervenire alla digitalizzazione della procedura di richiesta *on-line* di emissione della TEAM. Il completamento di tale adeguamento si è concluso il 12 dicembre 2023, entro le tempistiche convenute nell’ambito del Piano Operativo allegato al predetto accordo, con la conclusione delle attività realizzative e la messa in produzione delle funzionalità nonché dell’integrazione delle stesse con le funzionalità rese disponibili dalla PDND³¹⁴, con le funzionalità di autenticazione del nodo italiano eIDAS, al fine di consentire l’autenticazione dell’utente transfrontaliero, oltre alle modalità di autenticazione già previste tramite l’utilizzo di SPID, CIE e TS-CNS.

4.3.3.3 - Misure previste dalla Missione n. 5

M5C2 – 1.1 “Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell’istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti” ed 1.2 “Percorsi di autonomia per persone con disabilità”

Le misure 1.1 ed 1.2 della Missione 5, Componente 2, si collocano nell’alveo degli obiettivi previsti dalla medesima Componente per intercettare e supportare situazioni di fragilità sociale ed economica anche attraverso specifiche linee di intervento dedicate alle persone con disabilità e agli anziani con particolare riferimento a quelli in condizione di non autosufficienza.

³¹⁴ Piattaforma Nazionale Digitale Dati di cui all’articolo 50-ter del decreto legislativo n. 82/2005 (Codice dell’amministrazione digitale).

In particolare, la misura 1.1 si pone l'obiettivo di rafforzare le infrastrutture dei servizi sociali territoriali già esistenti e costruirne di nuove al fine di prevenire l'istituzionalizzazione degli assistiti sfruttando, tra l'altro, servizi legati all'assistenza domiciliare che assicurino la continuità dell'assistenza secondo il modello di presa in carico socio-sanitario coordinato anche con gli interventi di rafforzamento e di riforma dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale precedentemente descritti previsti nell'ambito della Missione n. 6 e con gli interventi di riforma previsti nell'ambito della Missione 5 inerenti la promozione dell'autonomia delle persone con disabilità ed il rafforzamento degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti.

Tale misura si articola in varie *sub*-misure, tra le quali sono previsti specifici interventi per la deistituzionalizzazione delle persone anziane non autosufficienti, per il rafforzamento dei servizi sociali domiciliari al fine di prevenire il ricovero in ospedale anche attraverso elementi di telemedicina e monitoraggio a distanza, per il rafforzamento dei medesimi servizi sociali attraverso l'introduzione di meccanismi di condivisione e supervisione per gli assistenti sociali, ed è da considerarsi strettamente integrata, come già accennato, ai progetti proposti nell'ambito della Missione 6 ed, in particolare alla Riforma 1.1. della Componente 1 per la definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza territoriale nonché alle misure M6C1 1.2.1 ed 1.2.3 inerenti al potenziamento dell'assistenza domiciliare e la telemedicina.

Per quanto concerne la misura 1.2, l'obiettivo è di accelerare, tramite il coordinamento con le regioni e province autonome, il processo di deistituzionalizzazione attraverso il miglioramento della capacità e dell'efficacia dei servizi di assistenza sociale in modo che siano focalizzati sui bisogni specifici delle persone disabili e delle loro famiglie attraverso un aumento dei servizi di assistenza domiciliare e dei servizi digitali. In merito a tale misura valgono le stesse considerazioni relative all'integrazione con i progetti proposti dalla Missione 6.

In relazione alla misura 1.1, a fronte della pubblicazione delle graduatorie dei progetti ammessi a finanziamento e dei progetti idonei, da parte del Ministero del lavoro e delle politiche sociali con i decreti direttoriali n. 98/2022, n. 117/2022, n. 158/2023, n. 204/2023 e n. 361/2023 sono state avviate le attività. Successivamente, si è proceduto alla stipula degli atti di convenzionamento tra il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, l'Unità di missione e il Distretto sociale, all'avvio delle attività da parte dei distretti sociali e all'erogazione degli anticipi. Relativamente allo stato di avanzamento al primo semestre 2024, i distretti sociali che hanno presentato almeno un progetto su una delle quattro linee di intervento dell'investimento M5C1 1.1 sono 546, pari al 93,3 per cento del totale dei distretti sociali³¹⁵.

Infine, in relazione alla misura 1.2, a fronte della pubblicazione delle graduatorie dei progetti ammessi a finanziamento e dei progetti idonei, da parte del Ministero dell'interno con i decreti direttoriali n. 98/2022, n. 117/2022, n. 158/2023, n. 204/2023 e n. 361/2023, sono state avviate le attività con la costituzione dell'equipe multidisciplinari e la sottoscrizione, da parte delle persone con disabilità prese in carico, dei progetti personalizzati di autonomia. Successivamente, si è proceduto alla stipula degli atti di convenzionamento tra il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, l'Unità di missione e il Distretto sociale, all'avvio delle attività da parte dei distretti sociali e all'erogazione degli

³¹⁵ Quinta relazione al Parlamento italiano circa l'attuazione del PNRR (<https://www.pnrr.affarieregionali.it/it/notizie-sul-pnrr/quinta-relazione-al-parlamento-sul-pnrr/>).

anticipi. Relativamente allo stato di avanzamento al primo semestre 2024 i progetti che hanno comunicato l'avvio delle attività sono 587. Di questi, 571 distretti hanno rilasciato la dichiarazione di avvio delle attività (DIA) e ricevuto le prime quote di finanziamento di ammontare pari al 10% del valore del progetto a titolo di anticipo³¹⁶.

³¹⁶ Quinta relazione al Parlamento italiano circa l'attuazione del PNRR (<https://www.pnrr.affariregionali.it/it/notizie-sul-pnrr/quinta-relazione-al-parlamento-sul-pnrr/>).

CAPITOLO 5 - Investimenti sanitari

5.1 - Investimenti sanitari

In campo sanitario lo Stato, oltre a finanziare la spesa sanitaria corrente, ha introdotto da tempo interventi in materia di investimenti.

In particolare, con l'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 è stata autorizzata l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo originario complessivo di 30.000 miliardi di lire.

Il predetto articolo 20 reca i criteri generali per la programmazione degli interventi finalizzati ai seguenti obiettivi di massima:

a) il riequilibrio territoriale delle strutture, al fine di garantire una idonea capacità di posti letto anche in quelle regioni del Mezzogiorno dove le strutture non sono in grado di soddisfare le domande di ricovero;

b) la sostituzione del 20 per cento dei posti letto a più elevato degrado strutturale;

c) la ristrutturazione del 30 per cento dei posti letto che presentano carenze strutturali e funzionali suscettibili di integrare recupero con adeguate misure di riadattamento;

d) la conservazione in efficienza del restante 50 per cento dei posti letto, la cui funzionalità è ritenuta sufficiente;

e) il completamento della rete dei presidi poliambulatoriali extraospedalieri ed ospedalieri diurni con contemporaneo intervento su quelli ubicati in sede ospedaliera secondo le specificazioni di cui alle lettere a), b), c);

f) la realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali, per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e nelle strutture di cui alla lettera e) e che richiedono trattamenti continui. Tali strutture, di dimensioni adeguate all'ambiente secondo standard da emanarsi a norma dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, devono essere integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate. Dette strutture, sulla base di standard dimensionali, possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione di posti-letto ospedalieri;

g) adeguamento alle norme di sicurezza degli impianti delle strutture sanitarie;

h) potenziamento delle strutture preposte alla prevenzione con particolare riferimento ai laboratori di igiene e profilassi e ai presidi multizonali di prevenzione, agli istituti zooprofilattici sperimentali ed alle strutture di sanità pubblica veterinaria;

i) conservazione all'uso pubblico dei beni dismessi, il cui utilizzo è stabilito da ciascuna regione o provincia autonoma con propria determinazione.

A tale previsione legislativa ha fatto seguito l'adozione del decreto ministeriale 29 agosto 1989, n. 321 che ha individuato i seguenti criteri:

a) *il riequilibrio qualitativo e quantitativo delle dotazioni sanitarie strutturali e tecnologiche va realizzato sia nell'ambito interregionale, mediante riserva di finanziamenti in ragione del 50 per cento alle regioni dell'Italia meridionale e insulare, sia all'interno delle singole regioni avendo riguardo alla razionalizzazione dei sistemi ospedalieri delle aree metropolitane di Roma, Milano, Napoli, Torino, Genova, Palermo e delle aree polarizzate sulle città di Bari, Bologna, Catania, Firenze e Venezia;*

b) *per la realizzazione o l'acquisizione di strutture residenziali per anziani prevalentemente non autosufficienti e di quelle per handicappati e disabili psichici e sensoriali sono riservati, sulla disponibilità di 10 mila miliardi di lire complessiva del primo triennio, 2.670 miliardi di lire, di cui 400 miliardi di lire per strutture destinate ad handicappati e disabili;*

c) *le percentuali dei posti letto di cui al comma 2, lettere b) e c), del citato articolo 20 si riferiscono al numero dei posti letto pubblici complessivi nazionali, ivi compresi quelli degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nonché i policlinici universitari, secondo la riorganizzazione di cui al decreto ministeriale 13 settembre 1988, tenendo conto della necessità di assicurare idonea distribuzione territoriale alle varie specializzazioni e, a più larga maglia, alle alte specialità. Gli interventi di riorganizzazione della rete ospedaliera debbono essere finalizzati a realizzare la concentrazione in ospedali di dimensioni tra 300 e 800 posti letto, di un numero di specializzazioni che copra la massima parte dei bisogni assistenziali della popolazione dell'area territoriale di riferimento. Va riservato ad un numero limitato di ospedali di alta complessità e ad elevata tecnologia il trattamento delle patologie di particolare gravità, secondo le indicazioni del sopracitato decreto ministeriale 13 settembre 1988, valido e operante in attesa delle norme di modifica della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e dei relativi decreti di attuazione;*

d) *nelle strutture ospedaliere vanno realizzati servizi ambulatoriali a supporto delle esigenze territoriali dell'unità sanitaria locale;*

e) *le esigenze di ammodernamento e potenziamento tecnologico vanno soddisfatte in particolare dove il servizio pubblico è stato in passato costretto al frequente ricorso al settore privato convenzionato;*

f) *sulla disponibilità complessiva di 10 mila miliardi relativa al primo triennio, una quota del 5% deve essere riservata al potenziamento delle strutture riguardanti la prevenzione collettiva;*

g) *la manutenzione straordinaria del patrimonio sanitario pubblico, da realizzare con le risorse in conto capitale del fondo sanitario nazionale, riguarda in particolare alcune misure contingenti e non procrastinabili, fra le quali il miglioramento del decoro e del confort delle strutture sanitarie frequentate dai cittadini, ivi comprese:*

1) *la riduzione delle barriere architettoniche;*

2) *la manutenzione straordinaria dei forni inceneritori e delle strutture connesse;*

3) *l'adozione delle più urgenti misure dirette a prevenire le infezioni ospedaliere;*

h) *nell'adeguamento alle norme di sicurezza occorre considerare prioritariamente la messa a norma di impianti e attrezzature e il contenimento dei consumi energetici.*

Il citato decreto ministeriale n. 321/1989 ha individuato inoltre gli standard delle strutture residenziali e le integrazioni funzionali, ha impartito indicazioni per la

programmazione sovregionale e nazionale dell'assistenza oltre che per la programmazione regionale.

Successivi rifinanziamenti³¹⁷ (da ultimo con le leggi n. 145 del 2018, n. 160 del 2019, n. 178 del 2020 e n. 234 del 2021) hanno elevato il livello del finanziamento statale a 34 miliardi di euro (a cui si aggiungono ulteriori 113,8 milioni di euro destinati al finanziamento degli interventi per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ex articolo 3-ter del decreto-legge n. 211 del 2011).

Considerato inoltre che mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, il decreto-legge n. 75 del 2023, e il decreto-legge n. 132 del 2023, hanno assegnato rispettivamente alla Regione Lazio, per il Giubileo, l'importo complessivo di 155 milioni di euro, e alla Regione Calabria l'importo di 58 milioni di euro, il livello del finanziamento complessivo statale è aggiornato a 33,787 miliardi di euro, secondo il dettaglio riportato in tabella³¹⁸.

Tab. 5.1: Livello di finanziamento complessivo del programma di edilizia sanitaria – Anni 1988-2024 (euro)

QUADRO AGGIORNATO CON LA LEGGE DI BILANCIO 2024			
MACROPROGRAMMAZIONE - Livello complessivo del programma di edilizia sanitaria; sintesi degli stanziamenti di bilancio nelle varie fasi di sviluppo del programma; stanziamenti da eseguire per il completamento del programma.			
TOTALE RISORSE PROGRAMMATE EDILIZIA (Σ art. 20 + superamento OPG)	Articolo 20, legge n. 67 del 1988	integrazione per superamento OPG	TOTALE risorse da gestire
(1) I FASE conclusa (9.400 mld lire)	4.854.694.851,45		
(2) Risorse programmate al 31/12/2006	12.720.333.424,57		
(3) Incremento importo programmatario (LF 2007 296/2006 - 20 miliardi di euro) Patto per la salute 2007-2009	2.424.971.723,98		
(4) Incremento da LF 2008 (23 miliardi euro ex art. 2, comma 279, legge 244/2007)	3.000.000.000,00		
(5) Incremento da LF 2010 (24 mld euro ex art. 2, comma 69, legge 191/2009) (patto per la salute 2010-2012)	1.000.000.000,00		
(6) RISORSE AGGIUNTIVE PER OPG (ulteriori rispetto ai 60 mln di euro compresi nella programmazione art. 20) art. 3-ter del DL 211 del 2011		113.807.991,00	
(7) Incremento da LB 2019 n. 145/2018, articolo 1, commi 555 e 556 (copertura 100 mln annui periodo 2021-2022; 300 mln annui periodo 2023-2025; 400 mln annui periodo 2026-2031; 300 mln 2032; 200 mln 2033)	4.000.000.000,00		
(8) Incremento da LB 2020 n. 160/2019, articolo 1, comma 81, incremento del finanziamento a 30 miliardi di euro	2.000.000.000,00		
(9) Incremento da LB 2021 n. 178/2020, articolo 1, comma 442, incremento del finanziamento a 32 miliardi di euro	2.000.000.000,00		
(10) Incremento da LB 2022 n. 234/2021, articolo 1, commi 263-267, incremento del finanziamento a 34 miliardi di euro	2.000.000.000,00		
(11) DECRETO-LEGGE n. 75 del 2023, art. 46 Giubileo regione Lazio	-155.000.000,00		
(12) ART. 9, C. 1-SEPTIES, DL 132/2023 CALABRIA	-58.000.000,00		
Σ da (1) a (12) PROGRAMMA DI EDILIZIA SANITARIA - Totale risorse programmate	33.787.000.000,00	113.807.991,00	33.900.807.991

³¹⁷ Si richiamano in particolare:

- l'articolo 83, comma 3, della legge n. 388/2000, a decorrere dal 1° gennaio 2001;
- l'articolo 1, comma 796, lettera n), della legge n. 296/1996, a decorrere dal 1° gennaio 2006;
- l'articolo 2, comma 69, della legge n. 191/2009, a decorrere dal 1° gennaio 2010;
- l'articolo 1, comma 555, della legge n. 145/2018, a decorrere dal 1° gennaio 2019;
- l'articolo 1, comma 81, della legge n. 160/2019, a decorrere dal 1° gennaio 2020;
- l'articolo 1, comma 442, della legge n. 178/2020, a decorrere dal 1° gennaio 2021;
- l'articolo 1, comma 263, della legge n. 234/2021, a decorrere dal 1° gennaio 2022.

³¹⁸ Il disegno di legge di bilancio per l'anno 2025 prevede un rifinanziamento dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 pari all'importo ridotto con il decreto-legge n. 19/2024 destinato alle medesime regioni.

Il programma si è articolato in due fasi:

- una **prima fase** conclusasi nel 1996 per complessivi 4,85 miliardi di euro, attuata mediante accensione di mutui con oneri a carico del Ministero del Tesoro;
- la **seconda fase e**, in atto, pari a 29,046 miliardi di euro che si realizzano mediante trasferimento del finanziamento dallo Stato - gestione di bilancio MEF-RGS- alle regioni/altri enti per stato di avanzamento lavori (SAL).

Tab. 5.2: Fasi di sviluppo del programma di edilizia sanitaria – Anni 1988-2024 (euro)

Articolazione in fasi:	totale I fase	totale fasi successive	TOTALE risorse da gestire
(1) I FASE conclusa (9.400 mld lit)	4.854.694.851,45		
Σ da (2) a (6) II e III FASE		19.259.113.139,55	
Σ da (7) a (12) II e III FASE (leggi 145/2018; 160/2019; 178/2020)		9.787.000.000,00	
Totale	4.854.694.851,45	29.046.113.139,55	33.900.807.991

Nell'ambito del finanziamento complessivo, sono state inoltre individuate alcune specifiche finalizzazioni (già la delibera CIPE 53 del 1998 stabiliva per le regioni una quota di 1.161 milioni di euro da destinare alla conclusione di interventi già precedentemente attivati e alla sicurezza; si sono poi aggiunti i finanziamenti per interventi di potenziamento della radioterapia, interventi di infrastrutturazione per consentire l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, per superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, antincendio).

La seconda fase di attuazione del piano straordinario di investimenti ha segnato, rispetto alla prima, significative innovazioni, tra cui la semplificazione dei procedimenti per l'accesso ai finanziamenti e l'adozione degli strumenti della programmazione negoziata, di seguito specificati.

Per il settore degli investimenti sanitari l'articolo 5 bis³¹⁹ del decreto legislativo n. 502 del 1992, introdotto dal decreto legislativo n. 229 del 1999, prevede infatti che il Ministero della salute nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'articolo 20 della citata legge 67/1988, possa stipulare **"Accordi di programma" (ADP)** con le Regioni e con altri soggetti pubblici interessati, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e di intesa con la Conferenza Stato-Regioni. Gli

³¹⁹ 1. Nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, il Ministero della sanità può stipulare, di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e nei limiti delle disponibilità finanziarie, iscritte nel bilancio dello Stato e nei bilanci regionali, accordi di programma con le regioni e con altri soggetti pubblici interessati aventi ad oggetto la relativa copertura finanziaria nell'arco pluriennale degli interventi, l'accelerazione delle procedure e la realizzazione di opere, con particolare riguardo alla qualificazione e messa a norma delle strutture sanitarie.

2. Gli accordi di programma previsti dal comma 1 disciplinano altresì le funzioni di monitoraggio e di vigilanza demandate al Ministero della sanità, i rapporti finanziari fra i soggetti partecipanti all'accordo, le modalità di erogazione dei finanziamenti statali, le modalità di partecipazione finanziaria delle regioni e degli altri soggetti pubblici interessati, nonché gli eventuali apporti degli enti pubblici preposti all'attuazione.

3. In caso di mancata attivazione del programma oggetto dell'accordo entro i termini previsti dal medesimo programma, la copertura finanziaria assicurata dal Ministero della sanità viene riprogrammata e riassegnata, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, in favore di altre regioni o enti pubblici interessati al programma di investimenti, tenuto conto della capacità di spesa e di immediato utilizzo delle risorse da parte dei medesimi.

accordi costituiscono l'atto che consente alle regioni di disporre in maniera programmatica della quota loro assegnata con delibere CIPE.

L'Accordo di Programma è costituito dai seguenti documenti, che sono predisposti concordemente dal Ministero della salute e dalla regione interessata:

- il protocollo d'intesa;
- il documento programmatico;
- l'articolato contrattuale;
- le schede tecniche relative ai singoli interventi.

Il protocollo d'intesa declina l'attuazione degli obiettivi politici contenuti nell'Accordo di programma e viene sottoscritto dal Ministro della salute e dal Presidente della regione e/o suo delegato, oppure dal legale rappresentante dell'ente interessato.

Il documento programmatico illustra la programmazione e definisce le strategie e gli obiettivi generali e specifici degli investimenti contenuti nell'Accordo di programma. Per la formulazione del documento programmatico il Ministero della salute ha predisposto, d'intesa con le regioni e le province autonome, un documento recante la metodologia per la formulazione e la valutazione dei documenti programmatici denominato MexA³²⁰, per rendere omogenee le informazioni e l'approccio programmatico illustrato dalle regioni oltre che per effettuare valutazioni omogenee.

Le risorse sono definite con legge e ripartite fra le regioni e gli altri enti con delibere CIPE (gli ultimi due riparti sono stati eseguiti direttamente dalla legge).

Il procedimento amministrativo di impiego delle risorse stanziato si articola nelle seguenti fasi:

- fase preliminare, gestita dal Ministero della salute con la regione interessata, diretta a selezionare e valutare gli investimenti da inserire nell'accordo di programma (AdP) con la conseguente predisposizione tecnica dell'accordo di programma;
- intesa in Conferenza Stato-regioni sull'ipotesi di AdP;
- sottoscrizione dell'AdP fra lo Stato (Ministero della salute e Ministero dell'economia e delle finanze) e la regione interessata, contenente l'elenco degli interventi da realizzare e il quadro finanziario (finanziamento a carico dello Stato, quota a carico della regione, eventuali ulteriori fonti di finanziamento);
- ammissione al finanziamento delle singole opere, con decreti del Ministro della salute, a seguito di progettazione esecutiva;
- gestione delle gare e aggiudicazione da parte della stazione appaltante (solitamente l'ente sanitario della regione);
- trasferimento delle risorse dallo Stato alla regione, da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, per stati di avanzamento dei lavori (SAL).

Al fine di destinare agli investimenti più prontamente realizzabili le risorse legate ad accordi di programma che non possono essere realizzati, l'articolo 1, commi 310-312,

³²⁰ Si veda la successiva nota 319.

della legge n. 266 del 2005³²¹ ha previsto la risoluzione degli Accordi limitatamente a quella parte di interventi che non viene attivata entro determinati termini, ed ha disposto che le risorse rinvenienti dalle revoche operate, a seguito di periodiche ricognizioni, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, siano utilizzate per la sottoscrizione di nuovi Accordi di programma della regione interessata dalla relativa revoca, al fine di lasciare, comunque, invariato lo spazio programmatico destinato alle singole regioni.

Dopo la sottoscrizione dell'accordo, le regioni e le province autonome dispongono di un arco temporale di trenta mesi per presentare un progetto con il quale richiedere al Ministero della salute l'ammissione a finanziamento degli interventi e di diciotto mesi dall'ammissione al finanziamento (salvo proroga autorizzata dal Ministero della salute) per l'aggiudicazione delle procedure ad evidenza pubblica, pena la revoca delle corrispondenti assegnazioni. Ad avvenuta autorizzazione le risorse finanziarie sono erogate alle Regioni da parte del Ministero dell'economia e delle finanze per stati di avanzamento lavori (SAL).

Con riferimento all'avanzamento del programma degli investimenti, nel corso del tempo, si è osservata una crescente difficoltà nella capacità delle singole regioni:

- di programmare gli investimenti e dunque giungere alla sottoscrizione degli AdP;
- di eseguire il procedimento tecnico-amministrativo conseguente alla sottoscrizione dell'accordo di programma e diretto a pervenire al progetto esecutivo per ottenere il decreto di ammissione a finanziamento del singolo investimento;
- di gestire le gare, aggiudicare e realizzare le opere fino al relativo collaudo.

Nel 2022 è stato costituito presso il CIPESS un tavolo interistituzionale (a cui partecipano anche il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze) che ha auditato le singole regioni per acquisire informazioni in merito alle criticità di sistema (al

³²¹ Legge n. 266/2005, articolo 1:

- comma 310. Al fine di razionalizzare l'utilizzazione delle risorse per l'attuazione del programma di edilizia sanitaria di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, gli accordi di programma sottoscritti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell' articolo 5-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e dell'articolo 2 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, decorsi trenta mesi dalla sottoscrizione, si intendono risolti, limitatamente alla parte relativa agli interventi per i quali la relativa richiesta di ammissione al finanziamento non risulti presentata al Ministero della salute entro tale periodo temporale, con la conseguente revoca dei corrispondenti impegni di spesa. La presente disposizione si applica anche alla parte degli accordi di programma relativa agli interventi per i quali la domanda di ammissione al finanziamento risulti presentata, ma valutata non ammissibile al finanziamento entro trentasei mesi dalla sottoscrizione degli accordi medesimi, nonché alla parte degli accordi relativa agli interventi ammessi al finanziamento per i quali, entro diciotto mesi dalla relativa comunicazione alla regione o provincia autonoma, gli enti attuatori non abbiano proceduto all'aggiudicazione dei lavori, salvo proroga autorizzata dal Ministero della salute. Per gli accordi aventi sviluppo pluriennale, i termini di cui al presente comma si intendono decorrenti dalla data di inizio dell'annualità di riferimento prevista dagli accordi medesimi per i singoli interventi.
- 311. Le risorse rese disponibili a seguito dell'applicazione di quanto disposto dal comma 310, sulla base di periodiche ricognizioni effettuate con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono utilizzate per la sottoscrizione di nuovi accordi di programma.
- 312. In fase di prima attuazione, su richiesta della regione o della provincia autonoma interessata, da presentare entro il termine perentorio del 30 giugno 2006, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, può essere disposto che la risoluzione degli accordi già sottoscritti, di cui al comma 310, con la revoca dei corrispondenti impegni di spesa, sia limitata ad una parte degli interventi previsti, corrispondente al 65 per cento delle risorse revocabili. Entro il termine perentorio di sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al presente comma, per l'utilizzo degli importi corrispondenti agli impegni di spesa non revocati, la regione o la provincia autonoma trasmette al Ministero della salute la richiesta di ammissione al finanziamento dei relativi interventi.

di là dei rallentamenti legati all'emergenza pandemica da Covid-19) allo scopo di individuare soluzioni di efficientamento. Il tavolo sta proseguendo la propria attività.

Al riguardo, anche a seguito delle richiamate indicazioni regionali, il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia e delle finanze stanno lavorando ad una revisione delle procedure per la parte che coinvolge direttamente lo Stato (per esempio con riferimento alla metodologia di valutazione MexA³²²) ferma restando comunque la necessità che il procedimento si concluda sempre con atti giuridicamente validi anche al fine di escludere la possibilità che il tiraggio del finanziamento possa avvenire al di fuori di una preventiva programmazione tecnica e finanziaria fra lo Stato e le regioni.

Le procedure per la sottoscrizione e l'attivazione degli AdP sono disciplinate dall'Accordo Stato-Regioni del 28 febbraio 2008 per la *"Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità"*, ad integrazione dell'Accordo Stato-Regioni del 19 dicembre 2002.

Si ricorda inoltre che in base a quanto previsto dall'articolo 1, comma 281, della legge n. 213 del 2023, sono in corso di svolgimento attività di aggiornamento delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità.

Al fine di illustrare le dimensioni del programma straordinario di investimenti relativo all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, si riporta di seguito una tabella sinottica, nella quale, per singola regione, sono riportati i dati riferibili agli ADP complessivamente sottoscritti negli anni di gestione, dal 1998 al 2023 (ossia quelli riferibili alla seconda fase di gestione).

Con riferimento agli ADP sottoscritti sono riportati in tabella: il valore del finanziamento iniziale, ossia quello programmato, e quello finale effettivamente accordato a seguito di eventuali revoche o definanziamenti intervenuti, il valore e il numero degli interventi effettivamente ammessi a finanziamento, il valore dei pagamenti intercorsi a valere sui suddetti interventi per stati di avanzamento rendicontati, il numero degli interventi conclusi e di quelli revocati.

³²² Il documento denominato "MexA Metodologia ex ante" contenuto, quale allegato A1, nell'Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008, reca la metodologia per la formulazione e la valutazione dei documenti programmatici finalizzato ad offrire alle regioni e alle province autonome uno strumento pensato per la valutazione ex ante, utilizzabile da parte di queste come metadocumento di programmazione, in una logica di *"processo di valutazione in interattivi ed iterativo, durante il quale il programmatore dovrebbe ricevere sostegno e opinioni dal valutatore, per rivedere il programma in corso di preparazione"*. Le regioni e le province autonome si avvalgono quindi di tale documento per la formulazione dei documenti programmatici, oggetto degli Accordi di Programma Stato-Regioni, e per adeguarsi alle indicazioni in esso contenute in relazione alla complessità ed articolazione del proprio programma di investimenti. La MexA è pertanto uno strumento idoneo a fornire un supporto metodologico per:

- la formulazione da parte delle regioni e province autonome dei documenti programmatici (DP);
- la valutazione ex ante dei documenti programmatici.

Tab. 5.3: Accordi di programma (ADP) complessivamente sottoscritti per Regione negli anni dal 1998 al 2023 (euro)

Ente	n. ADP	Fin.to Iniziale	Fin.to Finale	Ammissioni Attive	% Ammissioni Attive	Pagamenti su SAL	% Pagamenti su Ammissioni	n. Interventi Attivi	n. interventi Conclusi	n. Interventi Revocati
Regione Piemonte	8	1.290.607.888,86	1.079.438.597,66	1.008.715.738,18	93%	612.603.744,54	61%	154	40	5
Regione Autonoma Val D'Aosta	4	43.750.726,69	43.750.726,69	43.750.727,04	100%	42.459.584,79	97%	11	10	2
Regione Lombardia	13	2.571.755.871,18	2.522.325.536,70	2.140.946.156,47	85%	1.852.011.373,43	87%	267	133	1
Provincia autonoma di Bolzano	3	115.118.394,47	115.118.394,47	67.688.907,20	59%	67.688.907,20	100%	6	6	1
Provincia autonoma di Trento	4	95.222.549,08	95.222.549,08	95.222.548,80	100%	93.742.426,03	98%	13	11	-
Regione Veneto	8	1.118.479.298,51	1.036.274.367,48	1.036.274.192,25	100%	950.200.380,08	92%	247	228	8
Regione Friuli Venezia Giulia	3	321.903.249,25	305.409.045,34	305.409.045,34	100%	213.385.553,96	70%	9	6	-
Regione Liguria	6	531.124.361,66	469.846.685,61	469.846.685,59	100%	327.013.396,03	70%	261	210	10
Regione Emilia Romagna	8	1.085.257.430,87	1.055.807.430,87	1.053.755.430,92	100%	906.098.765,00	86%	305	241	-
Regione Toscana	7	1.110.636.182,54	1.085.467.317,84	979.349.994,71	90%	767.367.915,57	78%	181	92	10
Regione Umbria	5	142.913.179,55	122.093.979,55	122.093.155,84	100%	77.748.015,65	64%	75	10	4
Regione Marche	4	389.276.527,79	319.320.699,34	319.294.411,21	100%	291.141.139,26	91%	117	26	9
Regione Lazio	3	1.088.766.106,50	900.092.532,08	823.946.670,22	92%	577.228.655,76	70%	263	84	2
Regione Abruzzo	5	432.727.777,36	431.182.279,36	229.337.646,87	53%	102.558.500,38	45%	56	33	1
Regione Molise	3	28.540.391,75	27.400.391,75	27.400.391,75	100%	22.708.064,71	83%	10	7	-
Regione Campania	4	2.332.144.126,53	1.703.702.226,56	1.394.939.356,33	82%	370.999.102,94	27%	140	8	3
Regione Puglia	5	1.272.694.690,08	939.342.065,08	756.467.065,08	81%	484.173.413,15	64%	135	24	-
Regione Basilicata	3	211.094.370,68	174.008.578,71	174.008.577,97	100%	130.710.339,85	75%	71	51	5
Regione Calabria	4	357.250.691,33	307.342.773,65	300.237.507,41	98%	192.125.456,07	64%	26	2	3
Regione Sicilia	6	1.590.930.005,87	1.402.766.267,38	1.175.809.352,07	84%	922.367.086,32	78%	257	116	3
Regione Sardegna	2	388.680.449,44	303.934.646,75	303.909.897,28	100%	244.143.954,31	80%	204	70	19
Totali	108	16.518.874.269,99	14.439.847.091,95	12.828.403.458,53	89%	9.248.475.775,03	72%	2.808	1.408	86

Alla data del 31 dicembre 2023, a partire dall'anno 1998, sono stati sottoscritti 108 ADP per un importo complessivo a carico dello Stato pari a 14,440 miliardi di euro, di cui 12,828 miliardi di euro ammessi a finanziamento (per 2.808 interventi complessivi), pari a circa l'89% delle risorse impegnate in accordi di programma sottoscritti.

Si riportano inoltre nella tabella che segue gli interventi finanziati alle regioni, sempre nell'ambito delle risorse del programma straordinario di edilizia sanitaria, per il tramite di normativa specifica e di deliberazioni CIPE, non relativi a sottoscrizione di ADP.

Tab. 5.4: Ulteriori atti di finanziamento, diversi dagli ADP, complessivamente sottoscritti per Regione negli anni dal 1998 al 2023 (euro)

Ente	n. Atti	Fin.to Iniziale	Fin.to Finale	Ammissioni Attive	% Ammissioni Attive	Pagamenti su SAL	% Pagamenti su Ammissioni	n. Interventi Attivi	n. interventi Conclusi	n. Interventi Revocati
Regione Piemonte	7	154.846.139,31	154.846.139,31	152.791.876,82	99%	120.098.884,66	79%	106	36	1
Regione Autonoma Val D'Aosta	5	6.299.035,94	6.299.035,94	6.193.825,94	98%	6.193.825,93	100%	4	4	0
Regione Lombardia	6	198.279.791,65	198.279.791,65	188.635.631,48	95%	142.232.181,86	75%	66	18	0
Provincia autonoma di Bolzano	4	14.138.486,55	14.138.486,55	12.976.707,15	92%	12.271.961,00	95%	3	1	0
Provincia autonoma di Trento	7	39.320.579,29	39.320.579,29	36.116.796,13	92%	36.116.796,13	100%	25	25	0
Regione Veneto	7	179.115.775,04	179.115.775,04	178.535.910,07	100%	172.723.405,44	97%	152	149	3
Regione Friuli Venezia Giulia	6	34.155.291,61	34.155.291,61	31.462.772,43	92%	29.452.206,51	94%	11	6	0
Regione Liguria	7	77.371.993,25	77.351.096,19	77.349.082,27	100%	73.986.431,36	96%	67	49	5
Regione Emilia Romagna	7	255.338.190,65	255.338.190,65	255.338.190,22	100%	244.081.799,39	96%	91	83	0
Regione Toscana	7	239.653.391,37	239.653.391,37	239.653.391,37	100%	224.449.883,89	94%	44	29	0
Regione Umbria	5	125.584.621,71	125.584.621,71	124.388.242,54	99%	123.216.501,27	99%	19	14	0
Regione Marche	7	93.903.436,73	93.903.436,73	92.362.499,27	98%	84.016.092,72	91%	77	32	0
Regione Lazio	8	207.290.514,41	207.290.514,41	207.055.407,56	100%	155.545.691,46	75%	124	14	0
Regione Abruzzo	8	99.720.752,83	99.720.752,83	89.542.397,14	90%	75.753.125,71	85%	44	17	2
Regione Molise	5	14.778.420,09	14.778.420,09	12.802.001,91	87%	12.170.982,92	95%	35	27	0
Regione Campania	7	150.436.972,33	150.436.972,33	100.945.818,95	67%	38.261.107,87	38%	60	5	0
Regione Puglia	10	152.046.766,57	152.046.766,57	142.549.243,18	94%	98.339.614,37	69%	54	10	2
Regione Basilicata	7	52.166.503,19	52.166.503,19	52.156.013,32	100%	46.828.208,27	90%	33	24	1
Regione Calabria	8	129.772.873,64	129.772.873,64	57.893.619,06	45%	11.275.371,03	19%	64	2	0
Regione Sicilia	7	145.995.005,36	145.995.005,36	133.278.981,37	91%	96.773.479,04	73%	27	8	0
Regione Sardegna	9	148.075.106,36	148.075.106,36	47.090.063,77	32%	29.839.495,20	63%	42	7	0
Totali	144	2.518.289.647,88	2.518.268.750,82	2.239.118.471,95	89%	1.833.627.046,03	82%	1.148	560	14

Alla data del 31 dicembre 2023, a partire dal 1998, risultano adottati 144 atti di finanziamento, oltre gli ADP, per un importo complessivo a carico dello Stato pari a 2,518 miliardi di euro, di cui 2,239 miliardi di euro ammessi a finanziamento (per 1.148 interventi complessivi), pari a circa l'89% delle risorse impegnate in accordi di programma sottoscritti.

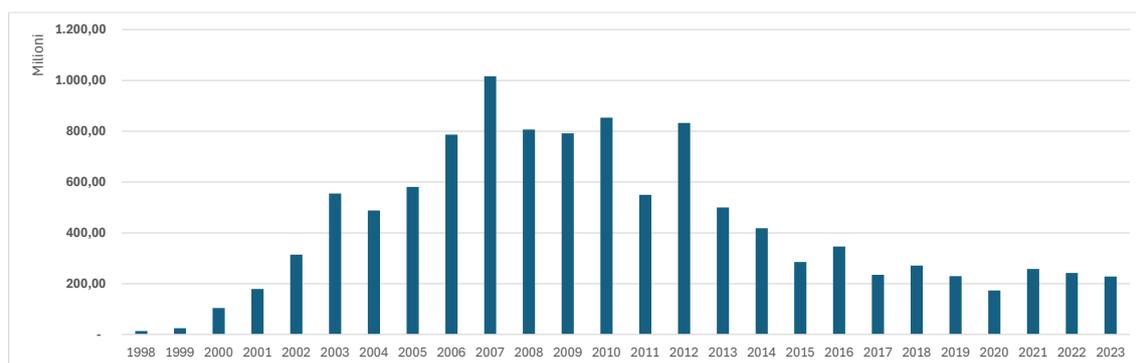
Sulla base di quanto si evince dalle due tabelle sopra riportate, e sulla base delle richieste di pagamento pervenute sia su AdP che in relazione alle assegnazioni per normativa e provvedimenti CIPE, sono stati trasferiti dal MEF-RGS, al 31.12.2023 complessivamente 11,082 miliardi di euro (di cui circa 9,2 miliardi di euro relativi all’attuazione degli AdP e la restante parte relativa alle ulteriori finalizzazioni previste dalle norme), secondo il seguente dettaglio per regione e provincia autonoma:

Tab. 5.5: Pagamenti complessivi alle regioni e province autonome sugli atti di finanziamento assegnati negli anni di gestione, dal 1998 al 2023 (euro)

Ente	Pagato 1998-2023
Regione Piemonte	732.702.629,20
Regione Autonoma Val D'Aosta	48.653.410,72
Regione Lombardia	1.994.243.555,29
Provincia autonoma di Bolzano	79.960.868,20
Provincia autonoma di Trento	129.859.222,16
Regione Veneto	1.122.923.785,52
Regione Friuli Venezia Giulia	242.837.760,47
Regione Liguria	400.999.827,39
Regione Emilia Romagna	1.150.180.564,39
Regione Toscana	991.817.799,46
Regione Umbria	200.964.516,92
Regione Marche	375.157.231,98
Regione Lazio	732.774.347,22
Regione Abruzzo	178.311.626,09
Regione Molise	34.879.047,63
Regione Campania	409.260.210,81
Regione Puglia	582.513.027,52
Regione Basilicata	177.538.548,12
Regione Calabria	203.400.827,10
Regione Sicilia	1.019.140.565,36
Regione Sardegna	273.983.449,51
Totali	11.082.102.821,06

Di seguito si riporta anche un grafico relativo alla distribuzione dei trasferimenti alle regioni per esercizio di pagamenti su SAL, per il predetto valore di 11,082 miliardi di euro:

Fig. 5.1: Pagamenti operati per interventi finanziati dall’articolo 20 della legge 67/1988 – Anni 1998-2023 (milioni di euro)



Al fine di valutare l’andamento degli interventi di edilizia sanitaria finanziati nell’ambito dell’articolo 20 della legge n. 67 del 1988 si riporta infine di seguito una tabella relativa agli ultimi 10 anni di gestione (2014-2024), dalla quale è possibile evincere il numero degli ADP sottoscritti dalle singole regioni, il numero e il valore degli interventi ammessi a finanziamento, l’importo dei trasferimenti finanziari intercorsi per stati di avanzamento (quindi una *proxi* del grado di realizzazione degli stessi), e, infine, il numero degli interventi conclusi e di quelli revocati.

Tab. 5.6: Attuazione degli Accordi di programma (ADP) sottoscritti per Regione negli anni dal 2014 al 2024 (euro)

Ente	n. ADP	Fin.to Iniziale	Fin.to Finale	Ammissioni Attive	% Ammissioni Attive	Pagamenti su SAL	% Pagamenti su Ammissioni	n. Interventi Attivi	n. interventi Conclusi	n. Interventi Revocati
Regione Piemonte	6	547.502.666,12	452.127.316,12	331.997.559,87	73%	9.237.704,26	3%	3	-	1
Regione Autonoma Val D'Aosta	1	7.776.250,11	7.776.250,11	-	0%	-	-	-	-	-
Regione Lombardia	2	557.725.766,74	542.098.266,74	165.230.650,00	30%	86.413.183,68	52%	25	1	-
Provincia autonoma di Bolzano	-	-	-	-	-	-	0%	-	-	-
Provincia autonoma di Trento	-	-	-	-	-	-	0%	-	-	-
Regione Veneto	2	405.051.123,26	405.051.123,26	405.051.123,26	100%	20.405.160,04	5%	32	10	-
Regione Friuli Venezia Giulia	1	51.228.901,76	51.228.901,76	51.228.901,76	100%	51.228.901,76	0%	1	1	-
Regione Liguria	2	83.050.246,64	59.300.246,64	59.300.246,64	100%	15.252.968,18	26%	29	1	-
Regione Emilia Romagna	2	213.769.085,15	184.319.085,15	184.319.085,15	100%	67.925.496,15	37%	63	19	-
Regione Toscana	3	347.760.900,25	343.791.419,25	192.293.154,90	56%	28.192.868,90	15%	50	-	-
Regione Umbria	1	30.567.975,13	27.398.775,13	27.398.775,13	100%	9.510.782,80	35%	39	-	2
Regione Marche	1	7.248.111,06	7.248.111,06	7.248.111,06	100%	7.248.111,06	100%	1	1	-
Regione Lazio	3	354.860.969,04	308.281.945,09	204.640.011,28	66%	25.168.475,21	12%	83	-	-
Regione Abruzzo	3	360.481.909,30	360.481.909,30	110.087.803,10	31%	7.416.359,92	7%	2	-	-
Regione Molise	2	38.394.195,38	38.394.195,38	5.652.500,00	15%	3.086.114,50	55%	1	-	-
Regione Campania	4	2.059.384.073,45	2.041.334.073,45	895.072.346,45	44%	67.052.335,29	7%	95	2	2
Regione Puglia	3	796.396.832,86	477.956.832,86	99.750.000,00	21%	-	0%	1	-	-
Regione Basilicata	1	73.494.124,70	43.839.748,55	43.839.748,55	100%	29.289.252,85	67%	17	2	-
Regione Calabria	1	42.750.000,00	42.750.000,00	-	-	-	-	-	-	-
Regione Sicilia	2	426.565.404,62	426.565.404,62	200.642.104,62	47%	1.703.721,49	1%	36	-	-
Regione Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totali	40	6.404.008.535,57	5.819.943.604,47	2.983.752.121,77	51%	429.131.436,09	14%	478	37	5

Risulta che nel decennio 2014-2024 sono stati sottoscritti dalle regioni 40 ADP, per un finanziamento complessivo a carico dello Stato di 5,820 miliardi di euro. Nell'ambito della suddetta programmazione finanziaria sono intervenute ammissioni a finanziamento per il 51% del valore, pari 2,984 miliardi di euro. I trasferimenti finanziari disposti per SAL sono risultati pari a 429,131 milioni di euro (ossia il 14% dell'ammesso a finanziamento). Vi sono 478 interventi attivi, 37 interventi conclusi e 5 interventi revocati.

Sezione II - Nota tecnico-illustrativa

CAPITOLO 6 - Spesa sanitaria corrente – quadro normativo

6.1 - Premessa

Si ricorda che il vigente assetto configura due livelli di governo nella gestione del servizio sanitario. La tutela della salute è diventata materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni; spettando alla legislazione esclusiva dello Stato, la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP), che in sanità si concretizzano nella determinazione dei LEA da garantire su tutto il territorio nazionale, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, destinando le risorse necessarie al loro finanziamento, in condizioni di efficienza ed appropriatezza; e alle regioni l'organizzazione territoriale dei propri Servizi sanitari regionali (SSR).

Nell'ambito del suddetto assetto istituzionale, l'aspetto che merita particolare attenzione è la capacità del sistema nel suo complesso di incentivare le regioni e province autonome - a cui compete la programmazione, l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari sul proprio territorio - ad assumere comportamenti "virtuosi", volti a perseguire recuperi di efficienza ed efficacia nell'erogazione dei LEA. Tale processo consente, per un verso, un miglioramento e consolidamento strutturale degli equilibri di bilancio, e, per l'altro, di perseguire e consolidare il soddisfacimento dei bisogni sanitari dei cittadini nel limite delle risorse preordinate per la funzione sanitaria.

Le modalità di governo di tale sistema hanno trovato la loro espressione nella definizione di Intese Stato-Regioni in materia sanitaria, nel sistema di monitoraggio delle *performance* regionali, anche mediante il Sistema Tessera Sanitaria, e dei conti sanitari nazionali, nella verifica degli adempimenti nell'ambito del c.d. "sistema premiale" e nei Piani di rientro regionali. Nei successivi paragrafi sono approfonditi, in particolare, la *governance* del settore sanitario e le Intese Stato-Regioni in materia sanitaria, il monitoraggio dei conti del SSN, focalizzandosi su taluni strumenti quali la razionalizzazione dell'acquisto dei beni e servizi e il monitoraggio dei tempi di pagamento. Infine, sono sviluppate alcune considerazioni in merito agli effetti finanziari dell'invecchiamento demografico.

6.2 - Intese Stato-Regioni in materia sanitaria

A partire dall'anno 2000, la sede di definizione del sistema di *governance* nel settore sanitario è stata individuata nelle Intese Stato-Regioni (articolo 8, comma 6, della legge n. 131 del 2003). In tali Intese, ordinariamente triennali, lo Stato e le Regioni e province autonome convergono sul livello di finanziamento del SSN per il periodo di vigenza dell'Intesa, individuando le risorse finanziarie necessarie alla programmazione di medio periodo. Con le Intese si definiscono anche le regole del governo del settore e le modalità di verifica degli adempimenti posti in capo alle regioni.

Tali Intese sono di norma recepite con apposita disposizione normativa. L'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 è stato recepito dal decreto-legge n. 347 del 2001 e dalla legge finanziaria per l'anno 2002 (legge n. 448 del 2001); l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 è stata sottoscritta in attuazione della legge finanziaria per l'anno 2005 (legge n. 311 del 2004); il Patto per la salute relativo al triennio 2007-2009 è stato recepito nella legge finanziaria per l'anno 2007 (legge n. 296 del 2006) mentre il Patto per la salute per il triennio 2010-2012 è stato recepito nella legge di stabilità per l'anno 2010 (legge n. 191 del 2009).

Per il triennio 2013-2015, stante la necessità di assicurare con urgenza una manovra di finanza pubblica, il Governo ha introdotto talune disposizioni nel settore, con effetto dal 2013, prima della sottoscrizione del nuovo Patto (articolo 17 del decreto-legge n. 98 del 2011), prevedendo, comunque, la possibilità di rimodulare dette misure, a seguito di Accordo Stato-Regioni che avrebbe dovuto essere stipulato entro il 30 aprile 2012. Tale Accordo, tuttavia, non è stato raggiunto e, pertanto, le predette disposizioni sono state applicate con le modalità individuate dalla citata norma.

Il confronto, ripreso nel febbraio 2014, ha portato alla sottoscrizione del Patto per la salute per il triennio 2014-2016, avvenuta il 10 luglio 2014. Il Patto è stato poi recepito nella legge di stabilità per l'anno 2015 (legge n. 190 del 2014).

Con riferimento agli anni successivi al 2016, pur in assenza di nuovo Patto per la salute, risulta comunque definito, il livello di finanziamento del SSN per il triennio 2017-2019 nelle apposite leggi di bilancio.

Il Patto per la salute 2019-2021 è stato sottoscritto il 18 dicembre 2019, confermando gli incrementi del livello del finanziamento indicati dalla legge di bilancio per l'anno 2019.

Il Patto prevedeva modifiche riguardanti il monitoraggio dell'erogazione dei LEA a partire dall'anno 2020.

Il Patto per la salute 2019-2021 prevedeva poi significative misure in materia di personale sanitario. Tra le altre si evidenzia l'introduzione di un'ulteriore flessibilità nell'individuazione del limite di spesa regionale, rispetto a quella già prevista dall'articolo 11 del decreto-legge n. 35 del 2019, da adottarsi comunque nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario.

Per quanto riguarda il significativo fenomeno della mobilità sanitaria interregionale, il Patto evidenziava la necessità di mettere in campo alcune azioni ivi indicate.

Inoltre, il Patto interveniva su altri aspetti della *governance* del settore sanitario, quali la spesa per farmaci e per dispositivi medici, la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli assistiti, gli investimenti, la ricerca sanitaria, la prevenzione, i commissariamenti in vigenza di Piani di rientro. Tale Patto risulta nella maggior parte operativamente inattuato in relazione alla crisi pandemica che sarebbe esplosa a pochi mesi dalla relativa sottoscrizione.

Occorre inoltre sottolineare che a seguito dell'emergenza sanitaria determinata dalla diffusione del virus SARS-COV-2, manifestatasi all'inizio dell'anno 2020, sono stati introdotti significativi interventi in ambito sanitario, sia di carattere temporaneo per la gestione della fase emergenziale, sia strutturali, in particolare per il potenziamento dell'assistenza territoriale ed ospedaliera, con conseguente ulteriore incremento delle disponibilità finanziarie del settore pur in assenza di successivi Patti per la salute, temporaneamente non aggiornati a causa dell'emergenza sanitaria.

Si richiamano altresì gli interventi previsti dal PNRR, Missione 6 rinviando a quanto dettagliatamente esposto nel capitolo dedicato.

Si ricorda altresì che l'Accordo dell'8 agosto 2001 ha introdotto il cosiddetto "sistema premiale" in sanità, che consiste nel subordinare l'erogazione a ciascuna regione di una parte del finanziamento del SSN, detta "quota premiale", il cui ammontare è fissato per legge, al rispetto di alcuni adempimenti verificati annualmente, primo fra tutti l'adempimento concernente l'equilibrio di bilancio di ciascun Servizio sanitario regionale (SSR), anche mediante il conferimento di risorse aggiuntive a copertura del disavanzo regionale eventualmente presente. Con tale Accordo è stato introdotto l'attuale impianto del sistema di monitoraggio dei conti sanitari, basilare per la verifica dell'equilibrio economico dei singoli SSR. Inoltre, sempre a seguito di quanto previsto dall'Accordo dell'8 agosto 2001, con dPCM 29 novembre 2001, sono stati definiti i LEA al fine di rendere noti e condivisi i contenuti delle prestazioni da assicurare da parte di ciascun SSR, le regole di compartecipazione in ordine alle prestazioni socio-sanitarie, nonché evidenziare le prestazioni totalmente escluse dai LEA ovvero quelle incluse per particolari soggetti e in particolari condizioni. In proposito, si rileva che il 12 gennaio 2017 è stato emanato il dPCM concernente l'aggiornamento dei LEA definiti nel 2001.

L'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, nel confermare i precedenti adempimenti oggetto di verifica annuale ai fini dell'accesso alla quota premiale del finanziamento del SSN, ne ha aggiunti ulteriori. Ha inoltre disposto la costituzione dei due Tavoli di monitoraggio attualmente operanti in campo sanitario nell'ambito del sistema premiale: il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze, coordinato da un rappresentante del Dipartimento della RGS, e il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA, istituito presso il Ministero della salute. Entrambi i Tavoli di monitoraggio vedono la partecipazione dei due livelli di governo del settore sanitario, lo Stato e le Regioni, oltre che la partecipazione ed il supporto delle agenzie sanitarie: l'AGENAS e l'AIFA.

L'attuazione, nel periodo 2001-2005, del sistema premiale in sanità ha evidenziato la presenza di due gruppi di regioni:

- il primo gruppo, denominato delle cd. "regioni virtuose", con bilanci sanitari in equilibrio o con disavanzi contenuti nella ordinaria capacità di ripiano regionale, che ha pertanto garantito negli anni, insieme agli altri adempimenti previsti, il superamento della verifica premiale annuale;
- il secondo gruppo, denominato delle cd. "regioni con elevati disavanzi", con bilanci sanitari in significativo disavanzo, tale da non poter essere coperto con le ordinarie misure a carico dei bilanci regionali. Unitamente a un insostenibile squilibrio di bilancio, queste regioni evidenziavano importanti carenze nell'erogazione dei LEA caratterizzate da un'offerta ospedaliera eccedentaria rispetto ai parametri fissati dalla programmazione nazionale, presentando alti tassi di ospedalizzazione ed indicatori di inappropriata ospedalizzazione particolarmente accentuati. Parallelamente, tali regioni si caratterizzavano per un elevato livello di spesa farmaceutica, ben al di sopra dei parametri fissati dalla legislazione vigente. Entrambe le componenti, ospedaliera e farmaceutica, sottraevano risorse all'erogazione dei restanti Livelli di assistenza e contribuivano alla formazione di rilevanti squilibri economico-finanziari. Sono state rilevate anche criticità relative alla eccessiva numerosità delle unità del personale e al relativo costo unitario. Per tali regioni non vi è stato il superamento della verifica premiale annuale con conseguente preclusione all'accesso alle relative quote premiali.

Nonostante l'operatività del sistema premiale, in tutte le regioni si manifestava l'aspettativa di un finanziamento aggiuntivo *ex-post* da parte dello Stato, a titolo di ripiano del disavanzo. Infatti, soprattutto con riferimento agli oneri derivanti dai rinnovi

contrattuali, non accantonati nei bilanci sanitari sui rispettivi anni di competenza, le regioni chiedevano il riconoscimento di somme aggiuntive a titolo di ripiano statale nell'anno di sottoscrizione dei contratti, in relazione agli oneri sia correnti che per arretrati, che determinavano importanti disavanzi di gestione.

Con i Patti per la Salute 2007-2009 (Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006) e 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009) è stata progressivamente implementata una strumentazione normativa che ha determinato un fondamentale salto di paradigma, incentrato sul passaggio dal sistema fondato sulla cosiddetta "aspettativa regionale del ripiano dei disavanzi" da parte dello Stato, al sistema basato sul "principio della forte responsabilizzazione" sia delle regioni cd. "virtuose", sia delle regioni con elevati disavanzi. Per queste ultime, in particolare, sono stati previsti specifici percorsi di risanamento condivisi (i cosiddetti "Piani di rientro"), confermati e rinforzati anche dai successivi interventi normativi.

I Piani di rientro costituiscono uno strumento fondamentale del sistema di *governance* del SSN diretto alla risoluzione delle problematiche inerenti l'efficienza e l'efficacia nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione in relazione alla manifestazione, in talune regioni, di elevati ed insostenibili disavanzi strutturali e la presenza di gravi carenze nell'erogazione appropriata dei LEA. In considerazione della complessità della tematica trattata si rinvia al capitolo dedicato di questa sezione ad essa interamente dedicato.

Con riferimento alla complessa architettura di *governance* definita dalle Intese Stato-Regioni in materia sanitaria, si evidenziano, inoltre, le seguenti misure:

- l'obbligo dal 2005 (decreto-legge n. 203/2005 - articolo 9, comma 1), nell'ambito della verifica del sistema premiale, di iscrizione in bilancio degli accantonamenti per i rinnovi contrattuali per il personale dipendente e convenzionato del SSN, finalizzato a costruire bilanci aziendali e del SSR che ricomprendano tutti gli oneri di competenza economica del singolo anno;
- la procedura di verifica annuale prevista dal 2005 (articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 recante il meccanismo dell'incremento automatico al livello massimo delle aliquote fiscali in caso di mancata copertura dell'eventuale disavanzo. Ciò in coerenza con il principio della responsabilizzazione regionale del rispetto degli equilibri di bilancio. Successivamente tale misura è stata ulteriormente potenziata con la sanzione del blocco automatico del *turn over* del personale del SSR e con il divieto, per il bilancio regionale, di effettuare spese non obbligatorie fino alla fine del secondo anno successivo a quello di verifica, successivamente ridefinita nel termine dell'anno successivo a quello di verifica. A partire dal 2019 è stata soppressa la sanzione relativa al blocco automatico del *turn over* del personale del SSR³²³ ed è prevista la definizione di standard del personale;
- l'introduzione di strumenti di controllo delle principali voci di spesa, quali i tetti di spesa farmaceutica e il meccanismo del *pay-back* farmaceutico in caso di superamento del tetto di spesa nazionale, il tetto di spesa nazionale e regionale sui dispositivi medici e il meccanismo del *pay-back per dispositivi medici* in caso di superamento del tetto di spesa regionale³²⁴, il vincolo di crescita sul personale³²⁵ e il

³²³ Articolo 11, comma 4-ter, del decreto-legge n. 35/2019.

³²⁴ Si veda in merito il paragrafo 1.3.2 - *Analisi degli andamenti per componente di spesa*.

vincolo relativo all'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica e di assistenza ospedaliera da privato accreditato³²⁶;

- la definizione di indicatori *standard* di efficienza e di appropriatezza e l'avvio di un puntuale sistema di monitoraggio dei fattori di spesa.

La *governance* implementata, attraverso la strumentazione sopra elencata, ha consentito di conseguire un significativo rallentamento della dinamica della spesa oltre che una riqualificazione dell'assistenza, documentata dall'incremento dei punteggi sintetici annuali riferiti all'erogazione dei LEA.

Si rappresenta inoltre che, a partire dall'anno 2013, nella definizione dei fabbisogni sanitari è stata applicata la metodologia dei *costi standard*, in attuazione del decreto legislativo n. 68 del 2011 in materia di federalismo fiscale. Si tratta di una impostazione metodologica che, nel confermare l'attuale programmazione finanziaria e il relativo contenimento della dinamica di spesa, migliora l'assetto istituzionale sia in fase di riparto delle risorse sia in relazione all'analisi delle situazioni di inefficienza o inadeguatezza (anche attraverso il raffronto tra le varie regioni), fornendo un ulteriore elemento di valutazione della programmazione in atto.

Sempre in materia di attuazione del federalismo fiscale, il decreto legislativo n. 118 del 2011, concernente l'armonizzazione dei bilanci, costituisce dall'anno contabile 2012 un ulteriore progresso per i procedimenti contabili nel settore sanitario con particolare riferimento a quanto disposto dal Titolo II. Con tale decreto legislativo sono state introdotte le disposizioni dirette a garantire un'agevole individuazione dell'area del finanziamento sanitario, attraverso la possibilità di istituire da parte delle regioni: la Gestione Sanitaria Accentrata (GSA); la perimetrazione, nell'ambito del bilancio regionale, delle entrate e delle uscite relative alla sanità; la trasparenza dei flussi di cassa relativi al finanziamento sanitario attraverso l'accensione di specifici conti di tesoreria intestati alla sanità. Unitamente a ciò, il predetto decreto legislativo ha provveduto a disciplinare ulteriori aspetti, relativi alla definizione di regole contabili specifiche del settore sanitario con riferimento a particolari fattispecie, quali ad esempio il trattamento contabile degli investimenti, ivi ricomprendendo quello degli investimenti sostenuti a carico del finanziamento corrente, che rappresentano principi contabili specifici del settore sanitario

³²⁵ L'originario parametro sul personale previsto dal 2005 e confermato nei successivi provvedimenti legislativi (pari al valore della spesa per il personale sostenuta nel 2004 diminuita prima dell'1% e successivamente dell'1,4%, al netto degli oneri per rinnovi contrattuali, valevole per ciascun ente del SSN e per ogni servizio sanitario regionale) con il decreto-legge n. 35/2019, articolo 11, è diventato un vincolo "mobile". Infatti, a decorrere dal 2019 la spesa per il personale non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, o, se superiore, il valore sostenuto nel 2004 diminuito dell'1,4%, entrambi i valori sempre al netto degli importi relativi ai rinnovi contrattuali.

E' previsto che negli anni successivi al 2018 il vincolo si aggiorni annualmente in relazione al 10% dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente con ciò ampliando annualmente lo spazio a disposizione per tale fattore di spesa.

Inoltre, tale parametro originariamente previsto a livello di singolo ente del SSN è stato poi valutato a livello complessivo del servizio sanitario regionale, potendo la regione garantirne il rispetto a livello regionale, rimodulando il parametro in funzione dei piani di fabbisogno dei singoli enti.

L'articolo 11 del decreto-legge n. 35/2019 prevede altresì la possibilità di ampliare ulteriormente tale parametro (fino al 5%) in funzione dei processi di internalizzazione di servizi e in relazione alla prevista definizione degli standard del personale.

Si richiamano altresì le disposizioni introdotte dall'articolo 5 del decreto-legge n. 73/2024.

³²⁶ Tale vincolo di spesa è stato introdotto dall'articolo 15, comma 14, del decreto-legge n. 95/2012 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera acquistate da privato accreditato. Successivamente è stato rivisto, ampliandolo, a decorrere dall'anno 2020, dall'articolo 45, comma 1-ter, decreto-legge n. 124/2019 e in ultimo dall'articolo 1, comma 233, della legge n. 213/2023.

in deroga al Codice Civile. Uno specifico capitolo, a cui si rinvia per i dettagli, del presente Rapporto dà conto delle previsioni normative contenute nel richiamato decreto legislativo n. 118 del 2011.

In estrema sintesi, la costruzione di *benchmark* di spesa e di qualità, l'omogeneizzazione dei documenti contabili, la previsione di sanzioni in caso di *disavanzi annuali*, hanno delineato progressivamente un sistema fondato sul principio della piena responsabilizzazione delle regioni. La complessiva architettura sopra rappresentata è stata rafforzata a partire dall'anno 2001 attraverso il potenziamento del sistema di monitoraggio trimestrale dei fattori di spesa, svolto a livello centrale sulla base di una rendicontazione contabile articolata a livello di singola Azienda sanitaria e poi di regione. Il potenziamento degli strumenti di analisi e di controllo della spesa sanitaria ha anche offerto la possibilità di effettuare valutazioni previsionali più efficaci e congrue ai fini della programmazione finanziaria nazionale.

6.3 - Monitoraggio dei conti del sistema sanitario nazionale

6.3.1 - Modelli di rilevazione dei dati economici e sistema di monitoraggio

Il monitoraggio dei conti del SSN costituisce la base per la verifica del rispetto della garanzia dell'equilibrio annuale del bilancio sanitario da parte delle regioni; verifica fondamentale per assicurare il rispetto degli obblighi sottoscritti in sede europea dal nostro Paese. Tale verifica, come riportato nel paragrafo 5.2, costituisce elemento fondamentale nell'ambito del cd. "sistema premiale" in sanità.

Dall'anno 2001, tale attività si è progressivamente ampliata e potenziata, grazie al miglioramento degli strumenti di analisi e di verifica, al potenziamento delle basi dati e ad una più efficiente, tempestiva, completa e trasparente rendicontazione contabile.

Il nucleo principale dell'attività di monitoraggio della spesa sanitaria è la rilevazione dei dati di conto economico effettuata attraverso lo specifico modello di rilevazione CE che ciascun ente del SSR e ciascuna regione (dopo il relativo consolidamento delle transazioni infra-regionali) trasmette al Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS). Le predette informazioni contabili sono trasmesse a preventivo, trimestralmente e a consuntivo di ogni anno. Il dato regionale è denominato "Riepilogativo regionale" ed è contraddistinto dal codice '999'.

In via ulteriore l'attività di monitoraggio, soprattutto a partire dall'entrata in vigore nel 2012 del Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011, si è arricchita del monitoraggio dei conti patrimoniali effettuato attraverso la rilevazione dello stato patrimoniale a consuntivo mediante il modello SP inviato al NSIS da ogni ente del SSR e da ogni regione (dopo il relativo consolidamento delle transazioni infra-regionali).

Sono altresì previste rilevazioni a consuntivo relative ai costi dei livelli di assistenza mediante l'invio del modello di rilevazione LA. Tale rilevazione si sostanzia nella riclassificazione dei costi per destinazione assistenziale. Le informazioni raccolte con il modello LA consentono di valutare la destinazione funzionale delle risorse del SSN e sono alla base della costruzione degli indicatori di costo sui LEA riportati in allegato all'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 ed utilizzati per i costi *standard* in attuazione del decreto legislativo n. 68/2011.

Un'ulteriore rilevazione acquisita in occasione del consuntivo è relativa ai ricavi e costi dei presidi a gestione diretta delle ASL, mediante il modello CP. Tale rilevazione

permette, attraverso uno schema semplificato, di relazionare sui costi di produzione dei singoli presidi a gestione diretta delle ASL che confluiscono nel conto economico dell'azienda di appartenenza. Si rinvia anche allo schema sotto riportato.

I suddetti modelli di rilevazione dei dati economici, introdotti con il decreto ministeriale 16 febbraio 2001 e resi trimestrali con il decreto interministeriale 28 maggio 2001, corredati delle relative linee guida alla compilazione, sono stati oggetto di successivi aggiornamenti, con un ampliamento dell'universo di riferimento e del livello di dettaglio delle voci contabili oggetto di rilevazione³²⁷, in particolare con riferimento ai modelli CE e SP. L'ultimo aggiornamento è stato effettuato nell'anno 2019 (decreto interministeriale 24 maggio 2019).

Modelli di rilevazione

Conto Economico (CE): rilevazione trimestrale e annuale, di preventivo e consuntivo

Stato Patrimoniale (SP): rilevazione a consuntivo

Costi dei Livelli di assistenza (LA): rilevazione a consuntivo

Costi presidi a gestione diretta (CP): rilevazione a consuntivo

Nota:

Dal 2003, vengono rilevati, attraverso i modelli CE e SP, anche i dati relativi agli IRCCS pubblici nonché, dal 2005, quelli relativi agli ex-policlinici pubblici.

Dal 2004, il modello LA è stato oggetto di revisione.

Dal 2008, i modelli CE e SP sono stati oggetto di revisione; dal 2012, gli stessi modelli sono stati oggetto di ulteriori modifiche in relazione alle necessità applicative del DLgs 118/2011. I citati modelli di rilevazione sono stati aggiornati nel 2019 e interessati da una profonda rivisitazione dei contenuti del modello LA dedicato ai costi dei LEA e dalla completa rivisitazione del modello CP, denominato Conto del Presidio, che ingloba dal 2019 la rilevazione non solo dei costi, ma anche dei ricavi di Presidio.

Sulla base dei dati di CE conferiti al NSIS viene operato il monitoraggio dei conti sanitari regionali con cadenza trimestrale e a consuntivo, sia per le regioni a statuto ordinario sia per la Sicilia. Tale attività viene svolta dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali per le regioni non sottoposte a Piano di rientro mentre, per quelle sottoposte al Piano di rientro, il monitoraggio è svolto congiuntamente dal citato Tavolo in seduta congiunta con il Comitato LEA.

A partire dal 2012 l'attività di monitoraggio è stata integrata con la verifica della corretta applicazione di quanto disposto dal Titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011, come modificato dal decreto-legge n. 126 del 2014, anche con riferimento ai principi specifici del settore sanitario contenuti nell'articolo 29 del citato decreto legislativo. Con l'operatività del decreto legislativo n. 118 del 2011 sulle autonomie speciali, il Tavolo di verifica degli adempimenti ha iniziato dal 2016 un lavoro di

³²⁷ Nel 2001, gli enti regionali sottoposti a monitoraggio erano le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere a cui si sono aggiunti, a partire dal 2003, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico e, a partire dal 2005, i policlinici a gestione diretta di università statali e le Aziende ospedaliere universitarie. Pertanto, prima di tali anni, una parte dei costi pubblici del SSN, i costi degli IRCCS e dei Policlinici (e le AOU), figuravano nei conti di ciascuna regione mediante la valorizzazione dell'acquisto di prestazioni sanitarie da enti pubblici. A partire dal 2005, quindi, l'universo di riferimento include tutti gli enti sanitari appartenenti al singolo SSR.

monitoraggio dei conti e dell'applicazione del decreto legislativo n. 118 del 2011 anche per le predette autonomie speciali.

Durante le riunioni di monitoraggio, viene effettuata l'istruttoria come dettagliatamente riportata al paragrafo 2.1, si veda per completezza anche il capitolo sui Piani di rientro e il capitolo sull'attuazione del decreto legislativo n. 118 del 2011.

A partire dai dati di conto economico di ciascun trimestre e sulla base delle ulteriori informazioni desunte dalla verifica trimestrale, vengono elaborate delle proiezioni del risultato di esercizio di fine anno. Nel caso si profili un disavanzo, la regione è invitata a porre in essere tutte le iniziative per ricondurre la spesa entro i livelli programmati ovvero, limitatamente alle regioni non in piano di rientro cd. "pesante", ad adottare le misure di copertura tali da assicurare al SSR il conferimento di risorse aggiuntive per coprire il disavanzo che si sta prospettando.

6.3.2 - Procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali (articolo 1, comma 174 della legge n. 311 del 2004)³²⁸

A partire dall'anno 2005 la procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali è stata disciplinata da quanto previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005).

Annualmente viene valutato il risultato di esercizio di ciascun SSR a partire dal modello CE "Riepilogativo regionale" relativo al IV trimestre e, in caso di accertamento di un disavanzo, si procede all'analisi della idoneità e congruità delle misure di copertura predisposte dalla regione al fine di ottemperare all'obbligo, definito dalla legislazione vigente, di dare integrale copertura al proprio disavanzo sanitario.

La procedura prevede che annualmente il risultato di gestione sia oggetto di esame a partire dalle informazioni contabili relative al modello di CE riepilogativo regionale al IV trimestre. Sono le medesime informazioni contabili utilizzate per la costruzione del Conto economico consolidato della sanità che fa parte del più ampio Conto economico consolidato delle Amministrazioni Pubbliche redatto secondo i criteri del Sistema europeo dei conti nazionali e regionali (SEC). Tale esame avviene nei mesi di febbraio-marzo-aprile dell'anno successivo a quello di riferimento delle informazioni contabili.

Quindi, negli stessi mesi, il Tavolo di verifica degli adempimenti, procede a convocare ciascuna regione (congiuntamente con il Comitato LEA per le regioni in piano di rientro) e a valutare il risultato di gestione. A partire dalle informazioni contabili il risultato di gestione può presentare un avanzo, un equilibrio oppure un disavanzo. Nei primi due casi la verifica viene chiusa positivamente, nel terzo caso è necessario valutare le misure di copertura adottate.

Le misure di copertura possono essere state preordinate dalla regione, per esempio mediante il conferimento di un fondo specifico nell'ambito del bilancio regionale, oppure derivare da aliquote fiscali rientranti nell'autonomia regionale che sono state variate appositamente in previsione di un disavanzo di gestione della sanità. Una volta valutata la sussistenza della misura di copertura preordinata dalla regione, è necessario valutare se

³²⁸ Le tempistiche ivi riportate non considerano le specifiche modifiche apportate, in relazione all'emergenza Covid, dall'articolo 18, comma 2, del decreto-legge n. 18/2020 per l'anno 2019, dall'articolo 26, comma 5, del decreto-legge n. 73/2021 per l'anno 2020 e dal comma 2-bis dell'articolo 26 del decreto-legge n. 17/2022 per l'anno 2021.

essa è sufficiente a coprire il disavanzo registrato. Nel caso di capienza, la verifica è chiusa positivamente, mentre nel caso di insufficienza delle risorse, viene chiesta l'attivazione della procedura prevista dal comma 174, di seguito descritta, a tale procedura di ricorre anche nel caso in cui la regione non abbia adottato entro la data della riunione alcuna misura di copertura. In caso di sussistenza di disavanzo non coperto la legge prevede che la regione sia diffidata dal Presidente del Consiglio dei Ministri ad adottare entro il 30 aprile³²⁹ dell'anno successivo a quello di riferimento, la relativa copertura nei termini e nella dimensione valutata necessaria a garantire l'equilibrio. Qualora la regione non adempia a tale diffida, il Presidente della regione assume il ruolo di commissario *ad acta per il mese successivo e deve predisporre e* adottare le misure di copertura entro il successivo 31 maggio.

La legge prevede, in ogni caso, che, qualora anche il commissario *ad acta* non adempia ovvero le misure da lui adottate non siano sufficienti a garantire l'equilibrio di bilancio entro il termine di legge, le aliquote fiscali di IRAP e Addizionale regionale all'IRPEF siano innalzate automaticamente nel territorio della regione sui livelli massimi previsti dalla legislazione vigente con riferimento all'anno d'imposta successivo a quello di riferimento del disavanzo. Prevedeva anche, a partire dalla verifica per l'anno 2010, che nel territorio della regione entrasse in vigore il blocco automatico del *turn over* del personale del SSR e il divieto di effettuare spese non obbligatorie fino alla fine del secondo anno successivo a quello in corso. A partire dal 2015, la legge n. 190 del 2014 ha limitato la durata della sanzione alla fine dell'anno successivo a quello della verifica. A partire dal 2019 è stata soppressa la sanzione relativa al blocco automatico del *turn over* del personale del SSR, come previsto dall'articolo 11, comma 4-ter, del decreto-legge n. 35 del 2019.

Per le regioni in piano di rientro "pesante", per le quali sussiste l'obbligo di aumento delle aliquote fiscali di Irap e addizionale regionale all'Irpef per sostenere l'equilibrio annuale, sono previste la specifica disciplina e le specifiche sanzioni relative all'ulteriore aumento delle aliquote fiscali regionali, rispettivamente nello 0,15% dell'Irap e nello 0,30% dell'addizionale regionale all'Irpef, nel caso di equilibrio non garantito con le aliquote fiscali massimizzate oltre che il divieto di effettuare spese non obbligatorie da parte regionale.

La procedura seguita per la verifica del risultato di gestione, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, è riassunta, per entrambi i gruppi di regioni, nello schema riportato nella figura 5.1³³⁰.

³²⁹ Per l'anno 2018 il termine del 30 aprile è stato differito al 15 giugno ed il termine del 31 maggio è stato differito al 15 luglio, ai sensi dell'articolo 1, comma 407, della legge n. 205/2017.

Per l'anno 2019, in considerazione delle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del Covid-19, con il decreto-legge n. 18/2020, all'articolo 18, comma 2, il termine del 30 aprile è stato differito al 31 maggio e, conseguentemente, il termine del 31 maggio è stato differito al 30 giugno.

Per l'anno 2020 l'articolo 26, comma 5, del decreto-legge n. 73/2022 ha disposto che i termini del 30 aprile e del 31 maggio di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 fossero differiti, rispettivamente, al 10 agosto e al 20 settembre.

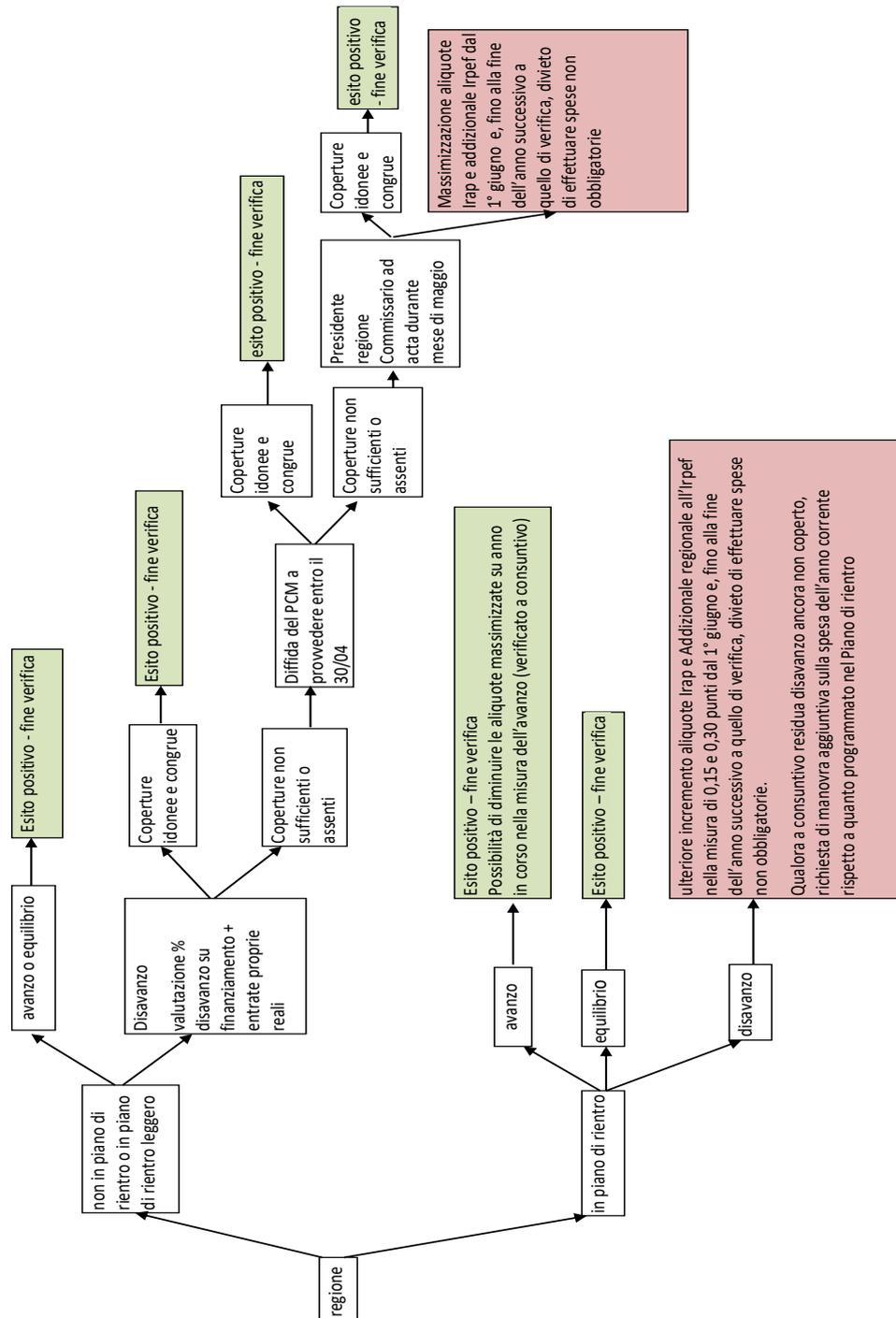
Per l'anno 2021 il comma 2-bis dell'articolo 26 del decreto-legge n. 17/2022 ha disposto che i termini, fossero differiti rispettivamente al 15 giugno e al 15 luglio.

³³⁰ Si ricorda che i termini temporali riportati in figura 5.1 sono stati prorogati normativamente per le verifiche sugli anni 2019, 2020 e 2021 in relazione all'emergenza Covid.

Per la verifica dell'anno 2019 l'articolo 18 comma 2 del decreto-legge n. 18/2020, ha differito il termine del 30 aprile al 31 maggio e, conseguentemente, il termine del 31 maggio al 30 giugno.

Per la verifica dell'anno 2020 l'articolo 26, comma 5, del decreto-legge n. 73/2021, ha differito il termine del 30 aprile al 10 luglio e, conseguentemente, il termine del 31 maggio al 10 agosto.

Fig. 6.1: attuazione procedura del comma 174 della L. 31/2004 sui risultati di gestione al IV trimestre di ciascun anno di verifica



Per la verifica dell'anno 2021 l'articolo 26, comma 2-bis del decreto-legge n. 17/2022, ha differito il termine del 30 aprile al 15 giugno e, conseguentemente, il termine del 31 maggio al 15 luglio.

Il sistema sanzionatorio previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 ha come scopo quello di garantire l'equilibrio del settore sanitario. Ordinariamente ciascuna regione dovrebbe programmare le proprie attività per l'erogazione dei LEA in equilibrio e in condizioni erogative di efficienza ed appropriatezza. Tuttavia, anche in ragione della presenza di inefficienza ed inappropriatezza, ovvero in conseguenza della decisione di erogare anche livelli aggiuntivi a quelli previsti dalla legislazione vigente, in ossequio anche a quanto previsto dall'articolo 119 della Costituzione, la regione deve approntare ogni mezzo per assicurare l'equilibrio della gestione sia a preventivo che in corso d'anno. Ciò in considerazione del fatto che una eventuale spesa eccedente quella programmata, che è coerente con il livello di finanziamento, determina un indebitamento della sanità che si riflette sul sistema Italia. Quindi la previsione di indebitamento deve essere sempre accompagnata dalla previsione di conferimento di risorse aggiuntive al SSR.

Il livello di sanzioni in presenza di disavanzi viene via via crescendo, fino a limitare la discrezionalità regionale in merito alla scelta della copertura del disavanzo sanitario con la nomina di un commissario. In caso di inerzia anche da parte del commissario, la sanzione ultima si riflette sui cittadini e sul sistema delle imprese operanti nella regione con il pagamento di maggiori imposte a loro carico.

6.4 - Processo di razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi

L'assetto normativo in materia di controllo e razionalizzazione della spesa sanitaria con riferimento ai beni e servizi e, in particolare, le disposizioni riguardanti la pubblicazione dei prezzi di riferimento in ambito sanitario ha subito, rispetto alle iniziali previsioni contenute nell'articolo 17, comma 1, lettera a), del decreto-legge n. 98 del 2011, considerevoli mutamenti nel corso di poco più di un anno.

Il sopracitato articolo stabilisce che: *" nelle more del perfezionamento delle attività concernenti la determinazione annuale dei costi standardizzati per tipo di servizio e fornitura da parte dell'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, e anche al fine di potenziare le attività delle Centrali regionali per gli acquisti, il citato Osservatorio, a partire dal 1° luglio 2012, attraverso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici di cui all'articolo 62-bis del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, fornisce alle regioni un'elaborazione dei prezzi di riferimento, ivi compresi quelli eventualmente previsti dalle convenzioni Consip, anche ai sensi di quanto disposto all'articolo 11, alle condizioni di maggiore efficienza dei beni, ivi compresi i dispositivi medici ed i farmaci per uso ospedaliero, delle prestazioni e dei servizi sanitari e non sanitari individuati dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, tra quelli di maggiore impatto in termini di costo a carico del Servizio sanitario nazionale. Ciò, al fine di mettere a disposizione delle regioni ulteriori strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa" .*

In sede di applicazione amministrativa e gestionale della disposizione è stato verificato che la Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) conteneva informazioni troppo aggregate per consentire un'elaborazione dei prezzi di riferimento dei singoli beni. In tali termini è stato stabilito che in fase di prima applicazione l'Osservatorio provvedesse all'individuazione dei prezzi di riferimento tramite specifici questionari da inviare alle principali aziende sanitarie e centrali regionali per l'acquisto di beni e servizi.

Il prezzo di riferimento da parte dell'Osservatorio, a seguito di un'analisi accurata dei prezzi rilevati nell'anno 2012, è stato fissato al livello del quinto, decimo, ventesimo o

venticinquesimo percentile, in relazione alla numerosità dei prezzi rilevati per ogni bene o servizio.

Con il decreto-legge n. 95 del 2012, successivamente alla pubblicazione dei prezzi da parte dell'Osservatorio (avvenuta il 1° luglio 2012), il legislatore ha apportato alcune modifiche e integrazioni all'articolo 17, comma 1, lettera a), del decreto-legge n. 98 del 2011 in base alle quali la funzione dei prezzi di riferimento è risultata del tutto innovata. Secondo le nuove previsioni, infatti, i prezzi di riferimento non sono più semplicemente strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa, ma anche parametri di riferimento per la rinegoziazione dei contratti in essere.

Più in dettaglio, viene previsto che: *"qualora sulla base dell'attività di rilevazione di cui al presente comma, nonché sulla base delle analisi effettuate dalle Centrali regionali per gli acquisti anche grazie a strumenti di rilevazione dei prezzi unitari corrisposti dalle Aziende sanitarie per gli acquisti di beni e servizi, emergano differenze significative dei prezzi unitari, le Aziende sanitarie sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti che abbia l'effetto di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento come sopra individuati, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto. In caso di mancato accordo, entro il termine di 30 giorni dalla trasmissione della proposta, in ordine ai prezzi come sopra proposti, le Aziende sanitarie hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a carico delle stesse, e ciò in deroga all'articolo 1671 del codice civile. Ai fini della presente lettera per differenze significative dei prezzi si intendono differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento"*.

In tali termini, ai sensi delle vigenti disposizioni, i prezzi individuati dall'Osservatorio rappresentano:

- uno strumento di analisi e valutazione da utilizzare da parte delle Aziende sanitarie in sede di acquisto di beni e servizi nel futuro (prezzo di riferimento);
- uno strumento per la riconduzione dei contratti in essere ai prezzi di riferimento, qualora si registrino differenze superiori al 20% rispetto al predetto prezzo di riferimento (prezzo imposto).

Il decreto-legge n. 90 del 2014 ha soppresso l'Autorità Nazionale sui Contratti Pubblici (AVCP) e ha trasferito le competenze in materia di vigilanza dei contratti pubblici all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

Sulla base dell'esperienza maturata con l'indagine campionaria dell'anno 2012, l'ANAC, al fine di garantire il più ampio contraddittorio con tutte le parti interessate, ha ritenuto utile condividere, preventivamente, con i soggetti operanti nel settore della sanità alcune scelte riguardanti una seconda rilevazione per l'aggiornamento dei prezzi di riferimento.

In particolare, gli aspetti sui quali si è ritenuto proficuo un confronto con i soggetti interessati sono quelli che richiedono una conoscenza specifica del *procurement* in ambito sanitario e per i quali il legislatore non fornisce puntuali previsioni rimandando, invece, alla discrezionalità dell'ANAC le valutazioni necessarie per l'adempimento agli obblighi normativi.

In base alle valutazioni effettuate dall'ANAC e dall'AGENAS, si è ritenuto che le informazioni richieste con i questionari fossero idonee sia a rappresentare le molteplici ed eterogenee caratteristiche dei contratti in essere che a consentire tutte le analisi necessarie alla determinazione dei prezzi di riferimento. L'ANAC aveva ritenuto, tuttavia, utile

acquisire rilievi, suggerimenti, osservazioni da tutti i soggetti che, in virtù della propria esperienza professionale nel settore, hanno fornito il proprio contributo per la buona riuscita della rilevazione.

Sulla base dei predetti contributi, sono state effettuate talune modifiche ritenute utili ai modelli di indagine utilizzati per la rilevazione.

In fase di prima applicazione, i prezzi di riferimento erano stati determinati sulla base dei dati rilevati dalle stazioni appaltanti che avevano effettuato i maggiori volumi di acquisto in base a quanto risultava nella BDNCP. Coerentemente al dettato normativo, nell'istruttoria della rilevazione dell'anno 2012, l'Osservatorio aveva selezionato dalla BDNCP un campione di 66 stazioni appaltanti alle quali sottoporre i questionari per la rilevazione dei dati.

Per la seconda rilevazione, partita nell'anno 2014, l'Osservatorio aveva individuato i dati per la determinazione dei prezzi di riferimento su una base più ampia, considerando tutti i soggetti operanti in ambito sanitario risultanti dalla BDNCP, ovvero tutte le Aziende sanitarie e le centrali di committenza regionali.

In questa indagine, è stato possibile apportare ulteriori miglioramenti in relazione ad alcuni elementi emersi nel corso della rilevazione dell'anno 2012 tenendo conto delle osservazioni provenienti dall'AGENAS. In particolare, l'Osservatorio aveva provveduto ad integrare i precedenti questionari con maggiori elementi di dettaglio al fine di potenziare gli strumenti di analisi a disposizione per il confronto tra i prezzi rilevati.

In data 22 marzo 2016 è stato firmato un protocollo d'intesa tra ANAC e ISTAT che prevede, tra l'altro, la collaborazione in tema di costi standard e prezzi di riferimento. In esito a tale collaborazione, sono stati condivisi e pubblicati i documenti tecnici nei quali viene definita in maniera dettagliata la metodologia adottata per la determinazione dei prezzi di riferimento per le singole categorie merceologiche in ambito sanitario.

Sul sito dell'ANAC sono attualmente pubblicati i prezzi di riferimento di farmaci (aggiornati all'anno 2018), di alcune tipologie di dispositivi medici (aggiornati all'anno 2016) e dei servizi di pulizia e sanificazione, di ristorazione, di lavanderia e lavanolo (aggiornati all'anno 2024).

L'articolo 15, comma 13, lettera d), del decreto-legge n. 95 del 2012, per gli Enti del SSN ha anche introdotto, per l'acquisto di beni e servizi di importo pari o superiore a 1.000 euro relativi alle categorie merceologiche presenti nella piattaforma Consip, l'obbligo dell'utilizzo degli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa Consip, ovvero, se disponibili, dalle centrali di committenza regionali di riferimento. Il rispetto di quanto disposto dalla legge costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo al SSN alla cui verifica provvede il Tavolo per la verifica degli adempimenti.

Un altro adempimento in materia di beni e servizi è definito sempre nel decreto-legge n. 95 del 2012, all'articolo 15, comma 13, lettera e), e riguarda la verifica della redazione dei bandi di gara e dei contratti di *global service* e *facility management* in termini tali da specificare l'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale relativamente all'importo complessivo dell'appalto. Al fine di favorire il processo di centralizzazione degli acquisti, è intervenuto successivamente l'articolo 9 del decreto-legge n. 66 del 2014, che ha istituito, nell'ambito dell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti operante presso l'ANAC, l'elenco dei Soggetti aggregatori, di cui fanno parte Consip ed una centrale di committenza per ogni regione. Tale articolo prevede, inoltre, che con dPCM siano individuate le categorie di beni e di

servizi nonché le soglie al superamento delle quali è obbligatorio acquistare tramite Consip o Soggetti aggregatori e che, sempre con dPCM, sia istituito il Tavolo tecnico dei Soggetti aggregatori, coordinato dal Ministero dell'economia e delle finanze. In attuazione della predetta disposizione sono stati emanati:

- il dPCM 14 novembre 2014 di istituzione del Tavolo tecnico dei Soggetti aggregatori;
- il dPCM 24 dicembre 2015 che ha individuato le categorie di beni e servizi e le soglie di spesa al di sopra delle quali è obbligatorio acquistare tramite Consip o Soggetti aggregatori e per le quali l'ANAC, salvo i casi di motivata urgenza, non rilascia il codice identificativo gara (CIG) alle stazioni appaltanti che non ricorrano a Consip o ad altro Soggetto aggregatore;
- con dPCM 11 luglio 2018 è stato aggiornato l'elenco delle categorie merceologiche e le relative soglie di spesa.

Sebbene tale normativa non sia esclusivamente rivolta al settore sanitario, si rileva in concreto che la maggior parte delle categorie individuate dai citati dPCM sono relative a beni e servizi acquistati dagli enti del SSN, quali: farmaci, vaccini, *stent*, ausili per incontinenza, protesi d'anca, medicazioni, defibrillatori, *pace-maker*, aghi e siringhe, servizi di smaltimento di rifiuti sanitari, ecc. L'ANAC ha individuato l'elenco dei Soggetti aggregatori con delibera n. 58 del 22 luglio 2015, aggiornato con delibera n. 125 del 10 febbraio 2016, con delibera n. 3 del 17 gennaio 2018, con delibera n. 781 del 4 settembre 2019 e con delibera n. 643 del 22 settembre 2021.

La legislazione sopra riportata è stata modificata ed aggiornata a seguito dell'entrata in vigore del decreto legislativo n. 36/2023, concernente il nuovo Codice dei contratti pubblici, in attuazione dell'articolo 1 della legge delega n. 78/2022.

6.5 - Definizione di spesa sanitaria corrente

Il capitolo 1 della Sezione I fa riferimento a due diverse definizioni di spesa sanitaria corrente.

La prima è quella adottata dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) nell'ambito della Contabilità nazionale ai fini della predisposizione del Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche. Tale aggregato è elaborato nel rispetto dei principi contabili del Sistema europeo delle statistiche integrate della protezione sociale (SESPROS), in coerenza con il Sistema europeo dei conti nazionali e regionali³³¹, e contabilizza i costi per

³³¹ A partire da settembre 2014, ai sensi del Regolamento UE n. 549/2013, l'ISTAT ha adottato il nuovo sistema europeo dei conti nazionali e regionali (SEC2010), in sostituzione di quello del 1995. Il nuovo sistema contabile ha determinato modifiche dei criteri di valutazione di alcuni aggregati. Ad esempio, a partire dall'edizione del 2017, per una modifica dei criteri di classificazione contabile della COFOG, la spesa sanitaria è quantificata al netto degli interessi passivi. Inoltre, a decorrere da settembre 2019, l'ISTAT ha anche recepito ulteriori aggiornamenti voluti da Eurostat sulla base del "Manual on sources and methods for the compilation of COFOG statistics - Classification of the Functions of Government (COFOG) — 2019 edition". Questi ultimi hanno portato a registrare gli investimenti in R&S e i relativi ammortamenti nelle funzioni COFOG di produzione le quali, essendo per loro natura collettive, hanno comportato una quantificazione a ribasso della spesa sanitaria corrente rappresentata nel Conto economico della sanità. In aggiunta, sono state introdotte revisioni implicanti una variazione nella definizione di alcune particolari componenti di spesa (ad esempio, il risultato netto di gestione è stato azzerato, mentre la produzione vendibile è stata stimata a rialzo per la riclassificazione di alcune voci di costo nei consumi intermedi, come ad esempio l'*intramoenia*).

la produzione dei servizi sanitari da parte di un qualsiasi ente facente parte della Pubblica Amministrazione (PA)³³².

La seconda definizione è quella relativa all'aggregato di spesa rilevata mediante i modelli di Conto economico degli ESL, presa a riferimento dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali per la valutazione dei risultati d'esercizio³³³.

I citati aggregati di spesa presentano un'ampia area di sovrapposizione, ma anche significativi elementi di differenziazione che attengono alla diversa contabilizzazione e modalità di registrazione di alcune poste.

La spesa sanitaria corrente presa a riferimento dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali per la valutazione dei risultati d'esercizio considera, ad esempio, i costi rilevati tramite i CE degli ESL per l'acquisto di beni e servizi da altre amministrazioni pubbliche, mentre la spesa sanitaria corrente di CN non considera tali transazioni in quanto consolidate all'interno del conto economico di riferimento.

Differenziazioni esistono anche con riferimento al trattamento degli ammortamenti. Questi ultimi, fino al 2010, non erano inclusi nell'aggregato di spesa sanitaria corrente rilevata con i CE degli ESL, a causa dell'estrema diversità tra i criteri contabili adottati dalle varie regioni. Nel 2011, con la condivisione a livello nazionale di una regola omogenea di appostamento contabile, gli ammortamenti sono stati inclusi nella definizione di spesa del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali e valutati in misura pari agli ammortamenti dei beni entrati in produzione nel 2010 e nel 2011. Dal 2012, si è prodotto un ulteriore importante avanzamento nel processo di armonizzazione dei principi contabili mediante l'emanazione del decreto-legge n. 118 del 2011. Quest'ultimo, all'articolo 29, comma 1, lettera b) ha disciplinato principi specifici del settore sanitario dedicati a tale voce. La CN riserva, invece, agli ammortamenti un trattamento contabile differente visto che vengono quantificati dall'ISTAT secondo specifiche metodologie di stima previste in ambito SEC.

Altra sostanziale diversità tra i due aggregati di spesa riguarda i criteri contabili di registrazione. Il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali per la valutazione dei risultati d'esercizio considera i costi per la produzione dei servizi sanitari sostenuti nell'anno corrente secondo il principio della competenza economica, consolidando i valori a livello regionale. L'ISTAT, invece, registra i suddetti costi secondo specifici criteri definiti dal SEC, consolidando i valori a livello nazionale.

I diversi criteri di registrazione adottati nelle due definizioni di spesa sanitaria rilevano, in particolare, con riferimento alla tempistica di registrazione degli oneri connessi al rinnovo dei contratti del personale dipendente e delle convenzioni con il SSN stipulate da categorie di specifici operatori sanitari³³⁴, inclusivi di eventuali oneri per arretrati.

La spesa sanitaria corrente di CN registra il costo dei rinnovi dei contratti e degli accordi nell'anno di effettiva sottoscrizione ritenendo che la manifestazione dell'obbligazione giuridica al pagamento dei relativi oneri si manifesti solo a seguito della sottoscrizione del contratto o accordo collettivo. In coerenza con tale criterio, eventuali

³³² Per maggiori dettagli si rinvia al paragrafo sulla spesa sanitaria corrente di CN presente nel Capitolo 1.

³³³ Per maggiori dettagli si rinvia al Capitolo 1.

³³⁴ Ad esempio, i medici di medicina generale, i professionisti della medicina ambulatoriale interna, ecc.

oneri per arretrati sono registrati contestualmente alla sottoscrizione del rinnovo del contratto o accordo³³⁵.

L'effetto quantitativo di tale criterio di contabilizzazione può essere valutato osservando che, negli anni di sottoscrizione dei contratti, la spesa sanitaria corrente di CN evidenzia delle forti variazioni incrementative, a cui seguono variazioni sensibilmente più limitate nell'anno successivo.

Di contro, la spesa sanitaria corrente dei CE degli enti del SSN contabilizza annualmente gli oneri per il rinnovo dei contratti e convenzioni includendoli nel livello complessivo della spesa, ponendoli in accantonamento qualora non perfezionati, concorrendo, in tal modo, al risultato d'esercizio di ciascun SSR. Infatti, sulla base del principio della competenza economica, le regioni sono tenute ad accantonare annualmente sui bilanci degli ESL le risorse necessarie alla copertura integrale degli oneri contrattuali di competenza dell'anno quale presupposto per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato.

A seguito dell'introduzione di tale obbligo, si è registrata una maggiore congruità nella valutazione del costo effettivo dei rinnovi dei contratti e delle convenzioni del personale del SSN, con una significativa riduzione del fenomeno dell'iscrizione contabile di sopravvenienze passive di rilevante entità negli esercizi di sottoscrizione del contratto/convenzione oltre che con un'evidente responsabilizzazione degli enti del SSN con riferimento agli effettivi costi di competenza economica, ancorché non materialmente tradottisi in esigenze finanziarie di cassa.

A mero titolo informativo, si precisa che un'ulteriore definizione di spesa sanitaria corrente è adottata dall'ISTAT nell'ambito dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) al fine di disporre di informazioni sul servizio sanitario italiano tali da favorire analisi e confronti internazionali³³⁶. Le stime in questione sono costruite secondo la metodologia del *System of Health Accounts* (SHA)³³⁷ e risultano coerenti con le regole contabili del SEC e con le statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica, di salute e di sicurezza sul luogo di lavoro. Nello specifico, le quantificazioni del Sistema dei conti della sanità sono espresse in funzioni di specifici aggregati, quali il regime di finanziamento³³⁸, il fornitore dei servizi³³⁹ e la tipologia di assistenza sanitaria erogata³⁴⁰.

6.6 - Il monitoraggio dei tempi di pagamento

Con l'entrata in vigore del decreto-legge n. 35 del 2013, al fine di monitorare il rispetto dei tempi di pagamento di cui al decreto legislativo n. 192 del 2012, di recepimento della direttiva 2011/7/UE, è stato dato impulso alle attività sul monitoraggio

³³⁵ In merito è da segnalare che, per l'edizione dei Conti nazionali di ottobre 2024, l'ISTAT ha revisionato il trattamento degli oneri per i rinnovi contrattuali contabilizzandoli secondo il criterio di competenza in luogo dell'abituale approccio di cassa, assegnando quindi ad ogni esercizio il relativo onere di competenza economica, anche posto in accantonamento, indipendentemente dal perfezionamento del relativo contratto. Gli effetti di tale nuova classificazione si colgono nell'adeguamento delle relative serie storiche.

³³⁶ Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2024) e Istat (2022).

³³⁷ Vengono utilizzate anche le informazioni desumibili dal modello di rilevazione dei costi dei livelli di assistenza (LA).

³³⁸ Inclusi, ad esempio, i pagamenti diretti da parte delle famiglie.

³³⁹ Pubblico e privato, anche accreditato.

³⁴⁰ Sulla scorta dell'obiettivo di cura da perseguire.

dei tempi di pagamento degli enti del SSN da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti preposto per legge al monitoraggio della spesa sanitaria e degli equilibri di bilancio dei Servizi sanitari regionali.

A tal proposito si richiama il dPCM 22 settembre 2014 *"Definizione degli schemi e delle modalità per la pubblicazione su internet dei dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni"*³⁴¹.

In particolare, il citato dPCM, all'articolo 9 *"Definizione dell'indicatore di tempestività dei pagamenti"* e al successivo articolo 10 *"Modalità per la pubblicazione dell'indicatore di tempestività dei pagamenti"*, dispone, tra l'altro, quanto segue:

- le pubbliche amministrazioni elaborano un indicatore annuale dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture, denominato: *"indicatore annuale di tempestività dei pagamenti"*;
- a decorrere dall'anno 2015, le pubbliche amministrazioni elaborano un indicatore trimestrale dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture, denominato: *"indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti"*;
- l'indicatore di tempestività dei pagamenti è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento;
- ai fini del calcolo dell'indicatore, come definito all'articolo 9, comma 4, si intende per:
 - *"transazione commerciale"*, i contratti, comunque denominati, tra imprese e pubbliche amministrazioni, che comportano, in via esclusiva o prevalente, la consegna di merci o la prestazione di servizi contro il pagamento di un prezzo;
 - *"giorni effettivi"*, tutti i giorni da calendario, compresi i festivi;
 - *"data di pagamento"*, la data di trasmissione dell'ordinativo di pagamento in tesoreria;
 - *"data di scadenza"*, i termini previsti dall'articolo 4 del decreto legislativo n. 231/2002, come modificato dal decreto legislativo n. 192/2012; *"importo dovuto"*, la somma da pagare entro il termine contrattuale o legale di pagamento, comprese le imposte, i dazi, le tasse o gli oneri applicabili indicati nella fattura o nella richiesta equivalente di pagamento;
- sono esclusi dal calcolo i periodi in cui la somma era inesigibile essendo la richiesta di pagamento oggetto di contestazione o contenzioso;
- le amministrazioni pubblicano l'*"indicatore annuale di tempestività dei pagamenti"* entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento;

³⁴¹ Vedasi anche la Circolare RGS n. 3 del 14/01/2015 ad oggetto *"Modalità di pubblicazione dei dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e dell'indicatore di tempestività dei pagamenti delle amministrazioni centrali dello stato, ai sensi dell'articolo 8, comma 3-bis, del DL 24 aprile 2014 n. 66 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89"*.

- a decorrere dall'anno 2015, con cadenza trimestrale, le amministrazioni pubblicano l' "indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti" entro il trentesimo giorno dalla conclusione del trimestre cui si riferisce;
- gli indicatori sono pubblicati sul proprio sito internet istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente/Pagamenti dell'amministrazione" di cui all'allegato A del decreto legislativo n. 33/2013, in un formato tabellare aperto che ne consenta l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo ai sensi dell'articolo 7 del citato decreto legislativo n. 33/2013.

L'attività di monitoraggio da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti è stata avviata con l'entrata in vigore del citato dPCM 22 settembre 2014 e viene attuata come di seguito riportato³⁴²:

Monitoraggio dei pagamenti delle fatture commerciali in corso d'anno: il predetto Tavolo chiede, dall'anno 2014, in sede di verifica degli adempimenti, di produrre una tabella inerente al pagamento dei debiti commerciali intervenuti durante l'anno, corredata dell'informazione relativa all'ammontare delle fatture liquidate e dell'anno di emissione delle fatture stesse. La tabella riporta altresì l'informazione relativa all'importo dei pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal dPCM 22 settembre 2014. Tali informazioni sono fornite da ciascuna regione a livello trimestrale (cumulato) e annuale, riportando il dettaglio relativo agli enti del proprio Servizio sanitario regionale e la loro somma, ivi ricomprendendo la Gestione sanitaria accentrata (GSA), ove istituita.

Monitoraggio dell'Indicatore di tempestività dei pagamenti (ITP)³⁴³: il Tavolo chiede, dall'anno 2014, di produrre una tabella contenente l'Indicatore di tempestività dei pagamenti per ciascun trimestre singolarmente e per ciascun anno (valore cumulato). Le regioni forniscono il dettaglio dell'ITP per singolo ente del proprio Servizio sanitario regionale, ivi ricomprendendo la GSA, ove istituita, nonché il *link* al sito internet aziendale dove il dato viene pubblicato (come richiesto agli articoli 9 e 10 del dPCM 22 settembre 2014). Alcune regioni forniscono anche l'indicatore medio ponderato regionale.

Monitoraggio delle informazioni inerenti alla corretta alimentazione della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC)³⁴⁴: nelle periodiche riunioni di verifica (trimestrali e annuali), viene riportata la situazione di ciascuna azienda del SSR nei confronti della PCC. Viene verificato: l'esistenza dell'identificativo dell'azienda nella banca dati della PCC, la corretta e completa alimentazione della PCC, i pagamenti risultanti.

In particolare, per l'anno 2023 sono riportate le seguenti informazioni tratte dalla PCC:

³⁴² Vedasi anche il paragrafo 2.1.

³⁴³ Il comma 4 dell'articolo 41 del decreto-legge n. 66/2014, dispone che "Le regioni, con riferimento agli enti del Servizio sanitario nazionale, trasmettono al Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 105 del 7 maggio 2005, una relazione contenente le informazioni di cui al comma 1 e le iniziative assunte in caso di superamento dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente. La trasmissione della relazione e l'adozione da parte degli enti delle misure idonee e congrue eventualmente necessarie a favorire il raggiungimento dell'obiettivo del rispetto della direttiva 2011/7/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 febbraio 2011, sui tempi di pagamenti costituisce adempimento regionale, ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, le cui disposizioni continuano ad applicarsi a decorrere dall'esercizio 2013 ai sensi dell'articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135."

³⁴⁴ In attuazione dell'articolo 7-bis "Trasparenza nella gestione dei debiti contratti dalle pubbliche amministrazioni" del decreto-legge n. 35/2013.

- il numero di fatture ricevute nel periodo;
- l'importo totale delle fatture ricevute nel periodo considerato (al netto della quota IVA), escluse le note di credito;
- l'importo dovuto, al netto degli importi che gli enti hanno dichiarato in PCC come sospesi (per contestazioni, contenzioso o altro) o non liquidati;
- l'importo pagato ovvero gli importi dei pagamenti comunicati dagli enti in PCC.

Viene trattato anche il monitoraggio del debito scaduto.

In particolare, per l'anno 2023 il debito scaduto al 31/12/2022 ed al 31/12/2023 come comunicato dagli enti in PCC viene confrontato con il medesimo dato calcolato dalla PCC in base alle informazioni trasmesse dagli stessi enti al sistema informativo. Per la verifica del 2023, sono anche presenti: l'importo totale delle fatture ricevute nell'anno 2023, la percentuale del debito rispetto al totale importo fatture ricevute 2023.

Al fine di rafforzare il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente, si ricordano le disposizioni di cui alla legge n. 145 del 2018 (articolo 1, commi 865 e 866), in materia di obiettivi ai Direttori generali e amministrativi degli enti del SSN connessi al rispetto dei predetti tempi di pagamento e debito commerciale scaduto e le relative sanzioni in caso di mancato rispetto

Si ricorda altresì che la riduzione dei tempi di pagamento della Pubblica Amministrazione è tra gli scopi principali della Missione n. 1 del PNRR. La Riforma PNRR M1C1-1.11, ha l'obiettivo di garantire, entro il primo trimestre 2025, che le pubbliche amministrazioni a livello centrale, regionale e locale paghino gli operatori economici entro il termine di 30 giorni e le autorità sanitarie regionali entro il termine di 60 giorni prevedendo che il rispetto di tali tempi di pagamento diventi strutturale a partire dal primo trimestre 2026. Al riguardo, nel corso dell'anno 2024, sono stati adottati vari provvedimenti normativi al fine di raggiungere gli obiettivi di cui alle Milestone M1C1-72bis, M1C1-72ter e M1C1-72quater quali l'articolo 40 del decreto-legge n. 19 del 2024, gli articoli 6 e 6-sexies del decreto-legge n. 155 del 2024 nonché le Circolari RGS n. 1/2024, n. 17/2024, n. 25/2024 e n. 36/2024.

6.7 - Spesa sanitaria e invecchiamento demografico

Le dinamiche demografiche attese nei prossimi decenni³⁴⁵ determineranno un'espansione della domanda di prodotti e servizi sanitari, in quanto aumenterà il peso della popolazione nelle fasce di età più elevate, in cui i bisogni sanitari sono maggiori. L'aumento della quota di popolazione anziana dipende sia dal costante incremento della speranza di vita, in linea con le tendenze dei decenni passati, sia dalla transizione demografica, cioè il processo di invecchiamento delle generazioni del *baby boom* che progressivamente raggiungeranno le età più anziane. L'elevato livello della speranza di vita e la significativa dinamica attesa per i prossimi decenni, se da un lato confermano la buona *performance* del nostro sistema sanitario, dall'altra potrebbero generare, in futuro, situazioni di frizione rispetto al vincolo delle risorse disponibili.

³⁴⁵ Istat (2024).

Ci sono, tuttavia, alcuni fattori, riconducibili alle stesse dinamiche demografiche, che potrebbero limitare significativamente la crescita della spesa sanitaria rispetto a quanto emergerebbe da un'ipotesi di estrapolazione meccanica degli attuali comportamenti di consumo per età e sesso.

In primo luogo, si è dimostrato che una percentuale molto elevata del totale dei consumi sanitari nell'arco della vita di un soggetto si concentra nell'anno antecedente la sua morte. Ciò significa che la componente di spesa sanitaria relativa ai costi sostenuti nella fase terminale della vita (c.d. *death-related costs*) non risulterà necessariamente condizionata in maniera significativa dall'aumento degli anni di vita guadagnati³⁴⁶.

In secondo luogo, come è avvenuto costantemente in passato, l'aumento della speranza di vita sarà verosimilmente accompagnato da un miglioramento delle condizioni di salute ed una riduzione dell'incidenza della disabilità a parità di età. Se gli aumenti della speranza di vita si tradurranno in tutto o in parte in anni guadagnati in buona salute (c.d. *dynamic equilibrium*)³⁴⁷ una parte importante dell'incremento dei costi, calcolato nell'ipotesi di invarianza della struttura per età e sesso dei bisogni sanitari, non si realizzerebbe.

Per fronteggiare le tendenze espansive della domanda di prestazioni sanitarie indotte dalle dinamiche demografiche, senza compromettere il livello di benessere sanitario raggiunto, sarà necessario recuperare maggiori livelli di efficienza ed efficacia nell'azione di *governance* del sistema sanitario. Ciò potrebbe apparire una prospettiva ambiziosa per un settore in cui la produzione e l'erogazione delle prestazioni incide direttamente sulla salute dei cittadini. Tuttavia, l'esperienza maturata nell'ambito dell'attività di monitoraggio della spesa sanitaria che include, fra l'altro, i criteri di riparto del finanziamento, il controllo dei programmi di spesa regionali, la verifica delle *performance* in termini di produzione ed erogazione di servizi nonché la correzione degli andamenti rispetto a valori di *benchmark*, ha mostrato che esistono margini di razionalizzazione, senza compromettere la qualità e l'universalità dei servizi.

Occorre segnalare che sono stati identificati anche altri fattori esplicativi della dinamica della spesa sanitaria, di natura non demografica, che potrebbero operare in senso espansivo. Fra questi, particolare attenzione è stata rivolta in letteratura al progresso tecnologico, per l'introduzione di apparecchiature sanitarie e principi terapeutici sempre più sofisticati e costosi. Tuttavia, nonostante gli sforzi compiuti in termini di analisi e stima, non si è arrivati a conclusioni definitive, non solo per quanto riguarda la dimensione dell'effetto, ma neppure in relazione al segno, atteso che il progresso tecnologico porta con sé una maggiore efficienza produttiva.

³⁴⁶ Aprile R., Palombi M. (2006).

³⁴⁷ Economic Policy Committee - European Commission (2014).

CAPITOLO 7 - Piani di rientro

7.1 - Premessa

Come già rappresentato nel precedente capitolo, la consapevolezza che il sistema premiale operante dall'anno 2001 non fosse più adeguato alle regioni che erano state dichiarate inadempienti per l'emersione di alti disavanzi di gestione, ha portato alla definizione progressiva di una legislazione speciale con l'individuazione dell'istituto del Piano di rientro.

In particolare, nonostante il rafforzamento del sistema sanzionatorio, le regioni con elevati squilibri non riuscivano a dare copertura integrale al disavanzo e, quindi, la mancata copertura alimentava un debito crescente negli anni; peraltro, i servizi sanitari delle regioni interessate versavano in una situazione di mancato governo dei diversi fattori produttivi e situazioni di criticità contabile anche a livello regionale.

Pertanto, sia il legislatore, con la legge finanziaria per l'anno 2005 (articolo 1, comma 180, della legge n. 311 del 2004), sia il Governo e le Regioni, nella Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (articolo 8), avevano convenuto che la soluzione potesse essere individuata solo nell'attuazione da parte della regione di un programma operativo di riorganizzazione e riqualificazione del SSR attraverso la sottoscrizione di un apposito accordo tra i Ministri della salute, dell'economia e delle finanze e il Presidente della regione interessata.

In tali termini fin dall'anno 2006 le regioni Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia hanno iniziato a predisporre i predetti programmi operativi detti "Piano di rientro".

Durante tale anno, anche alla luce delle problematiche emerse, è stato valutato inoltre che il programma operativo, di durata di norma triennale, dovesse essere corredato di una più puntuale cornice legislativa di attuazione che è stata successivamente prevista dal Patto per la salute 2007-2009 e poi recepita nella legge finanziaria per l'anno 2007 (legge n. 296 del 2006).

La cornice normativa per i piani di rientro definita nell'anno 2007 prevedeva per le regioni interessate:

- un fondo transitorio di accompagnamento per il triennio 2007-2009 che si aggiungeva al fondo previsto di 1.000 milioni di euro per l'anno 2006 per le regioni che sottoscrivevano un piano di rientro. Potevano accedervi le regioni nelle quali fosse scattato l'incremento automatico delle aliquote fiscali previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge finanziaria 2005. Tale fondo discendeva dalla consapevolezza che il livello di disavanzo raggiunto storicamente da tali regioni non potesse essere drasticamente azzerato ma richiedeva uno sforzo graduale di contenimento dell'eccesso di spesa. La dimensione del fondo, decrescente, era pari a 1.000 milioni di euro per l'anno 2007, 850 milioni di euro per l'anno 2008 e 700 milioni di euro per

l'anno 2009. Il suo ammontare era stato deciso tra Governo e Regioni congiuntamente e rappresentava lo "sforzo" di solidarietà che le regioni non in piano di rientro avevano ritenuto congruo "per aiutare" le regioni interessate dai piani di rientro nel loro sforzo straordinario;

- un ripiano selettivo dei disavanzi. Tale ripiano, dell'entità di 3.000 milioni di euro, era destinato ad abbattere il debito accumulato da tali regioni al 31 dicembre 2005 al fine di rendere sostenibile il percorso di rientro. In tali regioni il debito aveva, in alcune realtà, assunto dimensioni insostenibili;
- una deroga legislativa in ordine alla copertura pluriennale del debito al 31 dicembre 2005 attraverso il conferimento di entrate certe e vincolate. Tale possibilità era stata data mediante deroga legislativa in quanto altrimenti vietata. Il fine di tale deroga era quello di permettere a tali regioni di conferire risorse annuali alla copertura del loro debito che, in relazione alla dimensione raggiunta, non poteva essere affrontata in un solo esercizio;
- un'anticipazione di liquidità per chiudere le posizioni debitorie al 31 dicembre 2005. Tale anticipazione, dell'importo complessivo di 9.100 milioni di euro, ha consentito alle regioni interessate di stipulare dei prestiti con lo Stato al fine di pagare una parte del debito, dopo una procedura di certificazione dello stesso da effettuarsi con il supporto di un *advisor* contabile. Tale prestito sarebbe poi stato restituito dalla regione allo Stato, mediante il conferimento di risorse rinvenienti da entrate certe e vincolate in un arco di tempo trentennale;
- il mantenimento delle aliquote dell'addizionale regionale all'Irpef e dell'Irap sui livelli massimi consentiti dalla legislazione vigente, quale massimo sforzo regionale sul versante delle entrate proprie. Tale previsione normativa è tuttora parte della cornice finanziaria della gestione corrente programmata con il piano di rientro in quanto è funzionale al conseguimento dell'equilibrio annuale dei conti di competenza.

Pertanto, come sopra riportato, nella cornice normativa iniziale per le regioni in piano di rientro, vi erano contemporaneamente aiuti statali e obblighi regionali per la gestione corrente (accesso al fondo transitorio di accompagnamento e conferimento aliquote fiscali massimizzate) che accompagnavano gradualmente lo sforzo regionale di contenimento della dinamica della spesa corrente; vi erano inoltre aiuti statali e conferimenti regionali per la gestione del debito al 31 dicembre 2005 (ripiano selettivo dei disavanzi, accesso all'anticipazione di liquidità e restituzione su base pluriennale del prestito ricevuto).

7.2 - Caratteristiche dei piani di rientro

Il Piano di rientro connota per diverse fasi che saranno di seguito descritte.

- Nella prima fase di stesura del piano di rientro, è necessaria:
 - l'analisi del contesto normativo nazionale e regionale in materia sanitaria, nonché del contesto sanitario regionale e del contesto regionale di controllo del servizio sanitario regionale;
 - SWOT: consapevolezza dei propri punti di debolezza, ma anche dei propri punti di forza, delle opportunità e dei rischi delle scelte da compiere;

- alla luce della suddetta analisi può procedersi all'elaborazione del modello tendenziale triennale del sistema sia per fattori produttivi che per destinazione assistenziale degli stessi.
- La fase seguente che la regione si trova ad affrontare è quella delle scelte da operare e si sostanzia nel seguente processo:
 - individuazione degli interventi necessari ad efficientare il sistema e renderlo conforme al Piano sanitario nazionale per l'erogazione dei LEA;
 - definizione dei provvedimenti da adottare per attuare gli interventi;
 - elaborazione del cronoprogramma degli interventi;
 - individuazione degli effetti economici e di sistema correlati agli interventi;
 - definizione delle modalità di verifica periodica degli interventi;
 - elaborazione del modello programmato triennale sia per fattori produttivi che per destinazione assistenziale degli stessi tale da garantire il raggiungimento dell'equilibrio con il conferimento del fondo transitorio di accompagnamento, limitatamente agli anni 2007-2009, e delle entrate fiscali regionali da massimizzazione. Si tratta in sintesi di un modello programmato che associa dei risparmi di spesa con un disavanzo programmato nei limiti delle entrate aggiuntive preordinate sempre nella garanzia dell'erogazione dei LEA.

Nell'anno 2007 sono stati sottoscritti gli Accordi per i piani di rientro delle regioni Lazio, Campania, Liguria, Molise, Abruzzo, Sicilia e Sardegna (Liguria e Sardegna hanno concluso il Piano nell'anno 2009).

Nel dicembre 2009 è stato sottoscritto l'accordo per il Piano di rientro la regione Calabria.

Nell'anno 2010 si sono aggiunte anche Piemonte e Puglia. I Piani di rientro di tali regioni sono detti "Piani leggeri" e non è previsto l'obbligo della massimizzazione delle aliquote fiscali né l'obbligo di avvalersi di un advisor contabile. Il Piemonte ha terminato il proprio Piano di rientro nell'anno 2017.

7.3 - Principali interventi previsti nei piani di rientro

I principali interventi contenuti nei Piani di rientro, i cui primi Accordi sono stati sottoscritti durante l'anno 2007, sono:

- misure di contenimento del costo del personale (per esempio blocco del *turn over*) → intervento da realizzarsi in relazione agli ingenti esuberanti di personale ovvero alla necessità di razionalizzare il fattore lavoro;
- rideterminazione fondi contrattazione integrativa aziendale e piante organiche → intervento di sistema volto a garantire l'equità rispetto alla categoria e alle mansioni svolte;
- efficientamento nel modello di acquisizione dei beni e servizi in particolare prodotti farmaceutici ed altri beni sanitari → intervento strutturale di efficientamento;
- rideterminazione dei posti letto ospedalieri per acuti e post acuti ai fini del rispetto dello *standard* nazionale → intervento di adeguamento al fabbisogno ritenuto congruo a livello nazionale;

- potenziamento dei controlli sull'inappropriatezza → intervento di sistema volto a recuperare risorse impiegate improduttivamente dal punto di vista sanitario;
- riorganizzazione della rete ospedaliera → intervento strutturale di medio-lungo periodo.;
- determinazione tetti di spesa e *budget* per i soggetti erogatori privati accreditati → intervento volto a garantire la programmazione delle cure nell'ambito delle risorse e ad evitare l'insorgere di contenziosi;
- protocolli di intesa con le università → superamento dei policlinici universitari pubblici a gestione diretta con la creazione delle aziende miste che rispondano alle esigenze del SSR come parte di esso;
- potenziamento dei servizi territoriali → intervento strutturale di medio-lungo periodo;
- potenziamento dei sistemi di monitoraggio aziendale e regionale → intervento strategico al fine di portare avanti le riforme strutturali del sistema e consolidare la cultura della programmazione e del monitoraggio;
- certificazione della posizione debitoria e conseguenti operazioni di pagamento → intervento volto a chiudere le ingenti posizioni debitorie passate che altrimenti avrebbero potuto compromettere l'attuazione degli interventi sulla gestione corrente futura.

Nelle regioni sottoposte ai piani di rientro è prevista l'individuazione di un *advisor* finanziario per la gestione delle operazioni di natura finanziaria e di un *advisor* contabile per il supporto contabile sia nella gestione della citata certificazione delle posizioni debitorie pregresse che nel supporto finalizzato al miglioramento della gestione contabile corrente. L'*advisor* contabile svolge anche la funzione di valutatore indipendente in ordine al monitoraggio contabile conseguente all'attuazione del piano di rientro. Tale funzione, originariamente assistita da un coordinamento nazionale anche nella scelta dei soggetti deputati che rispondessero a precisi requisiti attraverso apposite gare, è ora demandata alle singole regioni

Si segnala che i Ministeri affiancanti hanno fornito delle apposite linee guida per la predisposizione dei Programmi operativi di prosecuzione dei Piani di rientro (si veda paragrafo 7.9).

7.4 - Attuazione dei piani di rientro

Una volta formalizzato l'impegno regionale contenuto nel Piano di rientro si passa alla fase di attuazione. Tale fase si sostanzia in:

- predisposizione da parte della regione della bozza dei provvedimenti e delle azioni da adottare previsti nel piano di rientro;
- acquisizione del relativo parere da parte dei Ministeri affiancanti (Ministero della salute e Ministero dell'economia e delle finanze) in ordine alla coerenza con il piano di rientro. Qualora ritenuto urgente, il provvedimento può essere inviato ai Ministeri affiancanti dopo la sua adozione, con riserva di apportare le eventuali richieste di modifica da parte dei Ministeri affiancanti;
- adozione dei provvedimenti;

- verifica degli effetti previsti dei provvedimenti;
- verifica periodica della tenuta degli obiettivi programmati e del relativo cronoprogramma.

Si ricorda inoltre che i provvedimenti concernenti l'attuazione del piano di rientro sono vincolanti per la regione e possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi e amministrativi regionali già adottati dalla regione. Pertanto, qualora si rinvenissero provvedimenti in contrasto con l'attuazione del piano di rientro, essi devono essere rimossi e, se il provvedimento è legislativo, la stessa legislazione nazionale ha indicato la procedura da seguire per la relativa rimozione (articolo 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009).

7.5 - Attività di affiancamento

L'attività di affiancamento nell'attuazione dei piani di rientro è svolta dai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze principalmente attraverso il rilascio di pareri sui provvedimenti da adottarsi da parte della regione con riferimento alla coerenza rispetto agli obiettivi previsti dal piano di rientro e con la normativa nazionale.

L'Accordo per il piano di rientro ha previsto la costituzione di un nucleo di affiancamento del quale fanno parte i Ministeri affiancanti.

La funzione di affiancamento è svolta anche mediante il SiVeAS che è il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, istituito con decreto 17 giugno 2006 presso il Ministero della salute, in attuazione dell'articolo 1, comma 288, della legge n. 266/2005. Il supporto tecnico è assicurato dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Dipartimento della qualità del Ministero della salute. Il SiVeAS, che ha l'obiettivo di provvedere alla verifica del rispetto dei criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate, coerentemente con quanto previsto dai LEA, e dei criteri di efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi, compatibilmente con i finanziamenti erogati, con la legge n. 296 del 2006 (legge finanziaria 2007) è stato investito dell'attività di affiancamento alle regioni con piani di rientro.

Sempre nell'ambito dell'attività di affiancamento è stato implementato il Sistema documentale dei piani di rientro mediante il quale ogni regione trasmette i provvedimenti concernenti l'attuazione del proprio piano.

Tale Sistema prevede l'attribuzione di un numero progressivo di protocollo in arrivo a ciascun documento inviato al fine di individuarlo univocamente e di legarlo ad uno degli obiettivi del piano di rientro. Successivamente il parere reso dai Ministeri affiancanti viene trasmesso alla regione sempre mediante l'attribuzione di un numero di protocollo in uscita al fine di individuarlo univocamente ovvero viene reso nell'ambito dei verbali di verifica dell'attuazione del piano di rientro.

Il Sistema documentale costituisce il canale ufficiale di invio della documentazione concernente l'attuazione del piano di rientro.

A titolo esemplificativo, si riporta il numero dei provvedimenti pervenuti durante l'anno 2023, i relativi pareri resi dai Ministeri affiancanti.

Tab. 7.1: attività di affiancamento - Anno 2023

Regioni	Provvedimenti pervenuti	Pareri resi	Pareri resi in riunione	Totale pareri resi	Richieste Ministeri
Abruzzo	337	5	297	302	0
Calabria	368	19	269	288	1
Campania	103	2	59	61	0
Lazio	101	6	67	73	2
Molise	124	23	113	136	2
Puglia	102	4	80	84	1
Sicilia	46	2	65	67	0
TOTALE	1181	61	950	1011	6

Come si evince dalla Tabella 7.1, durante l'anno solare 2023 sono pervenuti complessivamente 1.181 provvedimenti regionali e sono stati emessi 1.011 pareri dai Ministeri affiancanti, ivi ricomprendendo i pareri resi in occasione delle periodiche riunioni di verifica. I Ministeri affiancanti hanno richiesto chiarimenti o notizie alle regioni in 6 casi.

7.6 - Verifiche di attuazione dei piani di rientro

L'attuazione del piano di rientro, secondo quanto previsto da ciascun Accordo, è effettuata in seduta congiunta dal Tavolo adempimenti con il Comitato LEA. Sono previste ordinariamente delle verifiche trimestrali e verifiche annuali. Su decisione di Tavolo e Comitato o su richiesta delle regioni possono essere previste ulteriori verifiche.

Verifiche trimestrali. Le verifiche trimestrali si sostanziano nell'esame della documentazione trasmessa dalla regione per l'attuazione del piano di rientro, di norma con riferimento alle scadenze previste nel trimestre chiuso immediatamente prima della riunione.

Tali verifiche operano una valutazione della situazione economica che si sta prospettando per l'anno in corso al fine di verificarne la coerenza con l'obiettivo programmato nel piano di rientro. Qualora si ravvisi uno scostamento in termini peggiorativi, la regione viene invitata a porre in essere tutte le iniziative per ricondurre la gestione nell'ambito degli equilibri programmati. Tali iniziative sono esaminate nella successiva verifica.

Verifica annuale. Nella verifica annuale del piano di rientro viene effettuato un bilancio dell'intero anno trascorso. Tale verifica avviene in occasione dell'esame del risultato di gestione dell'anno appena concluso ed è effettuata sulla base di quanto previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004. Rispetto alla procedura precedentemente illustrata, con riferimento al risultato di gestione dell'anno trascorso, per le regioni in piano di rientro si possono manifestare situazioni di equilibrio, avanzo o disavanzo. Si ricorda che il risultato di gestione sconta a copertura le entrate preordinate dal piano di rientro e cioè, le entrate regionali da massimizzazione delle aliquote fiscali e, fino all'anno 2009, le entrate derivanti dal fondo transitorio di accompagnamento. Qualora il risultato di gestione di un anno manifesti un avanzo, la regione può chiedere la rideterminazione in riduzione delle aliquote fiscali dell'anno d'imposta seguente fino alla

concorrenza finanziaria del miglior risultato ottenuto ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge n. 296 del 2006. Tale disposizione è stata confermata dall'articolo 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009. Viceversa, se il risultato di gestione evidenzia un disavanzo non coperto dalle risorse preordinate dal piano di rientro da massimizzazione delle aliquote fiscali, secondo quanto previsto dalla legislazione vigente, scattano nel territorio della regione le ulteriori massimizzazioni delle aliquote e cioè l'ulteriore massimizzazione dell'IRAP di 0,15 punti percentuali e dell'Addizionale regionale all'IRPEF di 0,30% punti percentuali. Inoltre, si applica nel territorio della regione il divieto di effettuare spese non obbligatorie fino alla fine dell'anno successivo a quello in cui viene effettuata la verifica.

In materia di aliquote fiscali, l'articolo 2, comma 6, del decreto-legge n. 120 del 2013 ha integrato il predetto articolo 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, prevedendo che a decorrere dal 2013 alle regioni che presentano, in ciascuno degli anni dell'ultimo biennio di esecuzione del piano di rientro, ovvero del programma operativo di prosecuzione dello stesso, verificato dai competenti Tavoli tecnici, un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, decrescente e inferiore al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, è consentita la riduzione delle predette maggiorazioni, ovvero la destinazione del relativo gettito a finalità extrasanitarie riguardanti lo svolgimento di servizi pubblici essenziali e l'attuazione delle disposizioni di cui al decreto-legge n. 35 del 2013, in misura tale da garantire al finanziamento del SSR un gettito pari al valore medio annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo biennio. Alle regioni che presentano, in ciascuno degli anni dell'ultimo triennio, un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, inferiore, ma non decrescente, rispetto al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, è consentita la riduzione delle predette maggiorazioni, ovvero la destinazione del relativo gettito a finalità extrasanitarie riguardanti lo svolgimento di servizi pubblici essenziali e l'attuazione delle disposizioni di cui al decreto-legge n. 35 del 2013, in misura tale da garantire al finanziamento del SSR un gettito pari al valore massimo annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo triennio. Le predette riduzioni o destinazione a finalità extrasanitarie sono consentite previa verifica positiva dei medesimi Tavoli e in presenza di un programma operativo approvato dai citati Tavoli, ferma restando l'efficacia degli eventuali provvedimenti di riduzione delle aliquote dell'addizionale regionale all'Irpef e dell'Irap secondo le vigenti disposizioni.

Sono ricorse a tale normativa le Regioni Abruzzo, Sicilia, Campania e Lazio.

Le verifiche annuali hanno a oggetto non solo l'equilibrio economico ma anche l'attuazione del piano di rientro con riferimento ai profili assistenziale e organizzativo.

Sulla base di quanto sopra riportato, le verifiche trimestrali e annuali possono avere esito positivo oppure negativo.

In relazione all'esito delle verifiche sono collegate le erogazioni delle risorse a ciò collegate.

La legge (articolo 1, comma 1-bis, del decreto-legge n. 23 del 2007) dispone che gli esiti delle verifiche annuali dei piani di rientro siano trasmessi alla Corte dei conti.

7.7 - Mancata attuazione del piano di rientro: diffida e commissariamento

Qualora dalla verifica di Tavolo adempimenti e Comitato LEA emergano dei gravi ritardi nell'attuazione del piano di rientro, il Presidente del Consiglio dei Ministri diffida la regione ad adempiere entro la data riportata nella diffida. Successivamente il Tavolo adempimenti e il Comitato LEA sono chiamati a valutare gli atti adottati dalla regione e la loro congruità a recuperare il grave ritardo nell'attuazione del piano di rientro. Qualora la valutazione sia negativa, il Presidente del Consiglio dei Ministri nomina un commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro³⁴⁸.

Al commissario *ad acta* viene conferito un mandato in ordine all'attuazione del Piano di rientro con la specificazione anche dei principali interventi da porre in essere. Il commissario *ad acta* agisce per conto del Governo al fine di dare attuazione al piano di rientro, i cui effetti sono stati scontati nell'ambito degli equilibri di finanzia pubblica. Pertanto, con il commissariamento la regione perde la sua potestà sulla sanità con particolare riferimento agli obiettivi indicati nel mandato commissariale. Se ritenuto opportuno dal Governo, il commissario può essere affiancato nell'attuazione del suo mandato da uno o più sub commissari.

Delle regioni sotto piano di rientro, risultano ad oggi commissariate: Molise e Calabria.

La Regione Abruzzo è stata sottoposta a commissariamento dall'anno 2008 fino al 30 settembre 2016.

La Regione Campania è stata sottoposta a commissariamento dall'anno 2009 fino al 24 gennaio 2020.

La Regione Lazio è stata sottoposta a commissariamento dall'anno 2008 fino al 22 luglio 2020.

Infatti, a seguito di specifica richiesta da parte delle regioni interessate, con la procedura prevista dalla legge in materia di superamento della gestione commissariale (articolo 2 comma 88, della legge n. 191 del 2009), visti gli esiti positivi della verifica da parte di Tavolo e Comitato, sono venuti a cessare, i rispettivi mandati commissariali. Le regioni Abruzzo, Campania e Lazio pertanto, sono rientrate nell'esercizio delle funzioni precedentemente ricomprese nel relativo mandato commissariale, nel rispetto della cornice normativa vigente in materia sanitaria e in materia di piani di rientro dai deficit sanitari, restando ferme le modalità di verifica e di monitoraggio da parte dei Tavoli tecnici e dei Ministeri affiancanti, nei termini riportati nelle rispettive delibere del Consiglio dei Ministri.

Si richiama altresì la normativa speciale dedicata alla regione Calabria (decreto-legge n. 35 del 2019 e decreto-legge n. 150 del 2020), in relazione alle grave situazione riscontratesi nella stessa regione, quest'ultimo decreto-legge n. 150 del 2020, prorogato, in alcune parti, fino al 31/12/2024, dapprima dall'articolo 2 del decreto-legge n. 169 del

³⁴⁸ L'articolo 1, commi 569 e 570, della legge n. 190/2014 ha stabilito l'incompatibilità tra la nomina a Commissario *ad acta* e l'affidamento di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione commissariata. L'articolo 1, comma 396, della legge n. 232/2016 ha eliminato tale incompatibilità per le regioni già commissariate. La Corte costituzionale, con sentenza 6 marzo - 19 aprile 2018, n. 79 ha dichiarato inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 396 promosse dalla Regione Veneto.

2022, successivamente dall'articolo 3, comma 1, del decreto-legge n. 51 del 2023 e in ultimo dall'articolo 9, comma 1-quater, del decreto-legge n. 132 del 2023, dispone, tra le altre cose:

- la possibilità per il Commissario *ad acta*, di nominare commissari straordinari per ciascuno degli Enti del servizio sanitario calabrese;
- i Commissari straordinari decadono, ove non confermati, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto-legge n. 169 del 2022. È facoltà del Commissario *ad acta* di nominare i direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale;
- il supporto tecnico e operativo da parte dell'AGENAS, anche con specifico personale dedicato;
- il supporto e la collaborazione del Corpo della Guardia di finanza e dell'Agenzia delle entrate;
- un contributo di solidarietà, per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023, di 60 milioni di euro condizionato alla approvazione del programma operativo di prosecuzione del Piano di rientro per il periodo e relativa attuazione;
- un contributo di 15 milioni di euro per il potenziamento della raccolta sistematica dei flussi informativi, per il potenziamento delle procedure contabili e la certificabilità dei bilanci;
- un finanziamento annuale di 12 milioni di euro per il piano straordinario per le assunzioni del personale medico.

Sempre con riferimento alla regione Calabria, è poi intervenuto l'articolo 16-septies del decreto-legge n. 146 del 2021 che ha previsto, in ottemperanza alla sentenza della Corte costituzionale n. 168 del 23 luglio 2021 e al fine di concorrere all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, nonché al fine di assicurare il rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamento e l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi sanitari della Regione Calabria, una serie di interventi concernenti tra l'altro:

- personale reclutato da AGENAS a supporto del Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Calabria fino al 31 dicembre 2024;
- la possibilità per ciascuno degli enti del servizio sanitario della regione Calabria, di reclutare ciascuno, fino all'anno 2024, 5 unità di personale esperte nel processo di controllo, liquidazione e pagamento delle fatture, sia per la gestione corrente che per il pregresso, previa circolarizzazione obbligatoria dei fornitori sul debito iscritto fino al 31 dicembre 2020;
- la possibilità fino al 31 dicembre 2024, di instaurare una collaborazione con la Guardia di finanza, nell'ambito delle proprie funzioni, per il monitoraggio e gestione del contenzioso con un supporto di 5 ispettori per ciascuna ente del SSR;
- la possibilità per la regione, al fine di garantire la piena operatività delle attività proprie della gestione sanitaria accentrata (GSA) del servizio sanitario regionale, di reclutare 5 unità di personale con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, di cui uno dirigenziale. Il contingente di personale può essere integrato da un massimo di cinque esperti o consulenti, negli anni 2022, 2023 e 2024. Per il medesimo triennio 2022-2024 la Regione Calabria è autorizzata a conferire due incarichi dirigenziali;

- o la sospensione per l'anno 2022 della compensazione del saldo di mobilità extraregionale definita per la Regione Calabria nella matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome ed inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno 2022, con successiva restituzione quinquennale a partire dal 2026;
- o la disponibilità nell'ambito del finanziamento del Servizio sanitario nazionale di un contributo di solidarietà in favore della Regione Calabria di 60 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024 e 2025.

Da ultimo con l'articolo 3, comma 9, del decreto-legge n. 202 del 2024 è stato disposto quanto segue: *"In considerazione dell'intervenuta approvazione dei bilanci di esercizio 2022 e 2023, riguardanti gli enti del servizio sanitario della regione Calabria, l'adozione e l'approvazione dei bilanci aziendali di cui all'articolo 12-bis del decreto-legge 10 maggio 2023, n. 51, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 luglio 2023, n. 87, relativi agli anni precedenti il 2022, è prorogata al 31 marzo 2025 e avviene nel rispetto dei principi di cui all'allegato 1 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, in quanto esigibili con riferimento alla situazione aziendale nota al momento dell'adozione o approvazione degli stessi. Ai sensi di quanto previsto dal primo periodo, nell'esercizio delle predette attività di adozione e approvazione dei bilanci, ai fini della configurabilità di eventuali profili di responsabilità sul piano amministrativo e contabile rilevano le sole condotte poste in essere con dolo."*

7.8 - Prosecuzione dei piani di rientro: i programmi operativi

Sulla base dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, nella legge finanziaria per l'anno 2010 (legge n. 191 del 2009) è stato disposto che i piani di rientro delle regioni commissariate proseguono mediante programmi operativi. Resta fermo l'assetto della gestione commissariale e delle azioni di supporto contabile. Viene in ogni caso fatta salva la possibilità della regione di ripristinare la gestione ordinaria del piano di rientro mediante la presentazione di un nuovo piano di rientro che deve essere valutato nella sua congruità.

Hanno terminato il piano di rientro le regioni Liguria e Piemonte.

Le regioni commissariate Molise e Calabria stanno proseguendo con la gestione commissariale mediante l'attuazione di programmi operativi.

Le regioni Abruzzo, Campania e Lazio, hanno presentato ed adottato un nuovo piano di rientro ai sensi del citato, articolo 2, comma 88, della legge n. 191 del 2009 seguendo la procedura di cui all'articolo 2, commi 78 e 79, della legge n. 191 del 2009, approvato dalla Giunta regionale essendo tali regioni rientrate nell'esercizio dei poteri ordinari sul Servizio sanitario regionale a seguito della cessazione del potere sostitutivo commissariale.

Le regioni Sicilia e Puglia stanno proseguendo il piano di rientro mediante programmi operativi, ai sensi dell'articolo 15, comma 20, del decreto-legge n. 95 del 2012.

La Regione Campania ha presentato formale richiesta ai Ministeri affiancanti di uscita dal Piano di rientro. I Tavoli tecnici e i Ministeri affiancanti, sulla base delle risultanze dei monitoraggi, hanno richiesto alla regione di predisporre uno specifico Programma Operativo che individui il cronoprogramma per il raggiungimento degli obiettivi ritenuti

imprescindibili, sia dal punto di vista economico finanziario che sanitario, da raggiungere per definire l'uscita dal piano di rientro. La procedura è in corso.

7.9 - Normativa per l'adozione di un piano di rientro a partire dall'anno 2010

La normativa vigente dall'anno 2010, come modificata dalla normativa in attuazione del Patto per la salute 2014-2016, prevede l'obbligatorietà del Piano di rientro per le regioni che presentano un disavanzo pari o superiore alla soglia del 5% del livello del finanziamento del SSR ovvero per le regioni per le quali, pur avendo un livello di disavanzo inferiore alla soglia del 5%, gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo (articolo 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009).

Qualora venga accertato, dal Tavolo per la verifica degli adempimenti, il verificarsi delle condizioni sopra descritte, la regione interessata è tenuta a presentare un Piano di rientro elaborato con l'ausilio dell'AIFA e dell'AGENAS che contenga sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei LEA, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel piano stesso.

Detto piano, approvato dalla regione, è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio (STEM – articolo 3, comma 2, dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009) e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nei termini perentori rispettivamente di trenta e di quarantacinque giorni.

Il Consiglio dei Ministri accerta l'adeguatezza del piano presentato anche in mancanza dei pareri delle citate Struttura tecnica e Conferenza. In caso di riscontro positivo, il piano è approvato dal Consiglio dei Ministri ed è immediatamente efficace ed esecutivo per la regione. In caso di riscontro negativo, ovvero in caso di mancata presentazione del piano, il Consiglio dei Ministri nomina un commissario *ad acta* per la predisposizione, entro i successivi trenta giorni, del piano di rientro e per la sua attuazione per l'intera durata del piano stesso. A seguito della nomina del commissario *ad acta*, oltre all'applicazione degli automatismi previsti dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, in via automatica:

- sono sospesi i trasferimenti erariali alla regione a carattere non obbligatorio e decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del SSR, nonché dell'assessorato regionale competente;
- sono incrementate nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'Irap e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'IRPEF, con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina del commissario *ad acta*.

Resta fermo l'obbligo del mantenimento, per l'intera durata del piano, delle maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e dell'addizionale regionale all'IRPEF ove scattate automaticamente ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004. Si veda in merito quanto disposto a partire dall'anno 2013 e riportato al paragrafo 7.6.

La verifica dell'attuazione del Piano di rientro avviene con periodicità trimestrale e annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal Piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti.

Qualora dall'esito delle verifiche predette emerga l'inadempienza della regione, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Consiglio dei Ministri diffida la regione interessata ad attuare il piano, adottando altresì tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi in esso previsti. In caso di perdurante inadempienza, accertata dai Tavoli tecnici, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, nomina un commissario *ad acta* per l'intera durata del piano di rientro. Il commissario *ad acta* adotta tutte le misure indicate nel piano, nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano. Il commissario *ad acta* verifica altresì la piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale.

Per nessuna regione a statuto ordinario si sono verificate le condizioni per la sottoscrizione del piano di rientro introdotte a partire dall'anno 2010. La procedura sopra descritta di presentazione di un piano di rientro e relativa approvazione da parte del Consiglio dei Ministri è stata seguita per la cessazione dei poteri commissariali delle Regioni Abruzzo, Campania e Lazio.

In materia di commissariamento: la normativa prevede quanto segue per quanto concerne la nomina dei Commissari:

- la nomina a commissario *ad acta* per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, effettuata ai sensi dell'articolo 2, commi 79, 83 e 84, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, ovvero ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, è incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento (*articolo 1, comma 569, della legge n. 190 del 2014*);
- il commissario *ad acta* deve possedere qualificate e comprovate professionalità nonché specifica esperienza di gestione sanitaria ovvero aver ricoperto incarichi di amministrazione o direzione di strutture, pubbliche o private, aventi attinenza con quella sanitaria ovvero di particolare complessità, anche sotto il profilo della prevenzione della corruzione e della tutela della legalità (*articolo 1, comma 569, della legge n. 190 del 2014*);
- il commissario *ad acta*, a qualsiasi titolo nominato, qualora, in sede di verifica annuale ai sensi del comma 81, dell'articolo 2, della legge n. 191/2009, riscontri il mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, come specificati nei singoli contratti dei direttori generali, propone, con provvedimento motivato, la decadenza degli stessi e dei direttori amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, in applicazione dell'articolo 3-bis, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (*articolo 2, comma 81-bis, della legge n. 191 del 2009*);

- al fine di assicurare la puntuale attuazione del piano di rientro, il Consiglio dei Ministri, può nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più subcommissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale. I subcommissari svolgono attività a supporto dell'azione del commissario, essendo il loro mandato vincolato alla realizzazione di alcuni o di tutti gli obiettivi affidati al commissario *ad acta* con il mandato commissariale (*articolo 4 del decreto-legge n. 159 del 2007*)

Il Patto per la salute 2014-2016 aveva introdotto, inoltre, la necessità di ridefinire il sistema di governo dei piani di rientro con processi di qualificazione dei SSR. A tal fine, aveva inoltre previsto l'individuazione di interventi di riorganizzazione e riqualificazione dei SSR idonei a garantire congiuntamente il perseguimento dei LEA e dell'equilibrio economico-finanziario nell'ambito della cornice finanziaria programmata e nel rispetto della normativa vigente, assicurando la coerenza nelle articolazioni aziendali. Al riguardo era stato, altresì, previsto un potenziamento dell'attività di affiancamento tecnico-operativa dell'AGENAS nella fase di verifica dei piani di rientro.

Inoltre, era stata prevista la realizzazione di un efficace sistema di monitoraggio e supporto alle Regioni, che consentisse di intervenire prima che si realizzassero le condizioni, ai sensi della normativa vigente, che impongono l'adozione dei piani di rientro. A tal fine era stata prevista la realizzazione, da parte di AGENAS, di uno specifico sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli Sistemi Sanitari Regionali, che consentisse di rilevare in via preventiva, attraverso un apposito meccanismo di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle *performance* delle Aziende sanitarie e dei SSR, in termini di qualità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati.

Il Patto della salute 2019-2021 per il quale è stata sancita l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni il 18 dicembre 2019 ha introdotto, a partire dall'anno 2020, uno specifico piano denominato "Intervento di potenziamento dei Lea", legato alla valutazione, da parte del Comitato LEA, dei dati presenti nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). In particolare ha previsto che, qualora si registri nel medesimo anno una valutazione insufficiente in tutti e tre i macro-livelli di assistenza la regione, valutata inadempiente, è tenuta alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, legge n. 311 del 2004, e operano tutte le norme vigenti in materia di piani di rientro, fermo restando quanto già previsto per le regioni in piano di rientro.

Infine, il medesimo Patto 2019-2021 ha previsto, in relazione al miglioramento strutturale della situazione economico-finanziaria del SSN, fermo restando il citato 5% quale parametro finanziario di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009, di prevedere un meccanismo di allerta preventiva, che si attiva al superamento della soglia 3%. È previsto che le prescrizioni da indicare a seguito del superamento della suddetta soglia siano definite con decreto dei Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, di concerto con la Conferenza Stato Regioni.

Con riferimento alle misure commissariali speciali emanate per la Regione Calabria si rinvia al precedente paragrafo 7.7.

CAPITOLO 8 - Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011

8.1 - Premessa

Come già rappresentato nel presente Rapporto, le disposizioni introdotte dal decreto legislativo n. 118/2011 hanno ridisegnato a partire dall'anno 2012 le regole contabili per l'intero SSN.

In relazione all'entrata in vigore di tale decreto legislativo le attività di monitoraggio hanno richiesto un maggior e più approfondito dettaglio informativo con riferimento alle rilevazioni di conto economico e stato patrimoniale (quest'ultimo documento contabile è stato oggetto monitoraggio proprio a partire dal 2012), anche a seguito della ricognizione sulla situazione economico-patrimoniale relativa al periodo 2001-2011 effettuata per ogni servizio sanitario regionale.

8.2 - Decreto legislativo n. 118 del 2011

Il decreto legislativo n. 118 del 2011 costituisce norma fondamentale per il SSN con l'obiettivo di armonizzare le rilevazioni contabili del SSN e di rafforzarne il monitoraggio, attraverso la definizione di una uniforme metodologia di monitoraggio che permetta una migliore lettura dei bilanci dei servizi sanitari regionali.

Le criticità evidenziate dal monitoraggio dei conti a partire dall'anno 2001, relative a:

- mancanza sul bilancio regionale di una perimetrazione dei capitoli di entrata e di spesa relativi al servizio sanitario con conseguente impossibilità di monitorare le iscrizioni di competenza e di cassa relative alla sanità;
- mancanza di un soggetto terzo che desse garanzia della correttezza e della completezza delle iscrizioni sul bilancio regionale relative al Servizio sanitario regionale (SSR);
- disomogeneità nelle modalità di contabilizzazioni di talune poste (es. immobilizzazioni e i conseguenti ammortamenti);
- esistenza di un unico conto di tesoreria regionale che non permetteva di evidenziare i flussi della sanità separatamente da quelli non sanitari;

sono state superate dall'applicazione del Titolo II del citato decreto legislativo n. 118 del 2011 in quanto, a partire dal 1° gennaio 2012, il decreto legislativo:

- definisce gli enti destinatari delle disposizioni sulla spesa sanitaria:
 - le regioni:
 - per la parte del bilancio regionale che riguarda il finanziamento e la spesa dell'intero servizio sanitario regionale;

- per la parte del finanziamento del servizio sanitario regionale direttamente gestito (ove esistente), nel centro di spesa denominato GSA;
 - le aziende sanitarie locali; le aziende ospedaliere; gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni; le aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN;
 - gli istituti zooprofilattici sperimentali;
- dispone che nell'ambito del bilancio regionale le regioni debbano garantire la perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio SSR, al fine di consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale *standard* e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento, nonché un'agevole verifica delle ulteriori risorse rese disponibili dalle regioni per il finanziamento del medesimo servizio sanitario regionale per l'esercizio in corso;
- prevede, per le regioni sottoposte al Piano di rientro, l'iscrizione obbligatoria nel bilancio regionale triennale, nell'esercizio di competenza dei tributi, della quota dei gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali destinata obbligatoriamente al finanziamento del SSR (vedi Sezione II). La predetta iscrizione comporta l'automatico e contestuale accertamento e impegno dell'importo nel bilancio regionale. La regione non può disimpegnare tali somme se non a seguito di espressa autorizzazione da parte dei Tavoli tecnici di verifica;
- istituisce conti di tesoreria specifici per il SSN distinti dai conti di tesoreria destinati alle spese extrasanitarie;
- prevede l'istituzione in ambito regionale e su decisione della stessa, di uno specifico centro di responsabilità, denominato Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) deputato all'implementazione ed alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti fra la singola regione e lo Stato, le altre regioni, le aziende sanitarie, gli altri enti pubblici ed i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali. La GSA è dotata di un responsabile che cura la registrazione dei fatti contabili e gestionali. Il Responsabile della GSA elabora e adotta il bilancio d'esercizio della GSA, compila i modelli CE ed SP e redige il bilancio consolidato regionale derivante dal consolidamento dei conti della GSA con quelli delle aziende del SSR. Viene individuato anche un terzo certificatore del bilancio della GSA;
- prevede l'adozione del bilancio economico preventivo annuale per ciascuno degli enti del SSR, ivi compresa la GSA, ove costituita, e il consolidato regionale. Tali bilanci, adottati e approvati formalmente entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento, devono essere corredati dei modelli CE e di un piano dei flussi di cassa prospettici, redatti secondo gli schemi di conto economico e di rendiconto finanziario previsti. Il bilancio preventivo economico annuale è corredato anche da una nota illustrativa, dal piano degli investimenti e da una relazione redatta dal direttore generale per le aziende del SSR e dal responsabile della GSA per la regione, ove costituita. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione;
- prevede che il bilancio d'esercizio, da adottarsi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento, si componga dello stato patrimoniale, del conto economico, del rendiconto finanziario e della nota integrativa e sia corredato da una relazione sulla

gestione sottoscritta dal direttore generale o dal responsabile della GSA, ove costituita, limitatamente alla spesa regionale direttamente gestita e al consolidato regionale. Sono allegati al bilancio i modelli CE ed SP sia per l'esercizio di chiusura che per l'esercizio precedente. La relazione sulla gestione deve contenere il modello LA, sempre per l'esercizio di chiusura e per l'esercizio precedente;

- viene richiesto che ciascuna voce del piano dei conti sia univocamente riconducibile ad una sola voce dei modelli di rilevazione SP o CE. È fatta salva la possibilità da parte degli enti di dettagliare il proprio piano dei conti inserendo ulteriori sottovoci, rispetto a quelle di cui ai modelli di rilevazione SP e CE, garantendo sempre la riconduzione univoca ad una sola voce del modello SP o CE;
- prevede che per la redazione del bilancio si applichino gli articoli da 2423 a 2428 del codice civile, fatto salvo quanto diversamente disposto dalla tabella di seguito riportata;
- in merito al risultato d'esercizio viene disposto che l'eventuale risultato positivo di esercizio è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti. L'eventuale eccedenza è resa disponibile per il ripiano delle perdite del SSR ovvero è accantonata a riserva. Eventuali risparmi nella gestione del SSN effettuati dalle regioni rimangano nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie;
- il bilancio consolidato regionale, così come quello della GSA, deve essere approvato dalla Giunta regionale entro il termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione;
- l'eventuale aggiornamento degli schemi di bilancio, del piano dei conti e dei modelli CE, SP, LA viene operato con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze.

In coerenza con quanto disposto dal decreto legislativo n. 118 del 2011 sono stati adottati i seguenti decreti ministeriali:

- il DM 15 giugno 2012 recante "Nuovi modelli di rilevazione economica «Conto economico» (CE) e «Stato patrimoniale» (SP) delle aziende del Servizio sanitario nazionale";
- il DM 20 marzo 2013 recante "Modifica degli schemi dello Stato patrimoniale, del Conto economico e della Nota integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale";
- il DM 24 maggio 2019 recante "Adozione dei nuovi modelli di rilevazione economica Conto Economico (CE), Stato Patrimoniale (SP), dei costi di Livelli essenziali di Assistenza, (LA) e Conto del Presidio (CP), degli enti del Servizio sanitario nazionale.".

Con riferimento alla sopra riportata lettera c) la Corte costituzionale, con sentenza n. 157 del 2020, ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 29, comma 1, lettera c), sollevate in riferimento agli articoli 81 e 97, commi primo e secondo, della Costituzione, anche in combinato disposto con gli articoli 1, 2, 3 e 32 della Costituzione.

Principi di valutazione specifici del settore sanitario (articolo 29 del decreto legislativo n. 118/2011)

- a) il costo delle rimanenze di beni fungibili è calcolato con il metodo della media ponderata;
- b) l'ammortamento delle immobilizzazioni materiali e immateriali si effettua per quote costanti, secondo le aliquote indicate nella tabella riportata nell'allegato 3. È fatta salva la possibilità per la regione di autorizzare l'utilizzo di aliquote più elevate; in tal caso, gli enti devono darne evidenza in nota integrativa. I cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati nell'esercizio di acquisizione. Sono fatti salvi gli ammortamenti effettuati fino all'esercizio precedente a quello di applicazione delle disposizioni di cui al presente titolo;
- c) i contributi in conto capitale da regione sono rilevati sulla base del provvedimento di assegnazione. I contributi sono iscritti in un'apposita voce di patrimonio netto, con contestuale rilevazione di un credito verso regione;
- d) i contributi per ripiano perdite sono rilevati in un'apposita voce del patrimonio netto sulla base del provvedimento regionale di assegnazione, con contestuale iscrizione di un credito verso regione. Al momento dell'incasso del credito, il contributo viene stornato dall'apposita voce del patrimonio netto e portato a diretta riduzione della perdita all'interno della voce «utili e perdite portati a nuovo»;
- e) le quote di contributi di parte corrente finanziati con somme relative al fabbisogno sanitario regionale standard, vincolate ai sensi della normativa nazionale vigente e non utilizzate nel corso dell'esercizio, sono accantonate nel medesimo esercizio in apposito fondo spese per essere rese disponibili negli esercizi successivi di effettivo utilizzo;
- f) le plusvalenze, le minusvalenze, le donazioni che non consistano in immobilizzazioni, né siano vincolate all'acquisto di immobilizzazioni, nonché le sopravvenienze e le insussistenze, sono iscritte fra i proventi e gli oneri straordinari;
- g) lo stato dei rischi aziendali è valutato dalla regione, che verifica l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio degli enti. Il collegio sindacale dei suddetti enti attesta l'avvenuto rispetto degli adempimenti necessari per procedere all'iscrizione dei fondi rischi ed oneri ed al relativo utilizzo;
- h) le somme di parte corrente assegnate alle regioni, a titolo di finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale, tramite atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento, sono iscritte dal responsabile GSA nella propria contabilità generale, come credito e contestualmente come passività per finanziamenti da allocare. Ai fini della contabilizzazione della mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva, si prende a riferimento la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ed inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale *standard*.

Il decreto legislativo n. 118 del 2011 è stato inoltre attuato nelle autonomie speciali dopo l'anno 2012: in Sicilia a partire dall'anno 2014 e nelle restanti autonomie speciali a partire dal 2015. Con le autonomie speciali, eccetto la Sicilia, è ancora in corso un lavoro volto a garantirne la corretta e puntuale applicazione, in ossequio alla finalità del decreto

legislativo n. 118 del 2011 con riferimento alla armonizzazione contabile, con l'obiettivo di rendere i bilanci sanitari dell'intero SSN uniformi e confrontabili nel tempo e fra i diversi enti, regioni e province autonome.

8.3 - Metodologia per la verifica del risultato di gestione

La metodologia per la verifica del risultato di gestione, valutato una prima volta in occasione della verifica dei conti economici relativi al IV trimestre per dare attuazione all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 e, definitivamente, in occasione dell'acquisizione del conto consuntivo, per la conclusione della valutazione ai fini del sistema premiale annuale, tiene conto della metodologia elaborata dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti sulla base di quanto espressamente previsto dal decreto legislativo n. 118 del 2011, dalla circolare ministeriale del 28 gennaio 2013, dal decreto ministeriale 17 settembre 2012 in merito alla casistica applicativa, dalla circolare ministeriale del 25 marzo 2013.

In merito si rinvia al paragrafo 2.1 - *Verifica dell'equilibrio annuale – Metodologia anno 2023*.

8.4 - Metodologia di analisi dello stato patrimoniale

Le principali innovazioni introdotte dal decreto legislativo n. 118 del 2011 che rilevano sulla redazione delle poste patrimoniali sono:

- l'istituzione della Gestione sanitaria accentrata (GSA) quale specifico centro di responsabilità nella struttura organizzativa regionale deputato alla tenuta di una propria contabilità di tipo economico-patrimoniale e alla gestione delle operazioni finanziate con risorse destinate al Servizio sanitario regionale, ove prevista dalla regione;
- la definizione degli enti ricompresi nel perimetro della sanità, che, quindi, sono ricompresi nel perimetro di consolidamento delle scritture del SSR da operarsi da parte della GSA;
- l'apertura di appositi conti di tesoreria intestati alla sanità sui quali sono versate le risorse destinate al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale *standard*;
- la definizione dei libri obbligatori per la tenuta della contabilità e degli schemi di bilancio degli enti ricompresi nel perimetro di consolidamento del SSR ivi ricomprendendo la GSA, ove istituita dalla regione.

Pertanto, è stato necessario esaminare, da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti e, congiuntamente con il Comitato LEA per le regioni sottoposte ai piani di rientro, le scritture contabili relative allo Stato patrimoniale relativo all'esercizio 2011 in quanto propedeutico alla redazione dello Stato patrimoniale di apertura relativo all'esercizio 2012.

Durante le riunioni di verifica (tenutesi a fine anno 2013 e inizio anno 2014) dello stato patrimoniale 2011 e *ante* è stata effettuata l'istruttoria a partire dalle contabilizzazioni operate sul modello SP "Riepilogativo regionale" accompagnate da una puntuale relazione prodotta dalla regione e, per le regioni sottoposte a piano di rientro, anche dall'*advisor* contabile, in merito alle singole voci dello Stato patrimoniale

(immobilizzazioni, rimanenze, crediti, attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni, disponibilità liquide, ratei e risconti attivi, conti d'ordine, patrimonio netto, rischi e oneri, trattamento di fine rapporto, debiti, ratei e risconti passivi, conti d'ordine) che desse evidenza anche della puntuale attuazione del decreto legislativo n. 118/2011 e della casistica applicativa di cui al decreto ministeriale 17 settembre 2012. È stato inoltre chiesto alle regioni di allegare copia del bilancio d'esercizio, compresa la nota integrativa, il rendiconto finanziario e la relazione sulla gestione sia della GSA (ove istituita dalla regione) sia del consolidato regionale.

In particolare, l'istruttoria condotta si è concentrata sull'analisi delle seguenti voci:

- voci relative ai crediti del SSR verso lo Stato e verso la Regione, di cui è stata verificata anche la coerenza con le iscrizioni di bilancio regionale. Limitatamente ai crediti verso lo Stato è stata operata una riconciliazione con le corrispondenti iscrizioni presenti sul bilancio dello Stato a titolo di:
 - finanziamento indistinto;
 - finanziamento vincolato e per obiettivi di piano;
 - concorso statale per ripiano perdite;
 - ripiano selettivo dei disavanzi;
 - fondo transitorio di accompagnamento;
 - manovre fiscali regionali;
 - il Fondo aree sottoutilizzate (FAS);
 - disponibilità liquide, anche con riferimento all'istituzione di conti di tesoreria intestati alla sanità, ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo n. 118/2011;
- voci del patrimonio netto, con particolare riferimento ai fondi di dotazione, agli investimenti, alla copertura delle eventuali perdite portate a nuovo; alla valorizzazione e movimentazione delle riserve a vario titolo costituite;
- voci relative ai fondi rischi e oneri;
- voci relative ai debiti.

A partire dall'esercizio 2013 l'analisi si è arricchita con la riconciliazione dei crediti verso regione con il bilancio finanziario regionale. Stessa riconciliazione è stata richiesta con riferimento alle voci del patrimonio netto: utili e perdite portate a nuovo e contributi per ripiano perdite.

È stata inoltre esaminata la coerenza delle iscrizioni relative ai debiti, in particolare verso fornitori, con i pagamenti effettuati a seguito dell'accesso all'anticipazione di liquidità ai sensi del decreto-legge n. 35/2013 e il rispetto dei tempi di pagamento di cui al decreto legislativo n. 192/2012 di recepimento della direttiva 2011/7/UE, al debito scaduto.

Il monitoraggio dell'indicatore di tempestività dei pagamenti di cui al dPCM 22 settembre 2014 è effettuato annualmente ed aggiornato trimestralmente (in merito si rinvia al paragrafo 6.6).

Negli ultimi anni l'analisi dello SP consolidato ha riguardato ulteriori aspetti. Di seguito le informazioni e la documentazione richieste dal Tavolo per l'esame dello Stato Patrimoniale 2023:

“Si chiede la **produzione di una puntuale relazione** in merito alle singole voci dello Stato patrimoniale 2023 (voci delle immobilizzazioni, voci delle rimanenze, voci dei crediti, voci delle attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni, voci delle disponibilità liquide, voci dei ratei e risconti attivi, voci dei conti d'ordine, voci del patrimonio netto, voci dei rischi e oneri, voci del trattamento di fine rapporto, voci dei debiti, voci dei ratei e risconti passivi, voci dei conti d'ordine).

Inoltre, si chiede di trasmettere il provvedimento di approvazione dei bilanci della GSA e del consolidato regionale 2023.

In particolare, si chiede di fornire la seguente documentazione in merito alle sotto riportate voci dello Stato Patrimoniale Consolidato 999 anno 2023:

Crediti

Le iscrizioni dei Crediti verso Stato e verso Regione devono essere documentate con le relative iscrizioni in contabilità finanziaria (residui) mediante:

- (i) la compilazione di un file excel standard in cui è configurata una riconciliazione fra i valori di stato patrimoniale e i corrispondenti capitoli di contabilità finanziaria (ALLEGATO B – Tabelle 2, 3 e 4);

Tabella 2 - Crediti verso regione SP
regione XXX

codice SP	descrizione voce SP	consolidato regionale 999										crediti v/ regione al 31.12.2023
		crediti v/regione al 31.12.2014	crediti v/regione al 31.12.2015	crediti v/regione al 31.12.2016	crediti v/regione al 31.12.2017	crediti v/regione al 31.12.2018	crediti v/regione al 31.12.2019	crediti v/regione al 31.12.2020	crediti v/regione al 31.12.2021	crediti v/regione al 31.12.2022	crediti v/regione al 31.12.2023	
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	{(11)}={1}+{2}+{3}+{4}+{5}+{6}+{7}+{8}+{9}+{10}
ABA360	B.II.2.a) Crediti v/Regione o Provincia Autonomia per spesa corrente											
ABA490	B.II.2.b.2) Crediti v/Regione o Provincia Autonomia per incremento fondo dotazione											
ABA500	B.II.2.b.3) Crediti v/Regione o Provincia Autonomia per ripiano perdite											
ABA510	B.II.2.b.4) Crediti v/Regione per copertura debiti al 31/12/2005											
ABA521	B.II.2.c) Crediti v/Regione o Provincia Autonomia per contributi L. 210/92											

**Tabella 3 - Riconciliazione crediti vs regione
regione XXX**

		DENOMINAZIONE CAPITOLO		Impegni		residuo al 31/12/2023
credito SP 999 verso regione		CODICE	DESCRIZIONE	Anno	Importo	
ABA360	B.II.2.a) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente	cap 1				
		cap n				
ABA490	B.II.2.b.2) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per incremento fondo dotazione	cap 1				
		cap n				
ABA500	B.II.2.b.3) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ripiano perdite	cap 1				
		cap n				
ABA510	B.II.2.b.4) Crediti v/Regione per copertura debiti al 31/12/2005	cap 1				
		cap n				
ABA521	B.II.2.c) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per contributi L. 210/92	cap 1				
		cap n				

**Tabella 4 - Crediti verso Stato
regione XXX**

anno	credito verso Stato per FSN indistinto	credito verso Stato per FSN vincolato	credito verso Stato per ripiano disavanzi	credito verso Stato per manovra fiscale regionale
2014 e ante				
2015				
2016				
2017				
2018				
2019				
2020				
2021				
2022				
2023				
totale	0	0	0	0
di cui credito vs Stato per anticipazioni su fabbisogno sanitario regionale standard				

deve coincidere con i crediti verso Stato (al netto investimenti, ricerca, prefetture) riportati nel modello SP 999 al 31/12/2023 allegare una tabella con l'elenco dei capitoli di bilancio regionale attestanti le iscrizioni riportate nel modello SP che deve quadrare con il totale della tabella sopra riportata.

(ii) la trasmissione di file tipo pdf attestanti le corrispondenti risultanze residue nei singoli capitoli di contabilità finanziaria;

(iii) la compilazione della tabella excel standard relativa ai crediti diversi dai crediti verso Stato e verso Regione, secondo lo schema contenuto nel modello SP, dando separata evidenza ai crediti con anzianità inferiore ad 1 anno, ai crediti con anzianità tra 1 e 5 anni e ai crediti con anzianità superiore ai 5 anni (ALLEGATO B - Tabella 5);

tabella 5 - anzianità crediti
regione **XXX**

		modello riepilogativo regionale 999					
		importo crediti con anzianità fino a 1 anno	importo crediti con anzianità da 1 a 5 anni	importo crediti con anzianità superiore a 5 anni	Totale crediti lordo fondo svalutazione	fondo svalutazione crediti	Totale crediti netto fondo svalutazione*
ABA290	B.II.1.i) Crediti v/Stato per ricerca				-		-
ABA340	B.II.1.l) Crediti v/prefetture				-		-
ABA530	B.II.3) Crediti v/Comuni				-		-
ABA610	B.II.5) Crediti v/società partecipate e/o enti dipendenti della Regione				-		-
ABA650	B.II.6) Crediti v/Erario				-		-
ABA670	B.II.7.a) Crediti v/clienti privati				-		-
ABA680	B.II.7.b) Crediti v/gestioni liquidatorie				-		-
ABA690	B.II.7.c) Crediti v/altri soggetti pubblici				-		-
ABA700	B.II.7.d) Crediti v/altri soggetti pubblici per ricerca				-		-
ABA710	B.II.7.e) Altri crediti diversi				-		-
ABA713	B.II.7.f) Altri crediti v/erogatori (privati accreditati e convenzionati) di prestazioni sanitarie				-		-
Totale		-	-	-	-	-	-

*Deve coincidere con la corrispondente voce del modello SP

(iv) la trasmissione di una relazione attestante le procedure di verifica dell'esigibilità dei crediti diversi dai crediti verso Stato e verso Regione e relativo fondo svalutazione crediti.

La Regione evidenzierà le differenze rispetto allo Stato patrimoniale 2022 in ordine ai crediti diversi dai crediti verso Stato e verso Regione, indicando i crediti al 31/12/2022 non più sussistenti al 31/12/2023 e i crediti di formazione anno 2023.

Disponibilità Liquide della GSA

Si chiede l'invio dell'estratto conto della tesoreria sanità al 31/12/2023 e la riconciliazione con il saldo al 31/12/2023 dichiarato nell'SP della GSA e nel Bilancio d'esercizio 2023 della medesima GSA.

Patrimonio netto e Fondi

Si chiede alla regione di trasmettere i provvedimenti di assegnazione alle aziende relativi al riparto delle coperture perdite esercizi precedenti, ove presenti, al fine di verificare e riconciliare le movimentazioni intervenute nelle voci "Utile/Perdita portati a nuovo" e "Contributi per ripiano perdite".

La regione dovrà trasmettere altresì la seguente documentazione:

-un foglio excel riportante le movimentazioni dei Finanziamenti per investimenti (ALLEGATO B - Tabella 6);

Tabella 6 - Movimentazione Finanziamenti per investimenti al 31.12.2023 - PAA010 - A.II) Finanziamenti per investimenti

regione **XXX**

Azienda	Movimentazione Finanziamenti per Investimenti - Consuntivo 2023										
	PAA010 - A.II) FINANZIAMENTI PER INVESTIMENTI SP 31.12.2022	voce CE Consuntivo 2023 AA0240 - A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	voce CE Consuntivo 2023 AA0980 - A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio (al netto della voce CE AA1040 Quota imputata all'esercizio di altre poste del patrimonio netto)	PAA010 - A.II) FINANZIAMENTI PER INVESTIMENTI SALDO TEORICO AL 31.12.2023	PAA010 - A.II) FINANZIAMENTI PER INVESTIMENTI SP 2023	Delta	Voce CE Consuntivo 2023 BA2560 Totale Ammortamenti	ammortamenti non sterilizzati	INTEGRAZIONI A QUADRATURA di colonna 6		RICONCILIAZIONE TOTALE al 31/12/2023 con SP 2023
		9	10	11=4+9+10-5							
azienda 1											
azienda n											
Totale Aziende	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Accentrata regionale - modello 000											
Modello riepilogativo regionale '999											
Controllo: modello 999 - (somma aziende+000)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- file tipo pdf attestante le corrispondenti iscrizioni nei singoli capitoli di contabilità finanziaria;
- un foglio excel riportante le quote inutilizzate contributi (**ALLEGATO B - Tabella 7**);

Tabella 7 - quote inutilizzate contributi
regione **XXX**

999 Consolidato regionale	importo SP 2022	CE Consuntivo 2023						importo SP 2023	totale da confrontare con SP 2023	delta	
		AA0271 - Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto finalizzato	AA0280 - Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	AA0290 - Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati	BA2771 - Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. indistinto finalizzato	BA2780 - Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	BA2790 - Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati				
codice voce	descrizione voce	(1)	(2)			(3)			(4)	(5)=(1)-(2)+(3)	(6)=(5)-(4)
PBA151	Quote inutilizzate contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. indistinto finalizzato									-	
PBA160	Quote inutilizzate contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. vincolato									-	
PBA170	Quote inutilizzate contributi vincolati da soggetti pubblici (extra fondo)									-	

- una relazione in merito alle eventuali movimentazioni tra il 2022 e il 2023 della voce PAA000 "Fondo di dotazione";
- una relazione in merito alle movimentazioni tra il 2022 e il 2023 dei Fondi rischi ed oneri (PBZ999) con particolare riferimento alle voci "altro" (PBA060 e PBA260).

Debiti

Si chiede la produzione di una relazione attestante la variazione dei debiti, dando separata evidenza ai debiti al 31/12/2023, distinguendo tra i debiti presenti nello stato patrimoniale 2022 e i debiti di formazione 2023.

Sarà inoltre esaminata la situazione del debito commerciale scaduto al 31/12/2023 anche in relazione a quanto depositato dagli enti del Servizio sanitario della regione sulla Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC) e da quanto comunicato dai predetti enti con riferimento al debito scaduto, ai sensi dell'articolo 1, comma 867, della legge n. 145/2018.

Con riferimento alle note di credito da ricevere, si chiede la compilazione di uno specifico foglio excel (**ALLEGATO B - Tabella 8**) con il dettaglio dell'anzianità e dell'eventuale fondo rischi predisposto contenente altresì l'informazione in ordine alla presenza di contenzioso.

**Tabella 8 - note di credito
regione XXX**

PDA292 D.VII.1.b) Note di credito da ricevere (privati accreditati e convenzionati)

aziende	note di credito da ricevere per anno di competenza											totale note di credito da ricevere	fondo rischi dedicato	importi in contenzioso	
	2013 ed ante	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	somma*			
GSA															
azienda 1															
...															
azienda n															
999															

* la somma deve coincidere con il valore della voce SP PDA292

PDA302 D.VII.2.b) note di credito da ricevere (altri fornitori)

aziende	note di credito da ricevere per anno di competenza											totale note di credito da ricevere	fondo rischi dedicato	importi in contenzioso	
	2013 ed ante	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	somma*			
GSA															
azienda 1															
...															
azienda n															
999															

* la somma deve coincidere con il valore della voce SP PDA302

Conti d'ordine

Si chiede la produzione di una puntuale relazione concernente la composizione delle singole sottovoci presenti nel modello SP Riepilogativo regionale '999', nonché le motivazioni degli scostamenti rispetto all'anno precedente. "

L'analisi delle iscrizioni contabili relative allo Stato patrimoniale avviata a seguito dell'implementazione del decreto legislativo n. 118 del 2011, ha comportato notevoli miglioramenti nella rappresentazione contabile patrimoniale ed indotto comportamenti uniformi tra enti del SSN e i diversi servizi sanitari regionali.

8.5 - Certificabilità dei bilanci degli enti del SSR

In via ulteriore all'introduzione delle disposizioni del decreto legislativo n. 118 del 2011 in materia sanitaria, e facendo sistema con esse, il SSN ha intrapreso il percorso in ordine alla certificabilità dei bilanci dei propri enti.

Tale previsione è contenuta anche nel Patto per la salute 2010-2012 del 3 dicembre 2009 all'articolo 11 denominato "Qualità dei dati contabili, di struttura e di attività" nel quale il Governo e le Regioni hanno condiviso la necessità di pervenire alla certificazione dei bilanci sanitari, come peraltro auspicato anche dalla legge finanziaria per l'anno 2006.

A tal fine sono stati emanati i seguenti decreti:

- il decreto dedicato alla ricognizione straordinaria dello stato delle procedure amministrative contabili (DM 18 gennaio 2011 recante "Valutazione straordinaria

dello stato delle procedure amministrativo-contabili necessarie ai fini della certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli IZS e delle aziende ospedaliero-universitarie, ivi compresi i policlinici universitari” con cui è stato emanato il documento metodologico utile a consentire alle regioni di effettuare la valutazione straordinaria delle procedure amministrativo contabili, di cui all'articolo 11 del Patto per la salute in materia sanitaria per il triennio 2010-2012);

- il decreto concernente le linee guida per la certificabilità (DM 17 settembre 2012) adottato ai sensi dell'articolo 1, comma 291, legge n. 266/2005, con il quale:
 - sono state emanate le norme in materia di certificabilità dei bilanci sanitari, intesa come obbligo per le regioni e gli enti del Servizio sanitario nazionale, coinvolti nella gestione della spesa sanitaria finanziata con le risorse destinate al Servizio sanitario nazionale, di applicare una regolamentazione della materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo-contabili che le ponga in condizione, in ogni momento, di sottoporsi con esito positivo alle certificazioni ed alle revisioni contabili stabilite nel decreto;
 - è stata altresì emanata la casistica applicativa relativa all'implementazione e alla tenuta della contabilità di tipo economico-patrimoniale della GSA, nonché all'applicazione dei principi di valutazione specifici di cui all'articolo 29 del decreto legislativo n. 118/2011;
- il decreto ministeriale 1° marzo 2013 recante “Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità” (PAC) che ha definito il modello su cui redigere il PAC da parte delle regioni.

Le regioni hanno adottato formalmente il documento regionale contenente il PAC e sono in corso le attività di monitoraggio dell’attuazione di quanto previsto da ciascun PAC regionale da parte del Tavolo per la verifica degli adempimenti, congiuntamente con il Comitato LEA limitatamente alle regioni in Piano di rientro.

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 291, della legge n. 266 del 2006 e dell'articolo 11 del Patto per la salute 2010-2012, le disposizioni inserite Decreto ministeriale 1° marzo 2013 “Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità” si applicano anche nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano, compatibilmente con le norme dei rispettivi statuti.

È previsto che le attività in ordine al raggiungimento della certificabilità si concludano entro 36 mesi dal loro inizio. Tuttavia, in considerazione di eventuali criticità riscontrate nell’attuazione, le regioni possono prevedere un aggiornamento delle scadenze. È stato altresì rilevato che alcune regioni hanno terminato il proprio percorso di certificabilità.

È in corso di aggiornamento il sistema di rilevazione contabile previsto con le regole *accrual*.

Bibliografia

- AIES – AGENAS (2010), “La metodologia per i piani di rientro”.
- Aprile R., Palombi M. (2006), “How to take into account death-related costs in projecting health care expenditure”, *Genus*, n. 1.
- CERISMAS (2010), “La contabilità generale nelle aziende sanitarie pubbliche: a che punto siamo?”.
- Economic Policy Committee - European Commission (2014), “The 2015 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies”, *European Economy*, no. 8.
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2014/pdf/ee8_en.pdf
- Economic Policy Committee - European Commission (2016), "Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability"
https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en
- Economic Policy Committee - European Commission (2024), “The 2024 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070)”, *European Economy*. Institutional Paper no. 179.
https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/971dd209-41c2-425d-94f8-e3c3c3459af9_en?filename=ip279_en.pdf
- Istat (2014), “I nuovi conti nazionali in SEC 2010 – Innovazioni e ricostruzione delle serie storiche (1995-2013)”.
<http://www.istat.it/it/archivio/133556>
- Istat (2015), “La cura e il ricorso ai servizi sanitari”.
<http://www.istat.it/it/archivio/156420>
- Istat (2022), “Sistema dei conti della sanità”.
<https://dati.istat.it/>
- Istat (2024), “Previsioni della popolazione residente e delle famiglie. Base 1/1/2023”. Luglio, 2024.
https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/07/Previsioni-popolazione-famiglie_2023.pdf
- Luiss (2008), “Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale”.
https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=808
- Ministero dell’economia e delle finanze (2023), “Documento di Economia e Finanza 2023”.
<https://www.mef.gov.it/focus/Il-Documento-di-Economia-e-finanza-2023-DEF/>
- Ministero dell’economia e delle finanze (2024), “Documento di Economia e Finanza 2024”.
<https://www.mef.gov.it/focus/Il-Documento-di-economia-e-finanza-2024-DEF/>
- Ministero dell’economia e delle finanze - RGS (2019), “Il monitoraggio della spesa sanitaria”, Rapporto n. 6, Roma.
http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2019/IMDSS-RS2019.pdf

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2020), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 7, Roma.

<https://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2020/IMDSS-RS2020.pdf>

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2021), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 8, Roma.

<https://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2021/IMDSS-RS2021.pdf>

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2023), "Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2013-2022", Roma.

<https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/ext/Documents/ANALISI%20E%20COMMENTI%202013-2022.pdf>

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2024), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Rapporto n. 25, giugno, Roma.

https://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2024/Ltdmlpdspess-2024.pdf

Ministero della salute (2005), "Piano sanitario nazionale 2006-2008".

https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=507#:~:text=Piano%20Sanitario%20Nazionale%202006-2008%20A%20cura%20di%20Ministero,pubblicazioni%20di%20Governo%20clinico%20e%20sicurezza%20delle%20cure

Ministero della salute (2017), "Rilevazione delle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzioni diretta".

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1536_allegato.pdf

OECD (2022), "Health at a glance: Europe 2022".

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en

Per informazioni e approfondimenti contattare:

- *Angela Adduce – Ispettore Generale Capo per la Spesa Sociale – angela.adduce@mef.gov.it*
- *Ispettorato Generale per la Spesa Sociale – rqs.segreteria.igespes@mef.gov.it*

